

Cognitieve problematiek bij patiënten met een (been)amputatie

Een onderbelicht onderwerp

Niet Rennen Maar Plannen – online

Strategietraining voor cognitieve problemen op het werk na diagnose kanker

Keuzehulp bij krachtsverlies in de voetheffers

Orthesen en functionele elektrostimulatie



WIST U DAT VEEL FIETS- ONGELUKKEN GEBEUREN TIJDENS HET OP- EN AFSTAPPEN?

De 'Touring' van **Spark Bike**, met zijn lage instap, is een veilige en comfortabele oplossing die het risico op vallen vermindert voor fietsers van alle leeftijden. Zo kunnen uw cliënten, jong en oud, met **zelfvertrouwen** blijven genieten van **veilig fietsen**.

BEKEND VAN:

SeniorenExpo
soplusbeurs
silver event

Google
★★★★★

Webwinkel
KEUR

Klantbeoordeling
10,0



Snel met
beide voeten
op de grond

ZORGELOOS, COMFORTABEL EN VEILIG ELEKTRISCH FIETSEN



Lage instap

Makkelijk op- en afstappen



Maatwerk en Nederlands product

Fietsen worden volledig op wens van de klant in Nederland geproduceerd



Kleine wielen met breed profiel

Sta snel op de grond



Remlicht

Goed zichtbaar voor achteropkomend verkeer



Benieuwd naar de mogelijkheden?

Bel of mail ons voor een vrijblijvende demonstratie en wij komen met plezier naar u toe om de 'Touring' aan u te laten zien!

EMAIL INFO@SPARKBIKE.NL TELEFOON 033-30 30 268

Ga voor meer informatie naar WWW.SPARKBIKE.NL/VEILIGFIETSEN



Voor elk wat wils



Als dit nummer op de mat valt, is het Ergotherapie Jaarcongres 2024 al ruim een maand voorbij. We kijken terug op een geweldige dag met een bevlogen dagvoorzitter, inspirerende sprekers, enthousiaste bezoekers en vele workshops op een unieke locatie. Wat een goed programma had het team van Ergotherapie Nederland samengesteld: onderwerpen voor kinderergotherapeuten, ouderenergotheapeuten, handtherapeuten... Voor elk specialisme wat wils.

Over specialismen gesproken: team Beleid schreef een artikel over het belang van breed opgeleide generalisten enerzijds en specialisten binnen de beroepsgroep anderzijds. Het artikel, dat je op pagina 13 vindt, eindigt met de oproep om inspirerende ideeën te delen over welke expertise je hebt en hoe je die met elkaar uitdraagt.

Weer even terug naar het congres. Eén van de vele workshops ging over de Zelfredzaamheidsradar van Scouters. Je las hier in EM1/2024 ook over. Op pagina 24 vind je weer een Keuzehulp van Scouters, dit keer over orthesen en functionele elektrostimulatie bij krachtsverlies in de voetheffers. Bedankt voor deze terugkerende bijdragen!

Mocht je niet aanwezig zijn geweest op het jaarcongres: onze vaste journalist Anne Doeleman schreef er een wervend verslag over. Zij interviewde voor dit nummer ook dr. Leen de Coninck, recent gepromoveerd ergotherapeut en ook opgeleid als orthoptist en gerontologist. Leen schreef niet alleen een proefschrift over ergotherapie voor thuiswonende, fysiek kwetsbare personen, maar ook meteen een richtlijn. Het inspirerende interview lees je vanaf pagina 8.

En wil je weten hoe je cognitie een vaste plek geeft binnen de dagelijkse praktijk van de amputatierevalidatie? Je leest erover in het artikel over cognitieve problematiek bij patiënten met een (been)amputatie, vanaf pagina 19.

Kortom: dit nummer barst weer van de diverse artikelen. Voor elk wat wils! 

Manon Abbel

Hoofdredacteur Ergotherapie Magazine (tijdelijk)

COLOFON

Ergotherapie Magazine is het officiële orgaan van Ergotherapie Nederland. Het magazine verschijnt 6 keer per jaar.

52^e jaargang, nummer 2, april 2024

Ergotherapie Nederland

Hoofredacteur

Manon Abbel

Redactiesecretariaat

Nelleke Colet

Eindredactie

Dieuwke de Boer, D-taled tekst & communicatie

Redactie EM

Marijn Belarbi-Berendsen, José Oosterom,
Marijke Verbeek, Melanie Visser

Redactie EW

Maud Graff, Margriet Pol, Joan Verhoef

Redactieadres

Orteliuslaan 750, 3528 BB Utrecht
030 262 8356
redactie@ergotherapie.nl

Uitgever

Performis BV, 's Hertogenbosch, www.performis.nl

Advertentieverkoop

Performis
Contactpersoon: Etienne Victoria
www.performis.nl
073 689 58 89
etienne@performis.nl

Abonnementen

Voor leden maakt het abonnement op Ergotherapie Magazine deel uit van het lidmaatschap. De abonnementsprijs voor niet-leden bedraagt € 82,50 per jaar. Abonnees in het buitenland betalen € 97,50 per jaar. Abonnementen worden aangegaan voor een periode van een jaar en automatisch verlengd. Opzegging van het lidmaatschap op Ergotherapie Nederland dient te gebeuren voor 1 november van het volgende kalenderjaar. Abonnementen van Ergotherapie Magazine zijn na de automatische verlenging opzegbaar met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden.

Auteursrecht

Artikelen mogen alleen worden overgenomen en/of vermenigvuldigd, op welke wijze dan ook, na schriftelijke toestemming van de uitgever en met bronvermelding.

Inzending artikelen

De redactie van Ergotherapie Magazine nodigt je graag uit om artikelen in te zenden. Vakinhoudelijke, wetenschappelijke, interessante en relevante artikelen plaatsen we graag. Plaatsing is echter niet gegarandeerd en verloopt volgens een vaste procedure. Voorstellen voor artikelen worden vrijwel altijd beantwoord met het verzoek het artikel te schrijven en in te dienen. Na inzending bepaalt de redactie of het artikel over voldoende kwaliteit beschikt om het te plaatsen.

Op www.ergotherapie.nl vind je de richtlijnen voor het schrijven van een artikel. Deze richtlijnen gelden ook voor de vaste rubrieken. Artikelen kun je sturen naar redactie@ergotherapie.nl.

Door ergotherapeuten geschreven en door de redactie positief beoordeelde artikelen worden geaccrediteerd met 7 punten. Een publicatie in de rubriek Ergotherapie Wetenschap wordt geaccrediteerd met 10 punten. Heeft het artikel meerdere auteurs dan worden de punten naar rato verdeeld.

Inzenden

Vermeld bij het artikel je naam, beroep, functie en waar je deze functie uitoefent. Wij vragen je ook om van ten minste één auteur het telefoonnummer en het e-mailadres te vermelden, als contactpersoon voor de afhandeling van het artikel.



Dit tijdschrift is
CO₂ neutraal en met
FSC-papier geproduceerd.



Inhoud

03 Voorwoord

06 Kort nieuws

08 Interview | Leen De Coninck

12 Column | Theo van der Bom

13 Beleid | Specialistenregister

16 Ergotherapie Jaarcongres | Het verslag

21 Cognitie en revalidatie | (Been)amputatie

26 Keuzehulp | Orthesen en FES

32 Internationaal nieuws | Word WFOT-afgevaardigde

35 Zorgverbetering | Hulpmiddelenpreekuur

38 Column Onderzoek | Uitgedaagd of uitgeput?

39 NRMP | Na een kankerdiagnose

42 Boekrecensie | Breindrop

43 Ergotherapie Wetenschap | Column

44 Mixed Reality | Inzet na beroerte

51 Studentenproject | Gaming

53 ErgoAcademie | Opleidingen en cursussen

55 ErgoAcademie | Cursusagenda



Honger naar wetenschappelijke kennis, nood aan uitdagingen en een grote behoefte om haar beroep te profileren. Dat zorgde ervoor dat de Vlaamse ergotherapeut Leen De Coninck besloot te promoveren. Ze schreef niet alleen een proefschrift, maar meteen ook een richtlijn over ergotherapie bij thuiswonende fysiek kwetsbare oudere personen.



Op vrijdag 22 maart 2024 vond het Ergotherapie Jaarcongres plaats, met als thema 'Ergotherapie verlegt grenzen'. In Congrescentrum 1931 in Den Bosch leverde dat een volle, inspirerende dag op vol lezingen en workshops.



'Cognitieve problematiek bij patiënten met een beenamputatie?', horen we je nu denken. Het antwoord is: 'Ja!'. Het is een veelvoorkomend probleem. Maar de patiënt heeft vooral last van het feit dat wij hier als medici en paramedici nog nauwelijks aandacht voor hebben. Hoe geef je cognitie een vaste plek binnen de dagelijkse praktijk van de amputatie-revalidatie?

Marijke Verbeek benoemd tot nieuwe directeur-bestuurder van Ergotherapie Nederland

Marijke Verbeek is benoemd tot nieuwe directeur-bestuurder van Ergotherapie Nederland (EN). Tijdens de Algemene Ledenvergadering van EN op 7 maart stemden de aanwezige leden in met haar benoeming. Op 1 september 2024 neemt zij formeel de rol van de huidige directeur-bestuurder Theo van der Bom over. Hij draagt het stokje na 13 jaar over in verband met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

De afgelopen jaren is binnen Ergotherapie Nederland hard gewerkt aan een stevige positie van de ergotherapie bij onder meer VWS, Patiëntenfederatie Nederland, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit. Naast het (nog) stevig(er) positioneren en het zichtbaar maken van de meerwaarde van ergotherapie, ligt er voor Marijke de opdracht om de vereniging toekomstbestendig te houden.

Binnenkort volgt een uitgebreid interview met Marijke.



Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen gepubliceerd

In april is de multidisciplinaire *Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen* gepubliceerd. Ergotherapie Nederland ontwikkelde deze richtlijn in samenwerking met andere paramedische beroepsverenigingen. Het doel: kennis bundelen, de kwaliteit van zorg borgen en verbeteren. Voor de totstandkoming van de richtlijn waren diverse experts uit het veld betrokken, waaronder vele actieve leden van Ergotherapie Nederland. We willen iedereen bedanken voor hun bijdrage, in het bijzonder Aline Lindeboom en Carola Döpp. Als inhoudsdeskundigen hebben zij samen met de andere werkgroepleden hard gewerkt aan de ontwikkeling van de ergotherapie modules. Het is de eerste richtlijn waarbij EN verantwoordelijk is geweest voor de ontwikkeling en daarmee ook eigenaar is van de ergotherapiemodules. De richtlijn bestaat uit drie generieke modules en drie modules per discipline. De ergotherapie modules bevatten praktijkgerichte aanbevelingen die jij als ergotherapeut kan toepassen in de behandeling van kwetsbare ouderen. De komende periode zal de (inhoud van de) richtlijn volop gedeeld worden. Daarnaast zijn diverse tools beschikbaar om de richtlijn te implementeren in jouw werksetting. Zo volgt er in mei een multidisciplinair webinar, komt er een uitgebreid artikel in het volgende Ergotherapie Magazine en delen we praktische info op onze social media. Ook is een samenvattingskaart ontwikkeld die de volgende editie van EM wordt bijgesloten. En niet onbelangrijk: de Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen is online beschikbaar op info.ergotherapie.nl/richtlijn



Omgaan met kritische online reviews

Als een ontevreden patiënt zijn ervaring online deelt, wordt dat negatieve beeld breder bekend. Hoe kun je dit voorkomen of de gevolgen ervan beperken? De vijf tips van VvAA in deze korte video (scan de QR-code hiernaast) bieden houvast. Meer lezen over omgaan met klachten en claims? Ga naar vva.nl/klachtenenclaims





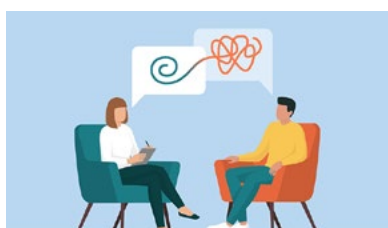
Maurits Sloots nieuwe reviewer Ergotherapie Wetenschap

Sinds dit jaar ben ik reviewer van wetenschappelijke artikelen die worden ingezonden voor plaatsing in Ergotherapie Magazine. Ik ben werkzaam als ergotherapeut en onderzoeker in UMC Utrecht en werk vooral samen met cliënten met ALS en neuromusculaire aandoeningen. Momenteel doe ik onderzoek naar de beslissondersteuning die mensen met ALS krijgen van behandelteams, voor keuzes die ze moeten maken bij het realiseren van hulpmiddelen en woningvoorzieningen tijdens het beloop van de aandoening. We willen de ondersteuning die mensen hierbij krijgen verbeteren, zodat ze hun eigen regie vergroten en zo goed mogelijk geïnformeerd en toegerust zijn om keuzes te maken die passend zijn binnen hun persoonlijke situatie. Ondanks de snelle achteruitgang bij ALS is het zo zorgvuldig mogelijk doorlopen van de stappen van Samen Beslissen hierin leidend.

Het leuke aan het reviewen van wetenschappelijke artikelen is dat het je als onderzoeker kan voeden met hoe andere onderzoekers projecten aanpakken. Ook helpt het je creatiever te zijn in de opzet en uitwerking van je eigen onderzoeksplannen. Daarnaast is het leuk om zodanig tips en adviezen te geven dat de presentatie of nieuws waarde van een uitgevoerd of nog uit te voeren onderzoek zo goed mogelijk uit de verf komt.

Dr. Maurits Sloots, ergotherapeut en onderzoeker bij UMC Utrecht

Wij zijn erg blij met de komst van Maurice Sloots als nieuw lid van de reviewcommissie! Ook interesse om artikelen voor de rubriek Ergotherapie Wetenschap te reviewen? Dan verwelkomen we je graag bij de reviewcommissie! Meer informatie of aanmelden: redactie@ergotherapie.nl



Richtlijn Verslaglegging online te raadplegen

De *Richtlijn Verslaglegging* is door een werkgroep ontwikkeld en door Ergotherapie Nederland uitgebracht. De richtlijn is nu voor iedereen toegankelijk en we raden iedereen ook aan om deze te bekijken. De richtlijn, die tot voor kort alleen 'hard copy' te bestellen was in onze webshop, is vanaf nu ook gratis online toegankelijk voor onze leden. De inhoud van de richtlijn is nog steeds actueel; verslaglegging ondersteunt het methodisch handelen van de ergotherapeut. Daarnaast biedt het ondersteuning in het contact met collega's en andere zorgverleners. De richtlijn biedt concreet en overzichtelijk handvatten voor het voeren van een verslaglegging die bruikbaar is voor alle ergotherapeuten in behandelende en/of adviserende functies. Scan de QR-code om de richtlijn te bekijken.



Aankondiging Algemene Ledenvergadering

Donderdagavond 30 mei 2024 vindt de voorjaars-ALV van Ergotherapie Nederland plaats. Op de agenda staan o.a. het Jaarverslag 2023 en de Jaarrekening 2023. Ook zal deze avond de Astrid Kinébanianprijs worden uitgereikt. Houd de datum dus alvast vrij in je agenda. Agenda en stukken worden voorafgaand aan de ALV gepubliceerd op onze website. De vergadering is van 19.30 tot 21.00 uur op de Orteliuslaan 750 in Utrecht. Aansluitend is er een netwerkborrel. Leden zijn van harte uitgenodigd. Inschrijven kan via info.ergotherapie.nl/congressenbijekomsten.

Promotie Leen de Coninck

“Langer zelfstandig wonen is goed tegen eenzaamheid”

Tekst: Anne Doeleman

Honger naar wetenschappelijke kennis, nood aan uitdagingen en een grote behoefte om haar beroep te profileren. Dat zorgde ervoor dat de Vlaamse ergotherapeut Leen De Coninck besloot te promoveren. “Ik ben iemand die graag analyseert.” Ze schreef niet alleen een proefschrift, maar meteen ook een richtlijn over ergotherapie bij thuiswonende fysiek kwetsbare oudere personen.



Leen De Coninck (60) weet nog precies wanneer haar interesse in de wetenschap ontstond. Het was op het eerste Europese congres over ergotherapie in Oostende wat ze bezocht, ‘lang geleden’. De Coninck was nog niet zo lang ergotherapeut en volgde

er lezingen van ergotherapeuten uit Australië en Engeland, onder meer over snoezelen. De Coninck: “Ik dacht: heel goed, maar eigenlijk zijn we in België al een stapje verder. De presentatie over snoezelen ging over wat het inhield, terwijl wij het al geïntegreerd hadden in het dagelijks leven. Ik dacht: waarom staat daar dan geen Belg? Omdat we ons niet voldoende kunnen verantwoorden, bedacht ik me. Toen ben ik op zoek gegaan naar hoe ik me wetenschappelijk kon onderleggen.”

Haken en spelletjes

De Coninck volgde na haar opleiding bachelor in de ergotherapie eerst nog een opleiding tot orthoptist en later een masteropleiding gerontologie. Maar haar honger naar wetenschappelijke kennis was nog steeds niet voldoende gestild. “Ik ben iemand die altijd graag analyseert. Ik wil weten waarom, veel meer dan dingen van buiten leren.” Ze begon aan een master Verplegingswetenschappen, die ze helaas door twee auto-ongelukken niet af kon maken. Maar tijdens een van die colleges had ze nog zo’n belangrijk

moment. Ze volgde een college van een ‘supergoede prof voor wie ik veel waardering had’, tussen bijna tweehonderd verpleegkundigen. “Die hoogleraar zei: ‘als ik later oud ben en ik wil een goed boek lezen op mijn kamer in het rusthuis, dan moet een ergotherapeut mij niet uit mijn bed halen om te crocheteren (haken, *red.*) en spelletjes te doen,’” vertelt De Coninck. “Ik stak heel impulsief mijn hand op en zei ‘Excuseer professor, maar de ergotherapeut crocheteert niet en doet geen spelletjes’. Hij nodigde me uit om te komen uitleggen wat ergotherapie dan wel inhield. Ik was op dat moment te zenuwachtig en vroeg of ik hem na de les even mocht spreken.” Dat mocht en De Coninck verontschuldigde zich bij de professor. Maar daar wilde hij niets van weten. “Hij zei: u moet zich niet verontschuldigen, ik moet niet dat soort uitspraken doen. In een later college kreeg ik anderhalf uur de tijd om uit te leggen wat ergotherapie was. Later heb ik meerdere lezingen van hem bijgewoond, zonder dat hij wist dat ik in de zaal zat. Hij gebruikte vanaf toen ergotherapie altijd in de juiste context. Maar wij moeten ons als ergotherapeuten dus wel voldoende verantwoorden en profileren.”

Bore-out

Inmiddels richt De Coninck zich al een jaar of vijftien volledig op de wetenschap. Ze werkt voor de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL), geeft les aan masterstudenten ergotherapie aan de universiteit van Leuven, en is betrokken bij het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (Cebam). Daarnaast zit ze in het redactiecomité van Minerva,



Van links naar rechts: prof. dr. Bert Aertgeerts, prof. dr. Anja Declercq, dr. Leen de Coninck en prof. dr. Maud Graff

“Ik blijf ergotherapeut in hart en nieren. Mijn andere opleidingen gebruik ik om mijn ergotherapie te voeden.”

tijdschrift voor de eerstelijns gezondheidszorg, dat recente artikelen duidt.

Grappig is wel dat ze, ook al is ze ook opgeleid als orthoptist en gerontoloog en mag ze zich inmiddels doctor noemen, zich nog altijd voorstelt als ergotherapeut. “Ik blijf ergotherapeut

in hart en nieren. Mijn andere opleidingen gebruik ik om mijn ergotherapie te voeden. Ik vind dat een ergotherapeut zo veel kan doen. Betekenisvol handelen is voor iedereen erg belangrijk. Als iemand een beperking of belemmering heeft waardoor dat betekenisvol handelen niet meer optimaal is,

wordt hij op veel vlakken belemmerd en kan de kwaliteit van leven erg achteruitgaan. Ik denk dat wij als ergotherapeuten een steentje kunnen bijdragen door mensen krachtig te maken en te helpen om betekenis te zoeken binnen hun mogelijkheden.”

Haar promotieonderzoek komt ook voort uit haar behoefte om haar beroep te profileren. “Ik ben heel fier op mijn beroep.” Maar er was nog een andere reden om te promoveren. De Coninck had te weinig uitdagingen en werd ongelukkig. “Ik wilde niet in een bore-out terecht komen. Mijn achtergrond als ergotherapeut heeft mijzelf, denk ik, ook geholpen. Toen ik binnen een bepaalde context niet genoeg uitdaging kreeg en tegen een plafond op botste, wist ik dat ik het ergens anders moest zoeken.”

Op 25 januari verdedigde ze met succes haar proefschrift over de impact van ergotherapie bij thuiswonende fysiek kwetsbare oudere mensen. Het onderwerp bedacht ze zelf, net zoals ze zelf haar promotoren bij elkaar zocht. Haar proefschrift komt voort uit De Conincks overtuiging dat ergotherapeuten veel kunnen doen voor thuiswonende oudere personen met fysieke kwetsbaarheid. En dan heeft ze het niet over de woon- en leefbegeleiders, tot voor kort animators genoemd, of de in Nederland meer gebruikelijke term activiteitenbegeleiders, zoals veel ergotherapeuten in België in woonzorgcentra werken. De Coninck: “Ik heb veel respect voor die mensen, maar zij werken niet als ergotherapeut. Zij kunnen zich beter woon- en leefbegeleider noemen.”

De promovenda denkt dat in België ergotherapeuten in de eerste lijn voor deze doelgroep nog meer kunnen betekenen. Haar proefschrift en richtlijn zijn gericht op het langer zelfstandig laten wonen van oudere personen. Belangrijk, want langer thuis wonen bevordert ook de sociale participatie, zegt De Coninck. “Op die manier kan iemand langer functioneren in zijn eigen omgeving en blijft hij in contact met *peers*. Ook iemands zelfbeeld blijft hoog of kan verbeteren. Het gaat dus om het functionele, maar heeft een veel bredere impact. Het speelt ook in op eenzaamheid.”

Therapietrouw

Ze had bij haar proefschrift steeds één specifieke persoon in haar hoofd: haar eigen moeder. “Ik ben mantelzorger van mijn inmiddels 88-jarige mama. Zij is fysiek kwetsbaar. Ze heeft geen prioritaire aandoening, maar een cumulatie van beperkingen die er zijn omwille van het ouder worden.” Bij haar moeder ziet De Coninck wat vaker gebeurt bij oudere mensen: haar wereld wordt letterlijk en figuurlijk kleiner.



“Mijn moeder zegt dikwijls: de muren komen op me af. Ze weet ook niet goed meer wat ze kan vertellen, omdat ze niet zo veel meemaakt. Dat heeft ook invloed op het cognitief functioneren.”

De Coninck wilde eerst weten of ergotherapie voor haar moeder en alle andere kwetsbare

oudere mensen effectief is. Dat bleek zo te zijn, vond ze in literatuuronderzoek. Als ergotherapie onderdeel is van een multidisciplinaire aanpak heeft het effect op het vlak van functionele performance, sociale participatie en mobiliteit. Dat werden dan ook De Conincks primaire uitkomstmaten. Daarnaast heeft ergotherapie effect op valangst, bleek uit de studie.

Waar komt dat effect nu door? Cliëntgerichtheid, werken met empowerment en collaboratie bleken van groot belang. Maar ook therapietrouw bleek een belangrijke factor. “Therapietrouw bij oudere personen is niet altijd hoog,” zegt De Coninck. “Als je valt en je been breekt, ben je van de ene op de andere dag immobiel en weet je dat je moet revalideren. Bij oudere personen gaat de achteruitgang zo traag dat ze dat heel anders ervaren. Men denkt: het komt van de ouderdom en er is toch niets aan te doen. Dus de therapietrouw is dan niet zo groot.”

Er zijn echter wel zaken die therapietrouw verhogen, vond De Coninck, en niet alleen bij de oudere persoon, maar ook bij de zorgverlener. *Case finding* bijvoorbeeld: huisartsen moeten alert worden gemaakt dat ze een patiënt kunnen verwijzen naar een ergotherapeut. Dat kan misschien wel in het *decision support system* in het elektronisch patiëntendossier worden opgenomen, oppert De Coninck. “Als de huisarts een 85-jarige mevrouw op het bezoeken krijgt die twee keer is gevallen, zou er bijvoorbeeld een signaal af kunnen gaan dat het goed kan zijn om deze patiënt te verwijzen naar een fysiotherapeut of ergotherapeut.” Daarbij is het van belang dat de ergotherapeut binnen een week na de verwijzing aan huis komt. De Coninck: “Die periode blijkt essentieel voor de therapietrouw.”

Nog iets wat therapietrouw kan verhogen is *shared decision making*. De doelen stelt de ergotherapeut samen met de oudere persoon op, met de drie doelen die voor de oudere persoon de hoogste prioriteit hebben bovenaan. “Het zit hem allemaal in kleine dingen.”

Rijvaardigheid

De Coninck ontwikkelde in haar proefschrift het ProMOTe-protocol (Promoting Meaningful activities by Occupational Therapy in Elderly care. ProMOTe gaat in op klinisch redeneren, met accenten op het gebied van therapietrouw. Vanuit dat protocol ontwikkelde ze vervolgens een klinische richtlijn; met haar kennis van methodiek en richtlijnontwikkeling een logische stap. Die richtlijn is gemaakt op basis van literatuur, een systematisch review en twee kwalitatieve onderzoeken.

In de richtlijn staan concrete aanbevelingen die een ergotherapeut kan toepassen om thuiswonende kwetsbare ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten zijn. Een voorbeeld is rijvaardigheid. De Coninck: “Ik ben er voorstander van om oudere personen zo lang mogelijk auto te laten rijden, maar op een bepaald moment is het niet meer verantwoord voor die persoon of de omgeving. Ik vind het een taak van ergotherapeuten om oudere personen daar bewust van te maken.” Ergotherapeuten kunnen wat De Coninck betreft bijvoorbeeld in gesprek gaan hierover, zodat de oudere persoon zelf tot inzicht komt, of kunnen bijvoorbeeld de mogelijkheden van alternatieve transportmiddelen mee onderzoeken.

Ook belangrijk: bewegen. Natuurlijk valt fysieke activiteit ook onder het domein van de fysiotherapeut. Maar de toegevoegde waarde van ergotherapeuten zit hem vooral in het integreren van bewegen in het dagelijks leven. Zij kunnen iemand bijvoorbeeld aanraden niet alles in één keer mee te nemen uit de keuken, maar bijvoorbeeld eerst het bord te halen en daarna de beker. “Dan heb je al twee keer bewogen en het is ook nog eens veilig, omdat je je armen niet vol hebt.” Pas zeker ook motiverende componenten toe bij bewegen en gebruik *supporting tools*, raadt De Coninck aan. “Als je een melkpak uit de koelkast haalt, kun je die bijvoorbeeld nog eens extra opheffen om je spieren te trainen.”

De richtlijn benoemt ook wat je beter niet kan doen. Zo raadt De Coninck af om robotica te gebruiken bij deze doelgroep. “Het is nog niet aangetoond dat robotica voor deze populatie ondersteunend kan zijn in het kader van mobiliteit of zelfzorg. Steek daar je tijd dus niet in.”

Genoeg plannen

De Coninck hoopt met haar promotieonderzoek en richtlijn vooral te bereiken dat meer oudere personen in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Maar ze hoopt ook dat ergotherapeuten zich met deze richtlijn sterker voelen om binnen een interprofessioneel team het belang van ergotherapie bij deze populatie te verantwoorden.

En is haar honger naar wetenschappelijke kennis nu gestild? De Coninck lacht. “Op mijn promotieviering kreeg ik van meerdere mensen de opmerking: ‘jij zal niet stoppen.’” Ze heeft inderdaad plannen genoeg. Zo hoopt ze op een randomised clinical trial en wil ze de richtlijn implementeren, ook internationaal. Al doet ze dat niet meer allemaal zelf. “Er is heel veel potentieel onder jonge ergotherapeuten en masterstudenten. Ik heb een mooie basis gelegd en geef hen nu graag de kans om het uit te voeren. Het lijkt me heel leuk om die mensen te coachen.”

Daarnaast wil ze graag aankloppen bij het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In het verleden sprak ze al eens met minister Frank Vandenbroucke over het ouderenbeleid. Nu wil ze hem graag verleiden meer te investeren in ergotherapie in de eerste lijn. Het Nederlandse beleid ziet ze daarbij als voorbeeld. “Ik wil graag ook terugbetaling voor tien ergotherapeutische interventies in de eerstelijnszorg voor oudere personen en tien interventies voor mantelzorgers bereiken.”

De Coninck vond het heel bijzonder om te promoveren, zeker op iets oudere leeftijd. De promotieviering was ook leuk, met als eregast uiteraard De Conincks belangrijkste ‘proefpersoon’: haar moeder. “Ze was heel fier, zoals mama’s zijn.” Maar toch noemt ze het proces van promoveren belangrijker dan de viering zelf. “De mensen met wie ik in contact kwam, het mogen stellen van vragen, de deuren die voor mij open zijn gegaan. Ik ben heel dankbaar voor de mensen om mij heen en de kansen die ik krijg.” 

Richtlijn en samenvatting

De klinische richtlijn Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon is te vinden op sqaqel.com/onderzoek-en-ontwikkeling. Een samenvatting van de richtlijn staat op ebpnet.be/nl/ebsources/6978.



Samen!

Je bent van mij gewend dat ik over het algemeen redelijk positief ben in mijn columns. Uiteraard kraak ik zo nu en dan eens een kritische noot, maar toch zit het in mijn karakter om altijd positief vooruit te kijken. Alhoewel ik het daar de laatste maanden steeds moeilijker mee heb door die bakken met regen, maar dat terzijde. Maar het is toch gelukt om me nu een beetje chagrijnig te maken. En dat heeft alles te maken met het woord ‘samen’.

In de zorg- en welzijnswereld gebruiken we het woord ‘samen’ veel, zeker nu het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de Visie Eerstelijnszorg doorspekt zijn met (al dan niet regionaal) samenwerken. Zorgverzekeraars ondertekenden het IZA en de visie ook. En zo komen we uit bij de partijen die mij dat vervelende, chagrijnige gevoel geven. Zorgverzekeraars zijn sinds een aantal jaren verplicht om uiterlijk op 1 april van elk jaar hun zorginkoopbeleid te publiceren. Deze zorginkoop gaat over contracten die zij sluiten met zorgverleners (zoals ergotherapeuten) of zorginstellingen (zoals ziekenhuizen). Normaal gesproken denk je bij een contract of overeenkomst (het woord zegt het al: je komt iets overeen): laten we er over praten. Maar dat gebeurt dus niet. Zeker niet als individuele ergotherapeut. Gelukkig zit Ergotherapie Nederland wel aan tafel met zorgverzekeraars om nog iets voor elkaar te krijgen. Maar dat is veelal nádat het zorginkoopbeleid al is vastgesteld. Desondanks hebben we als EN geprobeerd input te leveren, al zijn de resultaten van die inspanningen niet bij voorbaat verzekerd.

Maar dan komt het... Het zorginkoopbeleid wordt gepubliceerd en wat lezen we dan? “Samen met zorgverleners de zorg vernieuwen” (VGZ), “Goede eerstelijnszorg die dichtbij huis wordt geleverd... Wij willen hier samen met u

aan werken” (Zilveren Kruis), en “Samen met zorgaanbieders en andere partners zetten wij ons in om doelen en regionale werkagenda’s uit te voeren” (Menzis). En zo kan ik alle zorgverzekeraars citeren met woorden van ongeveer dezelfde strekking. Vervolgens wordt het zorginkoopbeleid vertaald in een contract met dwingende voorwaarden: gij zult dit en gij zult dat. Ik hoop van harte dat het IZA en de Visie Eerstelijnszorg een kentering realiseren om de broodnodige (ergotherapeutische) zorg te kunnen blijven garanderen met een normaal inkomen, zonder wachtlijsten en met werkplezier voor iedereen.

Wat we in ieder geval samen wél goed hebben gedaan (tja, ik kan het toch niet laten om positief te zijn) is het vieren van een geweldig Ergotherapie Jaarcongres op 22 maart. Samen met de congrescommissie, de collega’s van het bureau (hulde!), de sprekers, de dagvoorzitter en vooral ook samen met de deelnemers: het was fantastisch! De congreslocatie in Den Bosch was weer geweldig en wat fijn dat we met zovelen waren! Voor mij was dit het laatste grote event waar ik jullie kon treffen. Met een prachtig boek met zoveel hartelijke wensen en een snik in het hart trok ik de deur van 1931 Congrescentrum achter me dicht. Maar... we gaan samen de voorjaarsbijeenkomsten nog doen, of hebben dat inmiddels al gedaan. Dan vieren we het 10-jarig bestaan van het Regionaal Ergotherapeutisch Netwerk. Hartstikke goed! Dat hebben we dan toch ook mooi samen met de REN-commissies gedaan. Veel dank daarvoor! 

*Theo van der Bom, directeur-bestuurder
Ergotherapie Nederland*



Lucelle van de Ven-Stevens, manager Inhoudelijk beleid en Kwaliteit: “In EM 6/2022 schreven we: ‘Maatschappelijke ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de zorg vragen om een beroepsgroep bestaand uit ergotherapeuten die werken als generalist, als deskundige op een specifieke gebied en als specialist’. Het artikel van destijds gaf een inkijkje in de eerste opleiding ouderenergotherapie tot specialisatie naar ouderenergotherapeut. Voor de positionering en profilering van de ergotherapie zijn ook specialisaties gewenst. In dit artikel nemen we je mee in het belang van enerzijds breed opgeleide generalisten en anderzijds specialisten binnen de beroepsgroep.”

12 jaar

Generalisten én specialisten in de ergotherapie



Tekst: Dorethé Wassink en Lucelle van de Ven

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) uit 2022 onderstreept opnieuw dat wat twaalf jaar geleden ook al een actueel onderwerp was: er is sprake van een veranderende zorgvraag door dubbele vergrijzing van de bevolking, door toename van het aantal chronisch zieken en door verschuiving van verblijf of revalidatie in een instelling naar behandeling in de eerste lijn en langer thuis wonen. Ook verandert het zorgaanbod door medisch-technische ontwikkelingen, neemt ketenzorg toe en is er een beweging van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en gedrag’. Naast ziekte-specifieke aspecten dragen ook demografische en sociaaleconomische verschillen bij aan de soort en complexiteit van de zorgvraag. Met deze verschuivingen in zowel vraag als aanbod is er behoefte aan zowel generalistische zorg als specialistische zorg.

Functiedifferentiatie

De genoemde ontwikkelingen vragen om een flexibele beroepsgroep die enerzijds breed inzetbaar is en anderzijds verdieping kan geven aan een specifiek deel binnen het vakgebied ergotherapie. Naast de ‘generalist’ die je bent nadat je de initiële opleiding ergotherapie hebt afgerond, bezitten de meeste ergotherapeuten een of meer specifieke deskundigheden, bijvoorbeeld gericht op een doelgroep of een bepaalde ergotherapeutische interventie.

Daarnaast zijn er drie specialisaties officieel erkend, namelijk in de werkvelden hand-ergotherapie, kinderergotherapie en ouderenergotherapie. Ergotherapie Nederland schreef voor elk van de ergotherapeut-specialisten een Profiel Specialisatie

en stelde deze ook vast. Deze ergotherapeut-specialisten hebben ruime werkervaring met de doelgroep en volgen zowel een post-hbo-opleiding tot specialist, als aanvullende specialisatie-gerelateerde scholingen. Daarnaast leveren zij een bijdrage aan de ontwikkeling van de specialisatie.

“De ambitie is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden.” (Integraal Zorgakkoord, 2022)

Generalisten-specialisten model

In navolging van en destijds vooruitlopend op de veranderingen in zorgvraag en -aanbod besloot Ergotherapie Nederland al tijdens de ALV in 2012 het generalisten-specialisten model in te voeren. Dit betekent een officiële erkenning van specialisaties.

Waarom specialisaties?

De verwachting is dat specialisatie leidt tot:

- verhoging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening op het specifieke deelgebied, onder andere door onderzoeksresultaten meer te integreren in het vak;
- verduidelijking van expertise richting cliënten, verwijzers en andere samenwerkingspartners;
- innovatie binnen het vakgebied;
- ruimer beroeps-/carrièreperspectief;

Criterium	Eerste registratie in specialistenregister
Algemene voorwaarden	1. Minimaal 3 jaar werkervaring als ergotherapeut 2. Kwaliteit-geregistreerd door een <i>actuele</i> herregistratie
Werkervaring	Minimaal 1.600 uur in 3 tot 5 jaar (gelijk aan eisen KP) <i>in het betreffende specialisme</i>
Scholing	- Verplicht deel specifiek gericht op de specialisatie: <i>Door de beroepsvereniging erkende post-hbo-opleidingen handtherapie, kinderergotherapie of ouderenergothérapie</i> - Vrije keuzedeel: <i>specifiek gericht op de specialisatie en/of relevant voor de specialisatie (met een verschil in percentage toekenning)</i>
Bijdrage aan ontwikkeling specialisatie	15 punten te behalen met het leveren van een <i>aan de specialisatie-gerelateerde</i> bijdrage aan de verdere ontwikkeling van (de kwaliteit van) de specialisatie volgens de criteria die genoemd zijn bij het KP

- profilering van het vakgebied ergotherapie en de specialisaties;
- betere positionering van de ergotherapeut.

Voor de laatste twee – het profileren en positioneren van de ergotherapie als (breed) vakgebied met de aanwezigheid van specialist-ergotherapeuten in ons vakgebied – zijn ook erg belangrijk. Als meer mensen op de hoogte zijn van wat ergotherapie is en welke bijdrage ergotherapie levert, kan dat op meerdere plaatsen effect hebben. Denk aan:

- meer scholieren kiezen voor de opleiding;
- meer zorgprofessionals zoeken de samenwerking op;
- gemeenten of andere organisaties in het sociaal domein zien meerwaarde in het inschakelen van een ergotherapeut bij de opgave waar zij voor staan;
- er wordt minder aanleiding gezien om nieuwe professionals te zoeken en in te stellen, zoals ouderen-coaches, kinder- of participatiecoaches.

De specialist-ergotherapeut

De specialist-ergotherapeut onderscheidt zich op de cliëntgerichte beroepscompetenties van de bachelor-gekwalficeerde ergotherapeut door de specialistische kennis voor een specifieke doelgroep. De kwalificatie beweegt zich tussen het bachelor- en masterniveau in.

Het specialistenregister

De specialist-ergotherapeut maakt zich zichtbaar voor cliënten, verwijzers en andere samenwerkingspartners door registratie in het specialistenregister van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). De specialist laat zo zien te beschikken over de specifieke ervaring en actuele kennis, vaardigheden en

(persoonlijke) kenmerken die horen bij de criteria van een van de specialisaties. Precies daarmee kan deze ergotherapeut zich onderscheiden. Bovendien draagt dit bij aan de kracht van de profilering en positionering in het eigen werkveld én daarbuiten.

Tijdens de ALV op 24 maart 2017 zijn de algemene criteria voor de specialistenregisters vastgesteld.

In het kader hierboven zijn de criteria voor de specialistenregisters opgenomen. Deze zijn terug te vinden op ergotherapie.nl/kwaliteitsregister-paramedici-kp.

De ouderenergothérapeut

De opleiding ouderenergothérapie startte in 2023 en intussen behaalde de eerste lichting ergotherapeuten het felbegeerde diploma. Deze 21 deelnemers verwierven nieuwe en verdiepende expertise in een breed scala aan onderwerpen gericht op kwetsbare ouderen. Samen met de eigen kennis en ervaring verwerkten zij de lesopdrachten in hun eigen praktijksituatie. Overall is de ervaring dat zij nu een completer beeld hebben gekregen van welke expertise zij kunnen inzetten bij welke (complexe) vraagstellingen en in welke contexten. Een ander belangrijk kenmerk is dat zij zich als specialist proactief en met meer vertrouwen durven presenteren en profileren, en bijvoorbeeld succesvol zelf onderhandelen over het starten of deelnemen aan projecten gericht op kwetsbare ouderen.

Beeldmerk

Om het profiel en de profilering van de specialisaties te ondersteunen en kracht bij te zetten is besloten om 3 beeldmerken te maken. Deze op elkaar afgestemde

beeldmerken vergroten de herkenbaarheid van onze specialisten bij een breed publiek.



3 beeldmerken

Ben je geregistreerd in een van de Specialistenregisters? Je kunt dit beeldmerk dan gebruiken in je eigen communicatie. Denk bijvoorbeeld aan de (digitale) handtekening, je website, in presentaties, factsheets of in andere producten. De beeldmerken zijn in het juiste formaat op te vragen bij EN via beleid@ergotherapie.nl

Tot slot

Algemeen ergotherapeuten (generalisten), ergotherapeuten met een of meer specifieke deskundigheden én de specialistisch opgeleide ergotherapeuten zijn allemaal belangrijk in onze beroepsgroep. Samen bieden zij de zorg en ondersteuning die bijdraagt aan het mogelijk maken van dagelijkse activiteiten en participatie van mensen. Door met elkaar samen te werken vul je elkaar aan en versterk je het profiel van ergotherapie in de eigen werkomgeving en/of de regio. Het op deze wijze profileren van ons mooie beroep gebeurt nog niet zo vaak en hier mag dan ook best een tandje worden bijgezet.

We horen daarom graag welke expertise je zelf hebt en/of er is in jouw omgeving en hoe je die met elkaar uitdraagt! Leuke en inspirerende ideeën ontvangen wij graag via beleid@ergotherapie.nl.



— ADVERTENTIE —

Tijd voor meedenken



Tijd voor jou. Tijd voor Vegro.

Vegro is **dé hulpmiddelenwinkel** van Nederland. Dankzij 40 jaar ervaring kun je bij ons altijd terecht voor deskundig advies.

Altijd in de buurt

Met onze 50 zorgwinkels verspreid over het hele land is er altijd een Vegro zorgwinkel bij jou in de buurt.

Vegro staat voor je klaar

Bel **0900 - 288 77 66** (lokaal tarief) of kijk op vegro.nl hoe we jou kunnen helpen.

Voor hulp. Voor middelen. Voor jou. | Samen zorgen we ervoor

Grensverleggend Jaarcongres Ergotherapie

Tekst: Anne Doeleman

Beeld: Nelleke Colet

Op vrijdag 22 maart 2024 vond het Ergotherapie Jaarcongres plaats, met als thema 'Ergotherapie verlegt grenzen'. In Congrescentrum 1931 in Den Bosch leverde dat een volle, inspirerende dag op vol lezingen en workshops.



Het thema 'Ergotherapie verlegt grenzen' werd niet voor niets gekozen voor het afgelopen jaarcongres van Ergotherapie Nederland. Binnen de ergotherapie worden steeds meer grenzen verlegd, onder meer door ontwikkelingen in de samenleving. Zo spelen ergotherapeuten steeds vaker een belangrijke rol bij burn-out, post-COVID, werkherhervatting, preventie en reablement. Veel sprekers gingen in hun lezingen en workshops in op het thema.

Het thema was ook direct zichtbaar in de zaal, zag Theo van der Bom, directeur-bestuurder van Ergotherapie Nederland. Met 460 deelnemers werd namelijk een oude grens verlegd en een nieuw bezoekersrecord behaald. Dat heeft ook te maken met de groei van het aantal ergotherapeuten in de afgelopen

tien, twaalf jaar, aldus Van der Bom. Toch blijft er een tekort aan ergotherapeuten en loopt de instroom op de opleidingen achter. "Doodzonde natuurlijk," aldus Van der Bom. Hij vroeg de aanwezige ergotherapeuten om als ambassadeur van het vak op te treden. "Op die manier voelen meer studiekeizers zich aangesproken door het vak."

Voor hem werd er op dit congres ook persoonlijk een grens bereikt, vertelde Van der Bom zichtbaar geëmotioneerd aan de zaal. "Dit is de laatste keer dat ik u persoonlijk welkom mag heten." Op 1 september gaat hij, na 13 jaar bij Ergotherapie Nederland, met pensioen. Het leverde hem een oorverdovend applaus en een staande ovatie op. Aan het eind van de dag werd hij heel hartelijk bedankt voor zijn inzet – en de mooie



Gert Rots



Kees-Jan van der Klooster

interprofessionele samenwerking die hij als fysiotherapeut met ergotherapeuten had – en kreeg hij een boek overhandigd waarin deelnemers gedurende de dag iets voor hem hadden opgeschreven.

Stunten

Grensverleggend was zeker ook de presentatie van Kees-Jan van der Klooster en Gert Rots. Van der Klooster liep in 2001 door een snowboardongeluk een dwarslaesie op, waardoor hij zich nu in een rolstoel voortbeweegt. Het weerhoudt hem niet van sporten, zoals wakeboarden en alpineskiën op een zitski op hoog niveau.

Van der Klooster's missie is om het veelal bestaande beeld van mensen met een beperking te veranderen. Dat doet hij soms op onconventionele wijze, zag fysiotherapeut Gert Rots toen Van der Klooster een training over rolstoelvaardigheden gaf. Waarom zou je met je rolstoel een trapje af willen? Waarom zou je de antiekiewielen van je rolstoel willen halen? Rots: "In onze ogen was Kees-Jan erg aan het stuntsen." Maar al snel zag hij in dat Van der Klooster's manier wel degelijk werkte. Rots: "Ik heb een blinde vlek ontdekt. We zijn er goed in om kinderen te onderschatten in wat ze kunnen en te overwaarderen wat ze doen. We moeten kritisch kijken naar ons handelen. Dat is soms pijnlijk, maar noodzakelijk."

Van der Klooster: "Ik hoop te bereiken dat mensen trots worden op zichzelf." Succesfactoren voor een goede

rolstoeltraining zijn wat hem betreft dat deze gegeven wordt door een ervaringsdeskundige trainer – dus: aan de slag, ergotherapeuten, aldus Van der Klooster –, leren in een groep, een geschikte rolstoel, zowel binnen als buiten trainen en het betrekken van ouders en de omgeving. Op die manier kun je de titel van deze lezing bereiken, aldus Van der Klooster en Rots: 'Wheelchair skills: no limits!'

De lezing van hoogleraar Ouderengeneeskunde Nathalie van der Velde was vervolgens een grondige opfriscursus over valpreventie. Wat zijn ook weer de oorzaken van vallen bij ouderen? Hoe kan vallen voorkomen worden? En welke rol spelen medicijnen? Waarschijnlijk bekende zaken voor veel ergotherapeuten, maar goed om ze weer eens op een rijtje te hebben.

Meetinstrument

Na de lunch konden deelnemers de workshops volgen waarvoor ze zich hadden ingeschreven. Net als veel andere workshops, zat de workshop over de Cognitive Complaints-Participation (CoCo-P) bomvol. Dit meetinstrument om cognitieve klachten in het dagelijks leven in kaart te brengen werd enkele jaren geleden in eerste instantie ontwikkeld voor mensen met hersenletsel. Ergotherapeut en onderzoeker Marieke Heister deed onderzoek naar de toepasbaarheid van de CoCo-P bij volwassenen met post-COVID. Ze liet zien hoe het meetinstrument ingezet kan worden.



Edith Brocken en Fleur Stoffer

Het onderwerp bleek te leven: Heister kreeg veel vragen uit de zaal. En ook bij de opdracht in tweetallen werd het nodige besproken. Veel deelnemers zagen mogelijkheden om het instrument in te zetten bij hun eigen cliënten, of deze nu kampten met de gevolgen van een whiplash, CVA, MS of kanker. De achtergrond van de klachten is bij de CoCo-P dan ook minder van belang, het instrument is inzetbaar voor mensen met cognitieve klachten en vermoeidheid in het algemeen.

De CoCo-P is geen objectief meetinstrument, maar meet de beleving van mensen, benadrukte Heister. Hij is ook goed in te zetten om in gesprek te gaan over dagelijkse activiteiten, of als aanvulling op andere meetinstrumenten, gaf zij aan.

Coaching op afstand

De workshop over coaching op afstand in een kinderrevalidatiesetting was onder meer grensverleggend vanwege de samenwerking tussen ergotherapeut Anke Verhaegh en taalwetenschapper Evi Dalmaijer. De Sint Maartenskliniek startte zo'n tien jaar geleden met coaching op afstand voor ouders en jonge kinderen met eenzijdige cerebrale parese. Ouders en kinderen oefenen thuis acht weken lang in een intensief programma 30 minuten per dag met de aangedane hand. Ouders maken video's en sturen die op met een tekstje erbij. Verhaegh en collega's reageren vervolgens op deze video's.

Hoe geef je nu het best feedback op zo'n video? En hoe wordt daar op gereageerd? Dat onderzocht taalwetenschapper Dalmaijer. Ze zag drie patronen in de honderden video's en tekstberichten. In verreweg de meeste gevallen wordt het advies van de ergotherapeut door de ouders opgevolgd en geeft de ergotherapeut een vervolgadvis. In andere gevallen werd het advies niet opgevolgd en bracht de ergotherapeut het advies opnieuw uit. Soms werd het advies ook niet opgevolgd en gaf de ergotherapeut een aangepast advies.

Deelnemers aan de workshop konden ook zelf oefenen door met hun telefoon feedback te geven op een videofragment. Ze hadden duidelijk geluisterd naar Verhaegh, want haar tip om vooral positieve feedback te geven, werd goed opgevolgd. En ook heel concreet advies werkt goed, vulde Dalmaijer aan.

Arbeid

Ergotherapeuten Edith Brocken en Fleur Stoffer gingen vervolgens in hun key note speech in op een ander voorbeeld van het dagthema, namelijk dat van grenzen verleggen binnen het werkveld. Ze zetten zich al vele jaren in op hulpvragen gericht op werkhervatting. Hun lezing was een oproep aan alle ergotherapeuten om dat stuk ergotherapie vooral ook mee te nemen in hun handelen.

Brocken en Stoffer zien dat ergotherapeuten tegenwoordig een serieuze speler zijn in het behoud van en de terugkeer naar werk van mensen met een chronische aandoening,

mede door de training *Weer aan het werk* en de rol van ergotherapie in en na de coronapandemie. Arbeid wordt steeds meer gezien als onderdeel van ergotherapie. Brocken: "Corona heeft ergotherapie geen windeieren gelegd. We hebben met de handreiking *Ergotherapie bij cliënten met het post-COVID-syndroom* laten zien wat de meerwaarde is van ergotherapie. Als we dit bij post-COVID kunnen, kunnen we dit ook bij andere aandoeningen."

Stoffer vulde aan: "Een kwart van de beroepsbevolking heeft een chronische aandoening, hiervan werkt maar de helft. Om onze samenleving draaiende te houden is het van groot belang dat mensen kunnen blijven werken en participeren op arbeidsmarkt." Als ergotherapeut kan je een bijdrage leveren aan het oplossen van dit probleem, aldus Stoffer. "Dit maakt ons trots, maar schept ook een verwachting. Wij en zeker ook jullie zullen je rol hierin moeten pakken. Wij verwachten dat alle ergotherapeuten die werken met cliënten in de werkzame leeftijd vanaf de intake arbeid meenemen in de behandeling en dat je je kan gedragen als partner van de bedrijfsarts. Ergotherapie maakt onderdeel uit van de oplossing."



5 jaar leerstoel

Hoogleraar Maud Graff had de eer om de laatste spreker van de dag te zijn. Ze keek terug op 5 jaar leerstoel Ergotherapie, een leerstoel die grenzen heeft verlegd voor de ergotherapie. "Dit is niet mijn leerstoel, maar de leerstoel van jullie allemaal," aldus Graff. Ze benoemde haar droom van 5 jaar geleden: evidence based ergotherapie over heel veel onderwerpen. "Dat is nog steeds mijn droom. Dat we kunnen laten zien dat

ergotherapie er toe doet. Als we ons werk met onderzoek staven, staan we sterker."

Graff gaf aan dat we aan de vooravond van een nieuwe Kennisagenda staan. "De koers in de Kennisagenda hebben we samen bepaald. Onderwerpen krijgen daarbij een hoge prioriteit als er nog weinig onderzoek naar is gedaan en ze maatschappelijk relevant zijn." Er zijn 5 thema's: effectiviteit, optimalisatie van zorg- en welzijnsactiviteiten, zorginnovatie, zorgtechnologie en hulpmiddelen, substitutie en preventie. De meeste thema's bestonden al, maar het laatste thema is nieuw.

Graff benadrukte steeds: we doen het samen. Er is al veel bereikt en ze wil nog veel meer bereiken. Graff sloot af met: "Wat ik heel mooi zou vinden, is als er op niet al te lange termijn nog een hoogleraar bij zou komen. Er is genoeg te doen."

Het volgende Jaarcongres Ergotherapie is om praktische redenen niet volgend jaar, maar over twee jaar. EN laat het congres niet meer door een extern bureau organiseren, maar doet dit tegenwoordig zelf. "Dat is een groot succes geworden, met onder meer het grootste aantal deelnemende ergotherapeuten 'ever' en goed bezette sponsorplekken," zegt Theo van der Bom. Deelnemers geven het congres bovendien een mooie 8, blijkt uit de eindbeoordeling. Maar omdat EN een klein bureau is dat er in de loop van de jaren veel extra taken bij heeft gekregen, lukt het niet om volgend jaar alweer een nieuw congres te organiseren, zegt Van der Bom. "Door het zelf te organiseren blijft het streven dat het congres écht een feest is van de ergotherapie met hoge kwaliteit en betrokkenheid." ➡



EZ-Steunkouspistool®

Het enige elektrisch bediende én armverlengende hulpmiddel.
Voor Alle typen steunkousen !!!



Het EZ-Steunkouspistool® Aan

Is 's-Werelds enige oplaadbare elektrisch aangedreven hulpmiddel voor het snel aantrekken van alle soorten steunkousen. Zonder wrijving en met minimale krachtsinspanning. Voor alle groottes, klassen en typen steunkousen. Ook voor lieskousen of panties. Open voet en gesloten voet.

Het EZ-Steunkouspistool® Uit

is 's-Werelds enige draagbare en oplaadbare elektrisch aangedreven hulpmiddel voor snel en comfortabel uittrekken van steunkousen met minimale krachtsinspanning. Voor alle typen steunkousen.



Easy Medical Devices uit Arnhem is de enige producent ter wereld met elektrisch bediende hulpmiddelen voor aan- én uittrekken van steunkousen. **Alle** steunkousen. Inmiddels al ruim 10 jaar en met duizenden succesvolle plaatsingen. Wij bieden gratis demonstraties bij cliënten in heel Nederland. Deze demonstraties zijn altijd onder het toeziend oog van U als ergotherapeut. EZMD verzorgt daarna het gehele vervolgtraject van aanvraag bij de verzekeraar en levering. Wij ontwikkelen en produceren volledig zelf. Niet voor niets worden onze producten over de hele wereld verkocht.

Voor het maken van een afspraak voor een demonstratie kunt u bellen met EZMD op 026-206 00 01 of mailen met info@ezmd.nl

www.ezmd.nl

Cognitieve problematiek bij patiënten met een (been)amputatie: een onderbelicht onderwerp

Tekst: Meike Swinkels

‘Cognitieve problematiek bij patiënten met een beenamputatie?’, horen we je nu denken. Het antwoord is: ‘Ja!’. Het is een veelvoorkomend probleem. Maar de patiënt heeft vooral last van het feit dat wij hier als medici en paramedici nog nauwelijks aandacht voor hebben. Hoe geef je cognitie een vaste plek binnen de dagelijkse praktijk van de amputatie-revalidatie?



Meike en cliënt

Waar begin je met zoeken naar mogelijkheden als je cognitieve problematiek constateert bij patiënten met een beenamputatie? In de richtlijn natuurlijk. Maar in de richtlijn Amputatie en Prothesiologie wordt wel een pleidooi gehouden voor aanvullende diagnostiek ten aanzien van cognitie en/of leervermogen, maar er wordt niet omschreven welke diagnostiek aangeraden wordt of hoe je dit toepast in een behandeltraject. Dan maar de wetenschappelijke literatuur raadplegen? Ook in de literatuur is het niet veel anders: het

belang is duidelijk beschreven, maar de uitvoering blijft uit. Hierdoor is er sprake van een ‘practical gap’¹, die verkleind moet worden.

Hoe geef je cognitie een vaste plek binnen de dagelijkse praktijk van de amputatie-revalidatie? In dit artikel lees je hoe Libra Revalidatie dit heeft aangepakt door middel van een participatief actie onderzoek (PAO). We hopen dat dit andere ergotherapeuten en organisaties inspireert om met dit belangrijke onderwerp aan de slag te gaan.

De theorie in een notendop

Een beenamputatie is in ruim 95% van de gevallen een gevolg van perifere arterieel vaatlijden (PAV) en/of diabetes mellitus (DM).² DM versnelt de veroudering in de hersenen. Dit leidt mogelijk tot beschadiging van de kleinste bloedvaatjes, wordt in verband gebracht met versnelde achteruitgang van het cognitief functioneren en met een verhoogde kans op dementie.³ Mensen met PAV hebben vaker niet-geïdiagnosticeerde cognitieve problemen dan gezonde mensen.⁴ Doordat PAV en/of DM de meest voorkomende oorzaken van een amputatie zijn, heeft deze groep vaker te maken met cognitieve problemen.⁵ Door deze problemen gebruiken zij ook vaker een hulpmiddel met lopen, hebben zij een slechtere mobiliteit en een slechtere gezondheid. Hierdoor ervaren zij vaker verlies van onafhankelijkheid en beperkingen in het dagelijks leven.^{6,7,8}

Cognitieve problemen hebben impact op de revalidatiebehandeling die mensen met een amputatie vaak krijgen. De problemen worden vaak niet of laat herkend, terwijl ze een negatieve impact kunnen hebben op therapietrouw, herstel van mobiliteit, een succesvolle prothese aanpassing en zelfstandigheid in het dagelijks leven.^{6,7} Binnen het revalidatietraject is het dan ook belangrijk om het cognitief profiel in kaart te brengen, om het traject zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de patiënt en succesvol te laten verlopen.⁷

Context project

Libra Revalidatie & Audiologie biedt specialistische revalidatie en audiologische zorg in Brabant en Noord- en Midden-Limburg (Tilburg, Eindhoven, Weert). Op alle locaties behandelen we patiënten met een (been)amputatie door verschillende oorzaken, zoals trauma's, oncologie en de voornaamste groep: DM en/of PAV. Het behandelteam bestaat uit revalidatieartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, bewegingsagogen en verpleegkundigen. De doelgroep wordt klinisch en poliklinisch behandeld. De behandeling is gericht op het zo zelfstandig mogelijk functioneren zonder en/of met prothese.

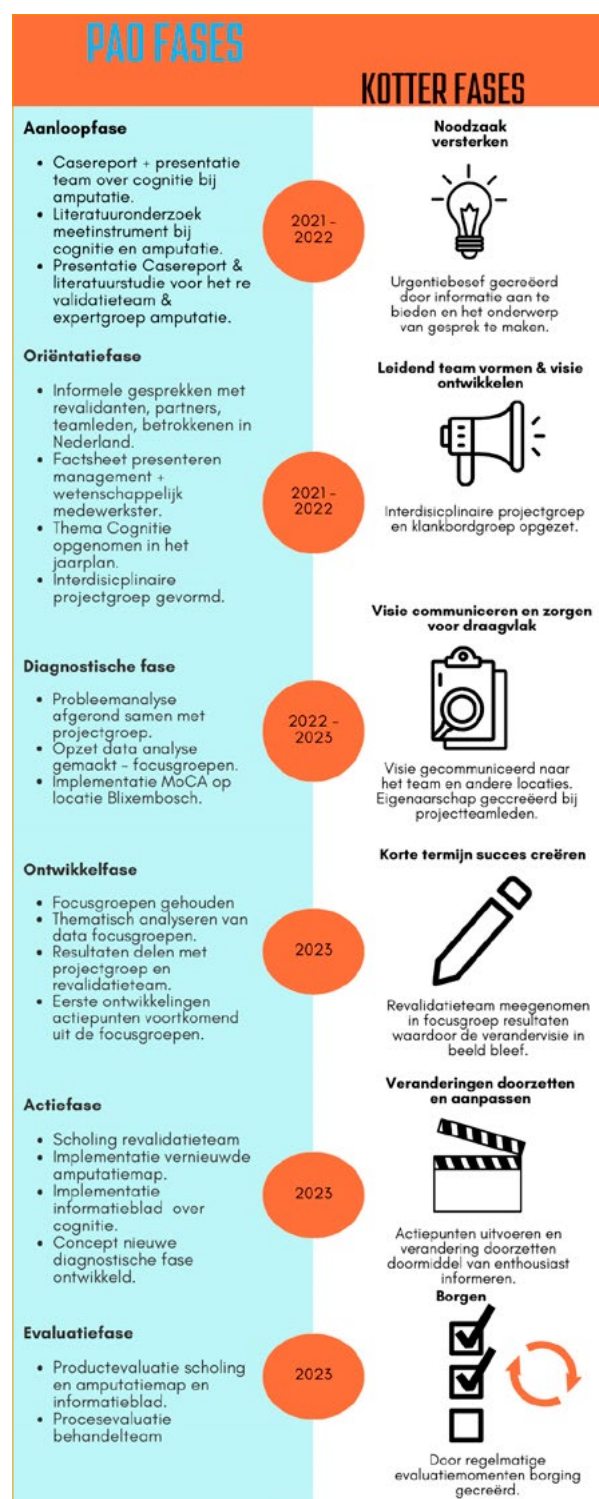
Behandeling vóór het project

De behandeling binnen Libra bestond uit een diagnostische fase met een intake revalidatiearts, fysiotherapeutisch onderzoek, intake ergotherapie en intake maatschappelijk werk. De behandelfase bestond uit therapie in groepsverband in de vorm van een amputatieloopgroep en conditiegroep. Individuele therapie bestond uit ergotherapie, maatschappelijk werk en/of psychologische hulpvraag/ondersteuning. Vóór het project bestond de diagnostische fase uit een voornamelijk fysieke observatie. Andere observaties werden gekenmerkt als 'gedrag' en 'passend bij de doelgroep'.

Tijdens de behandelfase werd gebruik gemaakt van een informatiemap. Hierin is informatie te vinden over verschillende belangrijke onderwerpen bij een amputatie, maar niet over cognitie.

Proces PAO

Voor het revalidatieteam was het belang van een vaste plek voor cognitie in de revalidatiebehandeling duidelijk. Maar hoe pak je dat aan? Om vast te stellen hoe cognitie een vaste plek kon krijgen in de revalidatiebehandeling werd een Participatief Actie Onderzoek (PAO)⁹ gestart, ondersteund door de veranderstappen van Kotter voor een succesvolle



Figuur 1. PAO en Kotter Fases

implementatie.¹⁰ In *Figuur 1* zijn alle stappen van het PAO uitgewerkt. Het PAO-onderzoek was participatief en iteratief van aard. Alle fases zijn samen met een project- en klankbordgroep doorlopen.

Ten behoeve van de diagnostische- en ontwikkelfase zijn er verschillende focusgroepen gehouden met het revalidatieteam, patiënten met een beenamputatie en partners van patiënten met een beenamputatie. Het doel van de focusgroep met het revalidatieteam was om te achterhalen welke verbeterpunten er zijn in de huidige werkwijze in de revalidatie en wat zij nodig hebben om deze verbeteringen te realiseren.

De focusgroepen met de patiënten en partners waren gericht op het onderzoeken van cognitieve problematiek in de revalidatiebehandeling en hoe zij de huidige revalidatie ervaren. Uit alle focusgroepen kwam duidelijk naar voren dat er een kennistekort of beperkt inzicht is over het onderwerp 'cognitieve problematiek' bij een patiënt met een amputatie. Het revalidatieteam, de patiënten en partners waren minimaal op de hoogte van deze problematiek. Een fysiotherapeut verwoordde het als volgt: *"Ik voel mij niet vaardig in dit onderwerp, ik heb te weinig kennis waardoor ik ook niet weet hoe ik hier op moet letten."*

De patiënten en diens partners reageerden geschokt dat het onderwerp nooit benoemd was door artsen of behandelaren. Opmerkelijk was dat zij bij zichzelf naar eigen zeggen geen cognitieve problemen ervaarden, terwijl deze wel geobserveerd werden door de onderzoekers.

In de ontwikkel- en actiefase zijn de volgende actiepunten opgesteld en opgepakt, gericht op de behandelwijze van Libra:

- Ontwikkelen van scholing voor behandelaren over cognitieve problematiek bij patiënten met een amputatie.
- Een meetinstrument implementeren in de diagnostische fase van de revalidatie en de diagnostische fase van de revalidatie herzien.
- Werkwijze revalidatieteam veranderen.
- Herontwerpen van de informatiemap voor patiënten, zodat er informatie over cognitieve problematiek is opgenomen en de huidige informatie in begrijpelijke taal is geschreven.
- Psycho-educatie ontwikkelen voor patiënt en naasten.
- Patiënt en partner meer betrekken bij de revalidatie.

Deze actiepunten zijn opgepakt en uitgewerkt door de projectgroep en voorgelegd aan de klankbordgroep vóór implementatie.

Hoe werkt dit in de praktijk?

De aangepaste ontwikkelingen zijn als volgt:

1a. Meetinstrument implementeren in de diagnostische fase

De nieuwe diagnostische fase bevat een driepuntsscreening op cognitieve problematiek. Nadat de revalidatiearts een revalidatie-indicatie heeft afgegeven wordt de patiënt gezien door de fysiotherapeut, ergotherapeut en maatschappelijk werker. Tijdens de intake en het fysieke onderzoek geeft de fysiotherapeut de patiënt dubbeltaken en opdrachten om te onthouden, om te kunnen observeren hoe de patiënt hiermee omgaat. De ergotherapeut vraagt cognitieve klachten uit en neemt de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) af. De maatschappelijk werker bevraagt patiënt en partner over cognitieve problematiek in de thuissituatie. Na de intake bespreken de ergotherapeut en psycholoog de uitslagen van de MoCA en de bevindingen van het team. Na de intake wordt alle informatie besproken in de observatiebespreking met het gehele team, waarbij fysiek en cognitief functioneren doorgenomen wordt. Is het cognitief functioneren nog niet volledig in kaart gebracht of onvoldoende beoordeeld, dan volgt er een verlengde observatie met een PRPP-assessment (Perceive, Recall, Plan & Perform) door de ergotherapeut.

1b. Werkwijze revalidatieteam

Afhankelijk van de uitkomsten van de observatiebespreking en verlengde observatie wordt de therapie tijdens de behandelfase aangepast. Dit kan betekenen dat er meer individuele therapie wordt gegeven, in plaats van of naast de groepsbehandeling. Deze kan bestaan uit ergotherapie en fysiotherapie en is gericht op rekening houden met de 'zwakheden van het cognitief functioneren', zodat de patiënt in staat is om het beste uit zichzelf en de therapie te halen, om zo doelen efficiënt en zo goed mogelijk te behalen. Een voorbeeld hiervan is meer herhaling bieden, één-op-één uitleg geven en in een prikkelarmere omgeving therapie aanbieden.

2. Scholing cognitieve problematiek bij amputatiepatiënten

Het gehele revalidatieteam is geschoold over cognitieve problematiek bij amputatiepatiënten door een klinisch neuropsycholoog, in combinatie met de betrokken ergotherapeut. De scholing bestond uit een theoretisch gedeelte om bewustwording te creëren in het revalidatieteam en een praktisch gedeelte voor bewustwording over wat wij als behandelaren vragen van een patiënt met cognitieve problematiek én een amputatie.

3. Informatiemap

De bestaande informatiemap is aangepast, de informatie

De MoCA heeft een range van 0-30, waarbij 30 de best mogelijke score is. Een score van 26 of meer wordt als 'normaal' beschouwd.

Patiëntkarakteristieken en MoCA-resultaten	
Geslacht man vrouw	38 (78%) 11 (22%)
Mediane leeftijd	69 jaar
Type amputatie transtibiale amputatie transfemorale amputatie overig	31 (62%) 16 (32%) 1 (2%)
Median MoCA score Range MoCA	24 15-29
Aantal (%) met score <26	34 (68%)

Tabel 1. MoCA-gegevens

is geschreven in meer begrijpelijke taal voor betere leesbaarheid. Daarnaast is informatie over cognitieve problematiek toegevoegd aan de map. De map is tevens een naslagwerk voor patiënt en therapeut om afspraken en voortgang te noteren tijdens de behandelfase. Zo kunnen patiënten met geheugenproblematiek afspraken nalezen of vragen opschrijven voor de behandelaars.

4. Psycho-educatie

Voor patiënten en naasten is er een psycho-educatie ontwikkeld om cognitieve problematiek meer onder de aandacht te brengen bij hen en bij de naasten. De psycho-educatie geeft een korte uitleg over cognitie, welke problematiek voor kan komen en benadrukt de boodschap om deze problematiek aan te kaarten bij de behandelaars. De psycho-educatie wordt aangekaart in de informatiemap én door middel van een module en filmpjes in het eHealth-platform Minddistrict.

Resultaten project

Door het PAO-proces werd het revalidatieteam betrokken bij elke stap, waardoor de draagkracht voor dit onderwerp continu werd versterkt. Het betrekken van het revalidatieteam is de grootste meerwaarde geweest van het implementeren van cognitie binnen de doelgroep amputatie. Het team geeft tijdens de evaluatie aan dat de grootste winst van het project zit in de benaderingswijze richting de patiënt. Voorheen werden bepaalde problemen geduid als 'moeilijk gedrag', nu wordt dit beter begrepen en wordt er ingezoomd op wáárom iemand dit gedrag vertoont. In sommige gevallen heeft dit een cognitieve

oorzaak. Er wordt meer stilgestaan bij wat een patiënt nodig heeft om zijn doelen te bereiken én er is meer afstemming binnen het team en met de patiënt over de behandeling. Daarnaast verlopen de groepsbehandelingen rustiger door de veranderde benaderingswijze en kennis van de behandelaars en door meer duidelijkheid richting de patiënt over de behandelingen. De resultaten zijn nog niet onderzocht op effectiviteit en kosten, dit vraagt om meer tijd en een grotere steekproef. De hypothese vanuit de literatuur is echter wel dat de revalidatiebehandeling kan verkorten en minder inzet van professionals vergt door een betere aansluiting bij de patiënt. In de praktijk zien we dat dit in de beginfase mogelijk meer inzet van professionals vraagt, maar dat dit in een langer traject wordt gecompenseerd doordat de kracht van de patiënt ingezet wordt en de zwakheden verkleind worden. Door het (vroegtijdig) herkennen van cognitieve problematiek in de revalidatie komt deze informatie daarnaast ook bij de huisarts terecht, die hierop kan anticiperen waardoor patiënten sneller de hulp kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Een ander resultaat van het project zijn de prevalentiegegevens van de cognitieve problematiek binnen Libra door de MoCA-afname. Zie Tabel 1 voor de prevalentie van cognitieve problematiek. De cijfers bevestigen dat er bij een groot deel van de patiënten met een amputatie (namelijk 68%) sprake is van (mogelijke) cognitieve problemen.

Conclusie

Tijdens het PAO-onderzoek kwam naar voren dat er inderdaad vaak sprake is van cognitieve problemen bij patiënten

met een amputatie. Dit blijkt uit de MoCA-resultaten en observaties tijdens de behandelingen. Behandelaren zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de cognitieve problematiek bij deze doelgroep én weten niet goed hoe ze hiermee om moeten gaan. De behandelaren scholen en het onderwerp onder de aandacht brengen bij zowel professionals als patiënten bevordert de revalidatie. Door de werkwijze aan te passen implementeer je cognitie zodat het altijd een onderwerp is dat behandelaren met elkaar bespreken. Je ziet namelijk dat aandacht voor cognitie de patiënt én behandelaar helpt om de patiënt in zijn kracht te zetten en goed laten functioneren, omdat er goed wordt aangesloten bij de behoefte. Daarom wordt aanbevolen dat elke behandelaar die betrokken is bij deze doelgroep kennis heeft van cognitieve problematiek en hier ook alert op is, zowel bij het aanleren van nieuwe vaardigheden als in de thuissituatie. Met als eerste doel betere zorg voor de patiënt, maar mogelijk ook besparing van kosten en aantal uren zorgverlening.

Wat we willen meegeven

- Implementeer screening voor cognitieve problematiek in de behandeling en maak het een onderdeel van je werkwijze.
- Zorg voor een scholing van behandelaren indien zij die kennis nog niet of onvoldoende hebben.
- Elke aanpassing is er één. Kleine stappen helpen ook en kunnen altijd nog verbeterd worden.

Begin vandaag met actie ondernemen, **samen met je gehele team!** 

Over de auteur

Meike Swinkels is werkzaam bij Libra Revalidatie & Audiologie. In 2023 heeft ze de Master Neurorevalidatie en Innovatie afgerond. Deze Master leert je om een nieuwe en kritische blik te hebben om innovaties te zien én uit te voeren in je werk als ergotherapeut. In dit kader is bovenstaand project gestart.

Meike: "Graag wil ik de Master en mijn revalidatieteam bedanken voor de enthousiaste inzet voor het project. In het bijzonder wil ik de projectgroep en nauw betrokkenen bedanken; Mirella Haverhals, Yorick van Hulst, Elly Huijben, Ellen Rozel, Bente van Gennep, Rob Schrooten en Cecile Utens."

Referenties

1. Identifying Research Gaps to Pursue Innovative Research [Internet]. Enago Academy. 2019 [cited 2023 Jun 7]. Available from: <https://www.enago.com/academy/identifying-research-gaps-to-pursue-innovative-research/>
2. Startpagina - Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit - Richtlijn – Richtlijndatabase 2020 [Internet]. Richtlijndatabase.nl. [cited 2023 Jun 8]. Available from: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie_prothesiologie_onderste_extremiteit/startpagina_-_amputatie_en_prothesiologie_onderste_extremiteit.html
3. Maastricht UMC. Diabetes en de hersenen. De Maastricht Studie 2023. [Internet] [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.demaastrichtstudie.nl/diabetes-en-de-hersenen>.
4. Joyce DP, Gracias CS, Murphy F, Tubassam M, Walsh SR, O'Hanlon S. Potentially undiagnosed cognitive impairment in patients with peripheral arterial disease: A systematic review of the literature. Surgeon [Internet]. 2022;20(4):e134-43 : Available from: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.06.007>
5. Coffey L, O'Keeffe F, Gallagher P, Desmond D, Lombard-Vance R. Cognitive functioning in persons with lower limb amputations: a review. Disabil Rehabil [Internet]. 2012;34(23):1950–64. Available from: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.667190>
6. Williams RM, Turner AP, Green ML, Norvell DC, Henderson A, Hakimi KN, et al. Changes in Cognitive Function From Presurgery to 4 Months Postsurgery in Individuals Undergoing Dysvascular Amputation. Arch Phys Med and Rehabil [Internet]. 2014;95(4):663–9. Available from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.013>
7. Miller MJ, Hoffman RM, Swink LA, Barnes DE, Christiansen CL. Postamputation Cognitive Impairment Is Related to Worse Perceived Physical Function Among Middle-Aged and Older Prosthesis Users. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2022;103(9):1723–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.12.025>
8. Vogel TR, Petroski GF, Kruse RL. Impact of amputation level and comorbidities on functional status of nursing home residents after lower extremity amputation. J Vasc Surg [Internet]. 2014;59(5):1323-30.e1. Available from: <http://www.jvascsurg.org/article/S074152141302171X/pdf>
9. Migchelbrink F. De kern van participatief actieonderzoek. Revised 3th edition. SWP; 2019.
10. Kotter JP. Leading Change. Harvard Business School Press; 1996.

Hoe kies ik het
juiste hulpmiddel ?

KEUZE HULP



Tekst: Jasper den Boer

Onder redactie van Nico Knibbe en Elly Waaijer

Orthesen en functionele elektrostimulatie bij krachtsverlies in de voetheffers

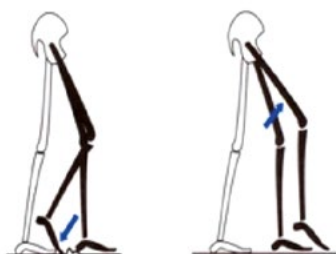
Krachtsverlies in de spieren die je voet optillen (de voetheffers) is erg hinderlijk. Je kunt dan je voet niet goed optillen, waardoor je voet blijft hangen. Hierdoor kun je struikelen, zwikken en vallen. Het standaard hulpmiddel is de 'Enkel Voet Orthese' (EVO), waarvan er vele typen op de markt zijn. Een nieuwer en minder gebruikt hulpmiddel is functionele elektrostimulatie (FES).

Krachtsverlies in de voetheffers is erg hinderlijk. De voet wordt niet goed opgetild, waardoor hij blijft hangen tijdens het doorzwaaien van het been. Dit kan leiden tot struikelen, zwikken en vallen. Vooral tijdens lopen op onregelmatig terrein. Ook kost het lopen meer aandacht en energie en is

de loopsnelheid en actieradius verminderd. Krachtsverlies in de voetheffers kan ontstaan door verschillende medische aandoeningen, zoals een spierziekte, een lumbale hernia, polyneuropathie, hersenletsel, multiple sclerose of een partiële dwarslaesie.

Looppatroon

Door krachtsverlies in de voetheffers verandert het looppatroon. Bij een slappe verlamming van alleen de voetspieren worden de heup en de knie vaak hoger opgetild. Dit wordt ook wel de 'hanentred' genoemd. Bij een centraal neurologische aandoening zoals een CVA, MS of een partiële dwarslaesie is er vaak niet alleen sprake van een slappe verlamming van de voetspieren, maar zijn er ook sturingsproblemen of is er hinderlijke spasticiteit in het been. Het krachtsverlies wordt dan vaak gecompenseerd vanuit een circumductie beweging, waarbij het hele been meer zijwaarts naar buiten wordt opgetild. Een andere manier om krachtsverlies in de voetheffers te compenseren is om tijdens het doorzwaaien van het been op de tenen van het goede been te gaan staan. Dit wordt 'vaulting' genoemd.



Hanentred

Als er ook zwakte is in de voetstrekkers (kuitsspieren), dan geeft dit tijdens het lopen een minder krachtige afzet. Hierdoor komt de hiel van de voet later van de grond. Dit vermindert het looptempo. Zwakte in de kuitsspieren kan ook leiden tot het (plots) door de knie zakken.

Orthese als standaard hulpmiddel

Het standaard hulpmiddel bij een structureel krachtsverlies in de voetheffers is de 'Enkel Voet Orthese' (EVO). Er zijn vele typen EVO's op de markt, variërend van lichtgewicht confectie orthesen (kant en klaar uit de fabriek) tot individueel op maat gemaakte orthesen. De belangrijkste functionele doelen van een EVO zijn minder struikelen en vallen en energiezuiniger lopen met minder aandachtsbelasting.

Krachtsverlies in de voetheffers kan meestal goed opgevangen worden door een lichtgewicht confectie EVO. Deze ondersteunt de voetheffing in de zwaafase en helpt bij het opvangen van de voet tijdens de landing. Voordelen van confectie orthesen zijn dat ze vaak licht en flexibel zijn, dat ze passen in een confectieschoen (reguliere schoen uit de winkel) en dat het aanmeetproces snel gaat. Als een confectie EVO

niet sterk genoeg is om het krachtsverlies in de voetheffers goed op te vangen, of niet past vanwege voetafwijkingen zoals bijvoorbeeld hol- of platvoeten, kan overgegaan worden op een individueel (op maat) gemaakte orthese, meestal in combinatie met (semi-)orthopedische schoenen. Een nadeel van een op maat gemaakte orthese is dat deze minder flexibel en zwaarder is.



Krachtsverlies in de voetstrekkers kan worden opgevangen door een orthese die aan de voorzijde op het scheenbeen afsteunt. Deze orthese heeft een vaste hoek. Hierdoor komt de hiel eerder van de grond tijdens de afzet. Een nadeel is dat de orthese door de vaste hoek als stug en belemmerend kan worden ervaren. Ook is het bukken en opstaan vaak wat moeilijker. Dit type orthese is beschikbaar in confectie en maatwerk.



Waarom een Keuzehulp?

In de dagelijkse praktijk merk ik dat patiënten vaak een beperkte keuze aangeboden krijgen van geschikte orthesen. De meeste patiënten hebben weinig kennis over deze hulpmiddelen. Met deze nieuwe Scouters Keuzehulp willen we hen informeren over de mogelijkheden die er zijn op het gebied van confectie orthesen. De Keuzehulp bevat niet alleen informatie over de EVO, maar laat ook de functionele mogelijkheden en beperkingen zien van functionele elektrostimulatie (FES) bij krachtsverlies in de voetheffers.

Functionele elektrostimulatie (FES)

Functionele elektrostimulatie (FES) is een nieuwer en minder gebruikt hulpmiddel bij krachtsverlies in de voetheffers. Hiermee worden de spieren die de voet heffen door middel

Orthese	Gewicht	Sterkte	Flexibel	Indicatie	Nadelen
 Dictus band Loth Fabenim	+	+	++	Milde voethefferszwakte	Slijt relatief snel
 Foot-Up Össur	+	+	++	Milde voethefferszwakte	Slijt relatief snel
 Dynamic Walk Loth Fabenim	+++	++	+++	Voethefferszwakte	Soms pijn onder de bal van de voet door voorspanning
 WalkOn Flex Ottobock	+++	++	+++	Voethefferszwakte	Soms pijn binnenzijde voet bij platvoeten
 Push AFO Push Braces	++	++	++	Voethefferszwakte Enkelinstabiliteit	Moeilijk aan en uit te trekken
 ToeOFF Basko	+++	+++	+	Voethefferszwakte Enkelinstabiliteit	Lastig om mee te bukken en traplopen
 BlueROCKER Basko	+++	++++	+	Voethefferszwakte Enkelinstabiliteit Kuitspierzwakte Milde knie-instabiliteit	Lastig om mee te bukken en traplopen
 WalkOn Reaction Ottobock	++++	++++	+	Voethefferszwakte Enkelinstabiliteit Kuitspierzwakte Milde knie-instabiliteit	Lastig om mee te bukken en traplopen

Overzicht van confectie Enkel Voet Orthesen

van een elektrische impuls geactiveerd. De patiënt voelt hierbij een tinteling in het been, en de voet wordt opgetild. Een bewegingssensor zorgt ervoor dat de spieren alleen actief zijn tijdens het zwaaien van het been. Zowel de elektrodes als

de bewegingssensor zijn verwerkt in een brace die makkelijk net onder de knie te plaatsen is. Voor een effectieve stimulatie moeten wel de perifere zenuw en de spieren intact zijn. FES werkt alleen bij krachtsverlies in de voetheffers als gevolg van

Functionele elektrostimulatie	Instellingen	Bediening	Dikte brace	Impuls Overdracht
L300 Ottobock 	Individueel maximaal instelbaar	Via telefoon of afstandsbediening	+++	Verwisselbare elektrode
ALFESS Basko 	Individueel beperkt instelbaar	Via telefoon of afstandsbediening	++	Vaste elektrode in combinatie met gel of water
WalkAide Bemedico 	Individueel beperkt instelbaar	Alleen via telefoon	+	Vaste elektrode in combinatie met gel of water

Overzicht functionele elektrostimulatoren

centraal neurologische aandoeningen, zoals hersenletsel, MS en een partiële dwarslaesie.

FES vs. EVO

De voordelen van FES ten opzichte van een EVO zijn dat iemand blootvoets kan lopen, vrije keus heeft in welke schoenen hij of zij draagt, dat er meer bewegingsvrijheid in de enkel is en dat de voet vaak beter wordt opgetild. Dit laatste komt doordat niet alleen de voet maar ook het hele been in een buigpatroon wordt opgetild. Ook kan functionele elektrostimulatie hinderlijke spasticiteit in de kuitspieren onderdrukken. Andersom zijn er ook voordelen van een EVO ten opzichte van FES. Een instabiele enkel wordt in de standfase beter ondersteund met een EVO. En een EVO met steun aan de voorzijde kan ook compenseren voor zwakke kuitspieren.

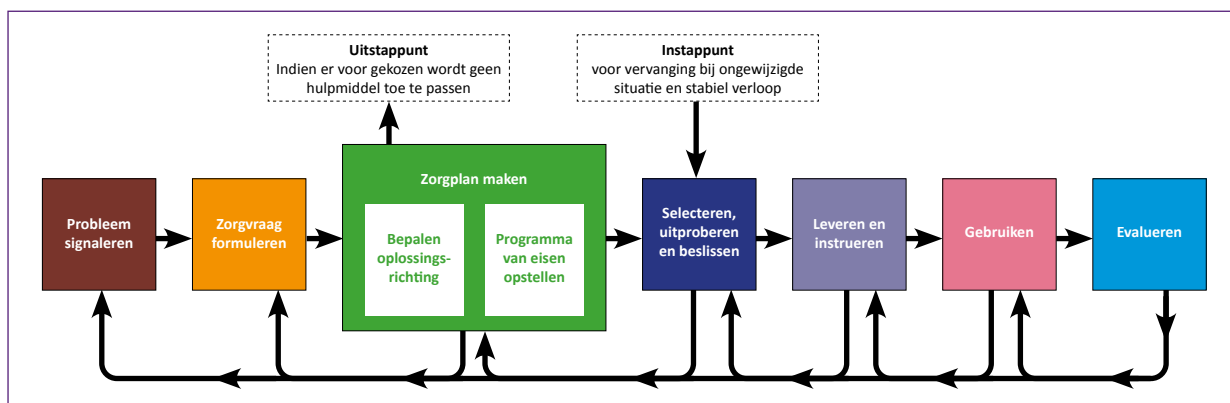
Wetenschappelijk onderzoek naar de langetermijneffecten van FES bij grote groepen patiënten toont aan dat dit net zo effectief is als een EVO als het gaat over loopsnelheid. Onderzoek bij een kleinere groep patiënten met een geïmplanteed elektrostimulatiesysteem laat zien dat de FES-gebruikers krachtiger kunnen afzetten en hierdoor een grotere stap maken. Dit komt omdat de enkel vrij kan bewegen. In deze studie waren patiënten die FES gebruikten ook meer tevreden op het gebied van draagcomfort, ervaren kwaliteit van lopen en stabiliteit tijdens lopen en traplopen. Ook is aangetoond dat patiënten beter in staat zijn obstakels te vermijden en een betere dynamische balans hebben tijdens lopen in een complexe omgeving.

In de dagelijkse praktijk is het lastig om vooraf te voorspellen welke methode voor wie het beste werkt. Functionele elektrostimulatie kan makkelijk langduriger worden getest. Langdurige testperiodes met een EVO worden nog niet vaak gedaan, omdat de EVO dan niet meer aan een andere patiënt kan worden geleverd.

Het verstrekken van EVO's

In 2012 is een richtlijn samengesteld voor de verstrekking van orthesen bij patiënten met spierzwakte. Deze richtlijn ondersteunt zorgverleners die betrokken zijn bij dit proces en beschrijft een aantal stappen die doorlopen moeten worden. De eerste stappen zijn gericht op een juiste indicatiestelling: is een orthese geïndiceerd? En zo ja, waar dient deze voor? De volgende stappen zijn gericht op het vervaardigingsproces. Ten slotte staat in de laatste stappen beschreven wat de aandachtspunten zijn bij het afleveren en het in gebruik nemen van de orthese.

Zorgverzekeraars vergoeden orthesen als een medisch specialist een verwijzing uitschrijft. Meestal is dit een revalidatiearts, maar soms ook een neuroloog of orthopeed. De orthopedisch instrumentmaker verstrekt de EVO en de fysiotherapeut helpt indien nodig bij het intrainen van het gekozen hulpmiddel. Ergotherapeuten hebben een belangrijke rol bij het signaleren van kandidaten die baat zouden kunnen hebben bij elektrostimulatie of beter met een EVO uit de voeten kunnen.



Richtlijn Beenorthesen naar maat, Brehm M., Nollet. F.

Het verstrekken van FES

Functionele elektrostimulatie wordt in de dagelijkse praktijk nog lang niet altijd aangeboden. Het ontbreekt in revalidatiecentra vaak aan voldoende kennis en middelen. Een andere reden voor de terughoudendheid bij het aanbieden van FES lijkt dat zorgverzekeraars deze behandelvorm meestal niet vergoeden en de kosten hoog zijn (tussen € 1.500,- en € 7.500,-).

In de dagelijkse praktijk word ik als expert op het gebied van functionele elektrostimulatie regelmatig benaderd door patiënten die FES toch willen uitproberen. Met de nieuwe Scouters Keuzehulp willen we hen een overzicht geven waar en hoe FES laagdrempelig kan worden getest. Dit wordt dan vaak uitgevoerd door een gespecialiseerd fysiotherapeut of instrumentmaker. Bij een positief resultaat kan de brace waarmee de FES wordt toegepast een maand worden gehuurd om uitgebreid te testen in de eigen omgeving. Pas dan wordt duidelijk of de FES een meerwaarde heeft boven een EVO. Vervolgens kan deze worden aangeschaft of kan het traject van vergoeding door de zorgverzekeraar of UWV in gang worden gezet. Ergotherapeuten zouden een belangrijke rol kunnen spelen in de functionele onderbouwing van de aanvraag.

Mijn uitdrukkelijke advies is om de keuze tussen EVO en FES met het gehele behandelteam (revalidatiearts, instrumentmaker, fysiotherapeut, ergotherapeut) te maken. Hierin worden dan uiteraard functionele voor- en nadelen samen met de patiënt afgewogen.

Meer informatie

De online Keuzehulp over EVO's en FES staat op www.scouters.nl/keuzehulpen. In deze Keuzehulp vind je de hier genoemde hulpmiddelen en meer. Over elk hulpmiddel is informatie beschikbaar en vind je een link naar de betreffende leverancier. Ook laten gebruikers hier reviews achter.

Over de auteurs

Jasper den Boer is gepromoveerd fysiotherapeut, academisch docent en werkzaam in het Radboudumc. Voor de elektrostimulatie is hij werkzaam in de eerstelijns praktijk Fysiotherapie Dukenburg.

Elly Waaijer is ergotherapeut en verandermanager. Zij is vrijwilliger bij Scouters.

Nico Knibbe is bewegingswetenschapper en voorlichtingskundige bij onderzoeks- en adviesbureau LOCOmotion. Ook hij is vrijwilliger bij Scouters.

Referenties

- Bethoux F, et al. Long-Term Follow-up to a Randomized Controlled Trial Comparing Peroneal Nerve Functional Electrical Stimulation to an Ankle Foot Orthosis for Patients With Chronic Stroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 2015 Nov-Dec;29(10):911-22.
- Berenpas F, Schiemanck S, Beelen A, Nollet F, Weerdesteyn V, Geurts A. Kinematic and kinetic benefits of implantable peroneal nerve stimulation in people with post-stroke drop foot using an ankle-foot orthosis. *Restor Neurol Neurosci*. 2018;36(4):547-558.
- Berenpas F, Geurts AC, den Boer J, van Swigchem R, Nollet F, Weerdesteyn V. Surplus value of implanted peroneal functional electrical stimulation over ankle-foot orthosis for gait adaptability in people with foot drop after stroke. *Gait Posture*. 2019 Jun;71:157-162.
- Van Swigchem R, van Duijnhoven HJ, den Boer J, Geurts AC, Weerdesteyn V. Effect of peroneal electrical stimulation versus an ankle-foot orthosis on obstacle avoidance ability in people with stroke-related foot drop. *Phys Ther* 2012 Mar;92(3):398-406

Patrick onderneemt. En zet alles en iedereen in beweging.



De Rogue² is een ultralichte rolstoel die de perfecte balans biedt tussen prestaties, functionaliteit en zelfexpressie. Deze actieve vastframe rolstoel biedt eindeloze instelmogelijkheden voor de perfecte pasvorm en geeft de gehele dag door optimale ondersteuning.

De Rogue² heeft een aantal bijzondere kenmerken, waaronder de unieke lichtgewicht Maxx performance achterwielen, die een verhoogd reactievermogen geven. De wielen zijn geschikt voor een hoog gebruikersgewicht en hogere snelheden bijvoorbeeld in combinatie met een handbike. Ook kun je met de actieve rughoek-opening de rughoek met +4° of +9° verstellen, zodat de gebruiker gedurende de dag van houding kan wisselen.

Met de Rogue² haalt Patrick het beste uit zijn dag. De lichte, sterke en gemakkelijk wendbare Ki rolstoel helpt hem met volle teugen van het leven te genieten.



Rogue²

Ki. Keep on Rolling.

Wil je een demo of een passing voor je cliënt?

Ga dan naar www.etac.nl/ki

Ki
by Etac

Internationaal NIEUWS

Tekst: Commissie Internationale Betrekkingen (IB)

Word jij WFOT-afgevaardigde?

Iedere uitgave zorgt de Commissie Internationale Betrekkingen (IB) voor de laatste nieuwtjes uit het buitenland, zowel Europees als wereldwijd nieuws! We verzamelen dit vanuit verschillende internationale verenigingen: WFOT, COTEC, OT-Europe, ENOTHE, SPOTeurope, OSE en EFPC.

Ergostories herinnering

In de vorige editie stond een verhaal over Ergostories: het delen van succesverhalen onder collega's en deze met een breder publiek delen om het aantal ergotherapeuten te vergroten. Inmiddels hebben Zwitserse collega's hun project voorgesteld in Duitsland op de Ergotag van Thieme. Neem een kijkje op ergostories.ch of op www.rcot.co.uk/small-change-big-impact. Wil jij ook een succesverhaal delen? Mail dan naar ib@ergotherapie.nl. We kijken uit naar positieve verhalen!

Vacature World Federation of Occupational Therapy (WFOT) - afgevaardigde namens Ergotherapie Nederland

De directeur-bestuurder van Ergotherapie Nederland (EN) is in nauwe samenwerking met de Commissie Internationale Betrekkingen (IB) op zoek naar een serieuze en enthousiaste afgevaardigde voor de WFOT om de functie van de huidige afgevaardigde over te nemen. De WFOT is de internationale federatie van nationale en regionale beroepsverenigingen voor ergotherapie en kent een transparante bestuursstructuur. Het bestuur van de WFOT omvat een Council die bestaat uit officiële afgevaardigden van elke erkende ergotherapie beroepsvereniging. Elke afgevaardigde wordt ondersteund door een plaatsvervangende afgevaardigde en in sommige gevallen door een tweede plaatsvervangende afgevaardigde.

Je hebt de volgende interesses/competenties:

- ✓ Interesse in internationale ontwikkelingen binnen de ergotherapie
- ✓ Interesse om actief te zijn op het internationale toneel van de ergotherapie
- ✓ Aantoonbare netwerkvaardigheden
- ✓ Vaardigheden om je in het Engels en Nederlands uit te drukken (spreken, lezen en schrijven)
- ✓ Praktische kennis van een jaarlijkse organisatiecyclus, zoals een jaarplan en begroting
- ✓ Vaardigheden om strategisch te denken en te handelen
- ✓ Het vermogen om internationale ontwikkelingen te

vertalen voor Nederland en Nederlandse ergotherapeuten en vice versa

- ✓ Gemiddelde tijdsinvestering van ongeveer 8 uur per maand op vrijwillige basis. De kosten voor aanwezigheid bij de tweejaarlijkse WFOT-council meeting worden gefinancierd vanaf 2026.

De rol als WFOT-afgevaardigde houdt het volgende in:

- Het beantwoorden van e-mails van de WFOT aan de afgevaardigden en beroepsverenigingen, het invullen van enquêtes, het zo nodig doorsturen van enquêtes naar degenen in Nederland die deskundig zijn op het gevraagde gebied
- De tweejaarlijkse councilmeeting voorbereiden en een actieve delegate rol uitvoeren tijdens de meeting
- Regelmatig insturen van nieuws over Nederlandse ergotherapiegerelateerde ontwikkelingen naar de WFOT-nieuwsbrief (in het Engels)
- Bijdrage leveren aan het IB-nieuws in EM (in het Nederlands)
- Proactief zijn waar nodig

Je bent:

- ✓ Lid van Ergotherapie Nederland (of bereid lid te worden)
- ✓ Bereid om de (ontwikkeling van het) beroep te ondersteunen
- ✓ Bevoegd om in Nederland te werken als Ergotherapeut of docent Ergotherapie en/of onderzoeker

Je wordt:

- Lid van de commissie internationale betrekkingen (IB). De IB vergadert 4-6 keer per jaar, meestal online. De voertaal is Nederlands.
- WFOT-afgevaardigde. De afgevaardigde handelt namens en in overleg met Nederland en de Commissie IB.

Meer informatie vind je op wfot.org.

Commissie Internationale Betrekkingen (IB)

IB vormt een brug tussen de internationale ergotherapie en de Nederlandse ergotherapie en vertegenwoordigt, samen met de directeur, EN in een aantal gremia. Dit zijn onder andere

de Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC), WFOT en het European Forum for Primary Care (EFPC). De commissie bereidt beleid voor, informeert leden van EN over internationale zaken en buitenlandse ergotherapeuten over Nederlandse zaken. De commissieleden stimuleren Nederlandse ergotherapeuten om actief deel te nemen aan internationale netwerken en projecten. Meer informatie op: ergotherapie.nl/commissie-internationale-betrekkingsen.

Interesse? Neem dan contact op met de IB-commissie via ib@ergotherapie.nl.

Internationale studentervaring Aleyna

Recent afgestudeerde Turkse ergotherapeut Aleyna Kayim werkte van september tot en met november 2023 via het Erasmusprogramma als onderzoeksassistent bij de Universiteit van Gent, ter voorbereiding op haar master. In een blog van SPOTeurope deelt zij haar ervaringen: spoteurope.eu/international-student-experience-erasmus-internship-in-belgium.

1st Global Report on the Situation of Older Persons with Deafblindness

De Wereldfederatie voor doofblinden (WFDB) publiceerde december 2023 een rapport dat de situatie van ouderen met doofblindheid aankaart. Hierin worden de meest terugkerende thema's, barrières, praktijkervaringen en aanbevelingen gedeeld. Het doel van dit rapport is niet alleen om informatie te documenteren en te verzamelen, maar om te dienen als een pleitbezorgingsinstrument om de rechten van ouderen met doofblindheid te bevorderen en om belanghebbenden te informeren over de inclusie van ouderen met doofblindheid. Op de website is zowel het rapport als een samenvatting te vinden: wfdb.eu/wfdb-global-report-on-older-people-with-deafblindness.

Why choose OT?

Whychooseot.com is een website, ontwikkeld op initiatief van the National Board of Certification in Occupational Therapy (NBCOT) in de USA. Hier wordt het beroep ergotherapie gepromoot. Er wordt uitgelegd wat ergotherapie is, het verschil met fysiotherapie komt in beeld en de vele werkvelden worden besproken. Een deel gaat over het Amerikaanse systeem, hoe daar ergotherapie georganiseerd is en hoe de opleiding werkt en hoe je toekomst in het werkveld eruitziet.

Hands Across Borders

Hands Across Borders is een groep enthousiaste

handtherapeuten uit Nederland die een liefdadigheidsorganisatie heeft opgezet in 2012. Het doel is het delen van kennis en ervaring met collega's in landen waar hulp nodig is. Zij trainen physio- en ergotherapeuten in ontwikkelingslanden, zoals Nepal, India en nu ook in Oekraïne. Neem eens een kijkje op de website www.handsacrossborders.eu.

Dailycaring

Dailycaring.com is uitgeroepen tot Best senior caregiving website in 2023. De oprichters van deze website zijn de Canadese Connie Chow en Brian Yu. Zij zijn geen therapeuten, maar hebben wel te maken met mantelzorgen. De website is voor mensen die moeite hebben met of vastlopen in het geven van zorg aan de ouder wordende ouder en hoe dit te combineren met het dagelijkse leven en soms ook opgroeien van kinderen. Een interessant artikel op de website is "8 ways to deal with false dementia accusations". Een fijne website met tips om door te geven aan mantelzorgers. ➡

— ADVERTENTIE —



DECOCARE
decubituspreventie



Wie is DecoCare?

Bij DecoCare zijn we niet van de verkooppraatjes. We geloven in een partnerschap met ergotherapeuten om samen te zoeken naar passende hulpmiddelen die aansluiten bij de situatie van de cliënt. Eenvoudige en betaalbare oplossingen die indien nodig eerst getest mogen worden. Ben jij uiteindelijk tevreden dan mag jij jouw cliënt ook nog een aantrekkelijke korting aanbieden.

Onze webshop is ingericht op samenwerken, jij als ergotherapeut hebt de regie en DecoCare denkt mee. Meld je aan binnen onze webshop en maak gebruik van de voordelen voor jou en jouw cliënt.

Vragen of hulp nodig? *Vraag het ons gerust!*

Meld je aan:

- Speciale prijzen voor professionals ✓
- Korting voor jouw cliënten ✓
- Hulpmiddelen op zicht aanvragen ✓
- Bestellen op factuur ✓



www.decocare.nl

Wil uw cliënt ‘achter de Geraniums oud worden’ of gaat hij/zij liever ‘Veilig Op Stap’?



De bekende ‘thuisalarmen’ dwingen mensen feitelijk om thuis te blijven; het alarm werkt immers alleen in en om het huis!

Met de VOS-Locator kan men met een gerust en veilig gevoel er weer alleen op uit. Mocht uw cliënt onverhoopt hulp nodig hebben (of ten val komen) dan wordt met één druk op de knop (of zelfs volautomatisch bij een val) zijn locatie op de volgende manieren doorgegeven aan één van de maximaal 5 voor hem bekende personen (mag men zelf bepalen, invullen en/of wijzigen):

- Per telefoon, met een gesproken bericht, inclusief naam en het actuele adres;
- Per SMS, ook inclusief naam en het adres waar men zich op dat moment bevindt;
- Per WhatsApp®, ook inclusief naam en het adres waar men zich op dat moment bevindt;
- Per E-mail, met daarin een ‘link’ naar een stratenkaartje (handig voor op smartphones);
- Op een afgeschermd website (in een historisch overzicht).

E.e.a. is zelf door u of uw cliënt eenvoudig in te stellen via een beveiligde web-portal.

Na deze informatiedoorgifte wordt de mantelzorger (of professionele hulpverlener, net welke nummers zijn ingesteld) ‘live’ met uw cliënt doorverbonden en kan men met elkaar praten. Een aansluiting bij een onpersoonlijke meldkamer is dus niet nodig; dit kan helemaal in de privésfeer ingevuld worden!

Mocht de eerste persoon in het bellijstje bezet of anderszins niet telefonisch bereikbaar zijn, dan wordt automatisch de verbinding met dat nummer verbroken en gaat het systeem naar het volgende nummer bellen, etc. net zo lang totdat er iemand aanneemt en het gesprek accepteert (maximaal 15 pogingen).



De VOS-E4 komt standaard inclusief een zogenaamd ‘thuisbaken’ waarmee voorkomen wordt dat als men thuis valt of op de noodknop drukt het adres van de burens wordt doorgegeven door reflectie van GPS-signalen

De VOS-Locator is in twee kleuren leverbaar en wordt standaard tevens geleverd met een draagkoordje, adapter (beiden afgebeeld), een gesp en een handig oplaadstation en is bovendien douchewater-dicht. Prijzen: € 249,- + € 22,95 per maand, inclusief alle eventuele telecommunicatiekosten (i.g.v. een echt alarm, o.b.v. ‘fair usage’).

Huren is ook mogelijk en zelfs aan te bevelen opdat u e.e.a. kunt uitproberen: € 45,90 / maand (all-in). Huurperiode is minimaal 3 maanden. Daarna per maand opzegbaar. Als men na huur alsnog koopt, krijgt men 50 % van de afgelopen 3 maanden huur terug als korting op de aanschaf. Eenmalige kosten: € 19,95.

Kijk voor meer informatie op: www.veiligopstap.nl of bel tijdens kantooruren naar: 088 – 55 6 33 55

De implementatie van steunkousenzorg in de wijk

Hulpmiddelenspreekuur voor steunkousen door ergotherapeut

Tekst: Stan Verhaag

Hoe kun je een zorghandeling terugdringen die geen toegevoegde waarde heeft? Zorgorganisatie Careyn startte een spreekuur dat mensen leert om steunkousen met een hulpmiddel aan en uit te trekken.

Als iemand weet hoe effectief een hulpmiddel kan zijn bij het aan- en uittrekken van steunkousen, dan is het ergotherapeut Klaske Jongsma, die bij zorgorganisatie Careyn werkt. “Het grootste probleem voor veel ouderen is dat ze vanwege hun ouderdom niet goed meer kunnen bukken en niet meer bij hun voeten kunnen”, vertelt ze. “De meeste hulpmiddelen zijn dan ook armverlengend. Het gaat om apparaten waar je de steunkous aan vastmaakt, zodat je zonder te bukken je voeten in de kous kunt doen, waarna het apparaat de kous omhoog trekt. Dat wordt meestal gecombineerd met een glijzak, die de weerstand op het been vermindert.”

Geen toegevoegde waarde

Zo’n aanpak past goed in een project van ZonMw dat als doel heeft om het aantal zorghandelingen in de wijkverpleging terug te dringen waarvan gebleken is dat ze geen toegevoegde waarde hebben. Milou Cremers werkt namens het Erasmus MC als junior onderzoeker aan het project De-IMPLEmentation of low-value care in home care nursing (DIMPLE-studie). Zij maakte een top 10 van onnodige zorghandelingen die de wijkverpleging uitvoert. Die legde ze vervolgens voor aan wijkverpleegkundige Sabine Fonville van zorgorganisatie Careyn, die er 1 selecteerde. “Wij hadden best veel cliënten met steunkousen”, legt Sabine uit. “In het verleden was het vaak een automatische aanname dat iemand van het wijkteam steunkousen aantrok. Dus ik dacht: dit is een mooie kans om te onderzoeken welke cliënt dat zelfstandig kan.” Sabine volgde een training voor ‘de-implementatieambassadeurs’,

ofwel zorgprofessionals die leren om kennis en tips rondom de-implementatie over te brengen aan hun teamleden.

Meteen blij

Careyn startte in maart 2023 met een hulpmiddelenspreekuur voor steunkousen, dat eens in de 2 weken plaatsvindt en waar telkens ruimte is voor 4 cliënten. Sabine was meteen blij met het spreekuur: “Nu had ik een prachtig instrument in handen om tegen huisartsen te zeggen: ‘Meld mensen niet automatisch aan voor steunkousenzorg door het wijkteam, maar laat ze eerst naar het hulpmiddelenspreekuur voor steunkousen komen.’ Wij bekijken dan of iemand in staat is om het met een hulpmiddel zelf te doen. Zo niet, dan gaat het over gepaste zorg en kunnen mensen alsnog bij het wijkteam terecht.” Behalve via de huisarts weten mensen het spreekuur ook te vinden via de wijkteams van Careyn en via de Utrechtse steunkousenleverancier Livit. Heel incidenteel melden mensen zichzelf aan.

Bijna 20%

Wat is het effect van het spreekuur in cijfers? Milou heeft ze paraat. Het wijkteam bespaarde het eerste half jaar 9 uur en 55 minuten uur per week aan steunkousen uit- en aantrekken op een totaal van 51 uur en 45 minuten steunkousenzorg. “Dus dat scheelt bijna 20%. Ook zijn er 4 cliënten uit zorg gegaan, omdat ze het nu zelfstandig kunnen zonder hulp van de wijkverpleegkundige. Bovendien komt er bijna geen nieuwe aanmelding meer bij omdat huisartsen cliënten doorsturen



“Ik vind het heel leuk om te zien dat het effect heeft. Met de 10 uur die Careyn nu bespaart, creëren ze ruimte voor cliënten die op een wachtlijst stonden of om de werkdruk te verminderen.”

—
MILOU CREMERS, JUNIOR ONDERZOEKER BIJ ERASMUS MC

naar het hulpmiddelensprekuur voor steunkousen. Dus het scheelt ook dat er geen wijkverpleegkundige op pad hoeft voor een indicatiegesprek. Uiteraard blijft er altijd een groep cliënten over voor wie steunkousenzorg passende zorg is.”

Vertrouwd maken

Niet alle cliënten zijn meteen enthousiast over het idee om zelf steunkousen aan te trekken, zegt Klaske eerlijk: “Soms denken ze: ‘Dat is moeilijk’ of ‘Ik weet niet of ik het wel kan’. Wat ook relatief vaak voorkomt, is dat mensen al wijkzorg hebben en gehecht zijn aan dat contact en die aandacht. De weerstand is veel kleiner als we mensen vanaf het begin vertrouwd maken met zelfstandigheid.”

“Het is fantastisch!”

Gelukkig zijn de meeste gebruikers enthousiast. Klaske: “Eén vrouw begon ermee op donderdag en op maandag kreeg ik al een appje van haar dochter: ‘Het is fantastisch! Hadden we dit hulpmiddel niet eerder kunnen krijgen?’. Mensen krijgen weer meer vrijheid. Soms moeten die kousen ’s avonds om 7 uur al uit, omdat de thuiszorg dan komt. Maar het is beter om ze gewoon te dragen tot je naar bed gaat. Het geeft



“Wij zijn altijd bezig met de vraag: Hoe kan de cliënt zich zo zelfstandig en veilig mogelijk redden?”

—
KLASKE JONGSMA, ERGOTHERAPEUT BIJ CAREYN

mensen veel meer zelfstandigheid en regie. Van wachten wordt niemand blij.”

Zelf gaan meedenken

En hoe is deze nieuwe aanpak voor de zorgprofessionals? Milou hoorde recent in een bespreking dat sommigen bang zijn dat ze straks hun uren niet meer kunnen maken. “Maar je kunt eventueel ook ondersteunen in andere teams waar een tekort is aan personeel. Het allermooiste is als medewerkers zelf gaan meedenken: is deze zorg wel echt nodig en kan deze cliënt niet zelfredzamer zijn?” Sabine: “Die houding vergt ook een ander gesprek bij je cliënten. Die verschuiving zie ik binnen Careyn steeds meer plaatsvinden.” Milou beaamt dat: “Ik ben nu 2 jaar bezig met dit onderzoek en ik zie in Sabines team de houding veranderen. Collega’s geven zelf aan of de zorg gepast is bij cliënten of niet. Ze gaan inderdaad meedenken.”

Ademruimte creëren

Hoe is het voor Sabine om ‘de-implementatieambassadeur’ te zijn? Ze is razend enthousiast. “In het begin was ik nog een beetje zoekende: Hoe gaan we dit doen? Wat ben ik nu eigenlijk? Maar het is heel leuk om ermee bezig te zijn, om je team erin mee te nemen. Het vergt wel wat tijd. Vooral in het begin was het veel investeren, maar op een gegeven moment begonnen collega’s naar mij toe te komen.” Milou: “Ik vind het heel leuk om te zien dat het effect heeft. Met de 10 uur die Careyn nu bespaart, creëren ze ruimte voor cliënten die op een wachtlijst stonden of om de werkdruk te verminderen. Zo ontstaat ademruimte.” Sabine, lachend: “Nou, die tijd wordt meteen gevuld met andere cliënten en andere zorg! Maar we zijn nu wel méér bezig met zorg die ertoe doet. En daar krijg ik dan weer energie van.” Klaske: “Het mooie van deze steunkousenaanpak is dat hij heel simpel. Je ziet snel resultaat. Mensen komen naar ons spreekuur, dan hebben we alles bij de hand én wij sturen ze met het hulpmiddel naar huis. Meestal kan de thuiszorg al na een paar dagen stopgezet worden.”

Ruimte voor verbetering

Wie zijn er nodig om van deze aanpak een succes te maken? De huisartsen doen enthousiast mee en verwijzen cliënten naar het hulpmiddelensprekuur voor steunkousen, weet Sabine: “Ik krijg al maanden vrijwel geen cliënt meer aangemeld voor steunkousenzorg. Mensen gaan eerst naar het spreekuur.” Bij ziekenhuizen ziet ze ruimte voor verbetering: “Laatst vroeg een ziekenhuis zorg aan voor 7x douchen. De betreffende cliënte was namelijk benauwd en had ondersteuning nodig. Maar zelf

vond ze 2x ondersteuning in de week genoeg. Uiteindelijk is ze slechts anderhalve week in zorg geweest. Maar toen hadden wij wel een indicatie gedaan en zorg ingezet. Ziekenhuizen kunnen nog beter met een cliënt in gesprek gaan vóórdat ze een cliënt doorzetten naar een wijkteam.”



“Vroeger was de opzet dat de wijkzorg alle zorg voor zijn rekening nam. Tegenwoordig is ons motto: wat de cliënt zelf kan, doet de cliënt zelf.”

SABINE FONVILLE, WIJKVERPLEEGKUNDIGE BIJ ZORGORGANISATIE CAREYN

Smaak te pakken

Sabine heeft de smaak nu zó te pakken dat ze al verder kijkt dan steunkousenzorg. “Ik wil dat onze wijkverpleegkundigen anders gaan kijken naar alle niet-gepaste zorg. Ik ben onlangs gestart met het stukje ADL. Als je gaat indiceren bij cliënten, spreek dan direct de verwachting uit dat zij zelf doen wat ze zelf kunnen.” Klaske: “Wij zijn altijd bezig met de vraag: Hoe kan de cliënt zichzelf zo zelfstandig en veilig mogelijk redden? Daarbij werken we veel samen met de wijkteams. We zien dat mensen vaak bereid zijn om meer zelf te doen. En we geven ze ook tips: ‘U hoeft uw broek niet staand aan te trekken, u kunt er ook bij gaan zitten’. Zo simpel kan het zijn. En soms moeten mensen even het vertrouwen krijgen dat ze iets zelf kunnen. Als dat lukt, is dat heel leuk om te zien.”

Dit artikel verscheen eerder op de website van ZonMw.

— ADVERTENTIE —

Seniorenwinkel, dé specialist in verantwoord zitten, slapen en verplaatsen



OP VOORRAAD
200 nieuwe en jong-gebruikte
Fitform sta-op-stoelen
met garantie
vanaf €695.-

Vraag **kosteloos** een
THUISDEMONSTRATIE aan!

Onze experts komen dan met een aantal stoelen, onze meetstoel en stofstalen naar u thuis waar u in uw eigen vertrouwde omgeving kunt proefzitten en uw stoel kunt samenstellen in elk gewenst model, kleur en maat.

Scan de qr-code in
(bellen mag natuurlijk ook)



Koffie?



Seniorenwinkel
voor een vitaal leven

Seniorenwinkel: al 20 jaar een begrip!
Schijndel ~ Hilvarenbeek ~ Udenhout
seniorenwinkel.nl ~ 073-547 52 78

Zitcomfort

Slaapcomfort

Hulpmiddelen

Verhuur

Uitgedaagd of uitgeput?

Tekst: Jeroen van Egmond



Volgens het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt de zorg steeds complexer, vooral in de eerste lijn.¹ Helaas is een van de oplossingen, interprofessioneel samenwerken, ook toenemend complex. Herken je dat als eerstelijns ergotherapeut? Ik zou daar graag eens met je over van gedachten wisselen.

Het grootste deel van mijn carrière was ik fysio- en manueel therapeut. Hoewel ik me richtte op het verbeteren van het dagelijks functioneren van mijn cliënten, deed ik vooral interventies op stoornisniveau. En ondanks dat ik als 'specialist' veel wegliet van wat er in een mensenleven belangrijk is, vond ik mijn werk eerlijk gezegd best complex.

Toen ik zo'n vijftien jaar geleden ging werken als docent bij de Hogeschool van Amsterdam (HvA), deelde ik een kamer met drie ergotherapeuten. Toegegeven, ik dacht toen bij ergotherapie vooral aan interventies als aangepast bestek of gepersonaliseerde rolstoelen. Je snapt mijn verbazing toen ik die collega's zag werken aan een college over *community-based development*.

Het adviseren over aangepast bestek is, net als een manipulatie door een manueel therapeut, een redenering volgens het schema 'beperking – aanpassing – opgelost'. Dit schema past prima bij enkelvoudige hulpvragen. Maar bij complexe hulpvragen zijn er veel factoren van invloed, die bovendien vaak een onvoorspelbare invloed op elkaar hebben. Het kiezen van de beste interventie is daardoor met onzekerheid omgeven. Daarnaast zijn er beperkingen aan wat onze hersenen aankunnen in het professioneel redeneren. Te veel factoren om rekening mee te houden passen gewoonweg niet in je hoofd.² Dat er in de praktijk nog andere praktische belemmeringen zijn, zoals een te laag tarief en een beperkt aantal vergoede sessies, hoeft ik je natuurlijk niet te vertellen.

Onzekerheid, complexiteit en praktische bezwaren kunnen uitdagend zijn en uitnodigen tot samenwerking en/of verdere professionalisering. Maar ze kunnen net zo goed leiden tot negatieve emoties en energieverlies. Het is daarom niet

alleen voor de gezondheid van cliënten, maar ook voor die van therapeuten, van belang om goed te snappen hoe dat in de praktijk werkt.

Vorig jaar ben ik in samenwerking met Margo van Hartingsveldt (lector Ergotherapie HvA), Stephan Ramaekers (lector Fysiotherapie HvA) en Cok Bakker (hoogleraar Universiteit Utrecht) een PhD-traject gestart om meer duidelijkheid te bieden over de spanning tussen uitgedaagd of uitgeput zijn. We zijn gestart met het via interviews inzicht krijgen in wat ergo- en fysiotherapeuten complex vinden, hoe ze daar nu mee omgaan en hoe ze de toename in complexiteit ervaren, of niet natuurlijk. Daarna doen we ook onderzoek naar hoe complexe zorgvragen voorkomen in de taal en beelden in Ergotherapie Magazine en in FysioPraxis. Ik heb ontzettend veel zin in deze uitdaging en kom graag later in deze column terug op de achtergronden én resultaten. ➡

Over de auteur

Jeroen van Egmond is docent-onderzoeker bij de Hogeschool van Amsterdam, promovendus bij de Universiteit Utrecht en zorgerthicus. Reacties of vragen zijn welkom via: j.van.egmond3@hva.nl.

Referenties

1. Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg. (2022) Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Hoe effectief is online strategietraining voor cognitieve problemen op het werk na een diagnose kanker?

Niet Rennen Maar Plannen – online

Tekst: Kete M. Klaver, Saskia F.A. Duijts, Chantal A.V. Geusgens, Jacobien M. Kieffer, Joost Agelink van Rentergem, Mathijs P. Hendriks, Janine Nuver, Hendrik A. Marsman, Boelo J. Poppema, Tanja Oostergo, Annemiek Doeksen, Maureen J.B. Aarts, Rudolf W.H.M. Ponds, Allard J. van der Beek en Sanne B. Schagen

Mensen met kanker kunnen cognitieve problemen ervaren tijdens of na de ziekte. Deze problemen komen voor bij zowel hersentumorpatiënten als patiënten met kanker buiten het centraal zenuwstelsel.¹ Na een diagnose kanker buiten het centraal zenuwstelsel worden problemen gezien in verschillende cognitieve domeinen, zoals aandacht, geheugen, verwerkingssnelheid en executief functioneren.² Hoewel deze problemen over het algemeen mild tot matig van aard zijn, kunnen ze een grote invloed hebben op het dagelijks functioneren, waaronder het functioneren op het werk.³ Daarom is het van belang om ondersteuning te bieden aan mensen die na een diagnose kanker cognitieve problemen ervaren op het werk.



Met behulp van cognitieve strategietraining leren mensen beter om te gaan met cognitieve problemen in het dagelijks leven. Onderzoek wijst uit dat cognitieve strategietraining een veelbelovende methode is om mensen met cognitieve problemen na een diagnose kanker te ondersteunen.⁴ Vanuit een samenwerking met verschillende partijen, waaronder de Universiteit Maastricht, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ inGeest en het Nederlands Kanker Instituut is een online variant ontwikkeld van de cognitieve strategietraining: Niet Rennen Maar Plannen (NRMP).⁵⁻⁷ Dit online programma is aangepast voor verschillende doelgroepen, waaronder

mensen met cognitieve problemen na een diagnose kanker. In dit artikel beschrijven we de uitkomsten van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit van NRMP-online voor mensen met cognitieve problemen op het werk na kanker, genaamd: Internet-based cognitive rehabilitation for WORKing Cancer survivors (i-WORC studie).⁸⁻⁹

Methoden

Design

Deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een van de drie studiegroepen, waaronder twee interventiegroepen (i.e., basis en uitgebreide versie van NRMP-online) en een wachtlijstcontrolegroep.

De basisversie van NRMP-online bestaat uit modules die gaan over ‘psycho-educatie’, ‘vermoeidheid in balans’, ‘vertrouwen in je hoofd’ en ‘communiceren op de werkvloer’. Deelnemers doorliepen de basisversie zelfstandig, zonder begeleiding van een therapeut.

De uitgebreide versie van NRMP-online bestaat naast de basismodules ook uit de strategietraining modules ‘geheugen’, ‘informatieverwerking’ en ‘grip op je planning’.

Afhankelijk van de cognitieve problemen en de gestelde doelen van de deelnemer ontving de deelnemer toegang tot één of meerdere strategietraining modules. Deelnemers doorliepen de uitgebreide versie met online individuele begeleiding van een cognitief therapeut.

Metingen vonden plaats bij start van de studie, na ± 3 maanden (korte termijn) en na ± 6 maanden (lange termijn).

Studiepopulatie

Inclusiecriteria voor deelname aan de studie waren onder andere: (1) diagnose kanker buiten het centraal zenuwstelsel; (2) leeftijd tussen 18-65 jaar; (3) tenminste systemisch behandeld voor kanker (e.g., chemotherapie, immunotherapie, targeted therapy en/of hormoontherapie); (4) de behandeling voor kanker is afgerond (met uitzondering van hormoontherapie), en (5) aanwezigheid van subjectieve cognitieve problemen op het werk. De aanwezigheid van cognitieve stoornissen werd gemeten met een neuropsychologisch onderzoek (NPO) maar was geen inclusie criterium.

Uitkomstmaten

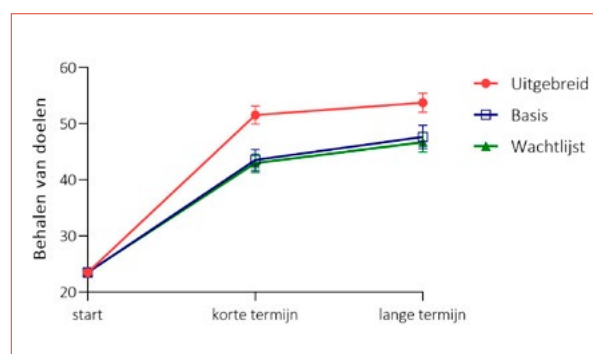
De primaire uitkomst van de studie was het behalen van gepersonaliseerde, werkgerelateerde doelen, gemeten met behulp van Goal Attainment Scaling (GAS).¹⁰ Dit is een evaluatiemethodiek waarbij behandeldoelen van een individu worden vastgelegd in schalen, waardoor de mate van het behalen van de doelen meetbaar wordt.¹⁰ Secundaire uitkomsten waren onder andere subjectief cognitief functioneren, functioneren op het werk, herstelbehoeften na een werkdag, vitaliteit en kwaliteit van leven.

Hypothesen

Onze verwachtingen waren dat deelnemers (1) in de basis- of uitgebreide groep hun doelen beter behalen dan deelnemers uit de wachtlijstcontrolegroep op korte en lange termijn; (2) met cognitieve stoornissen bij start van de studie (i.e., gemeten met een NPO) hun doelen beter behalen in de uitgebreide groep dan in de basisgroep.

Resultaten

In totaal namen 279 mensen deel aan de studie, waarvan 46 mannen en 233 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 49 jaar en de gemiddelde tijd sinds diagnose was 2,6 jaar. De resultaten toonden aan dat deelnemers in alle drie de groepen gemiddeld genomen vooruitgang boekten in het behalen van hun doelen over tijd (zie *Figuur 1*). Deelnemers



Figuur 1. Het behalen van doelen (T-scores Goal Attainment Scaling) over tijd per studiegroep.

in de uitgebreide groep behaalden hun doelen gemiddeld genomen beter dan deelnemers in de controlegroep, zowel op korte als lange termijn ($ES = .49$; $p < .001$ respectievelijk $ES = .34$; $p = .014$) (zie *Figuur 1*). Bovendien werden op de korte termijn positieve effecten gevonden op herstelbehoefte na een werkdag ($ES = -0.21$), vitaliteit ($ES = 0.20$) en fysiek rol functioneren ($ES = 0.43$).

Er werden geen statistisch significante effecten gevonden op het behalen van doelen in de basisgroep. Maar wanneer uitsluitend gekeken werd naar deelnemers die de basisversie van het programma voldoende hadden doorlopen volgens de definitie van het studieprotocol (i.e., minimaal 2 modules van het programma voor 70% doorlopen), werden marginaal significante positieve effecten op het behalen van doelen gevonden op de korte termijn.

Er werd geen interactie-effect gevonden tussen tijd, interventiegroep en NPO (afwijkend ja/nee bij start van de studie). Dit geeft aan dat de effectiviteit van de uitgebreide versie, vergeleken met de basisversie, niet verschilde tussen mensen met of zonder afwijkende score op het NPO bij start van de studie.

Discussie

De i-WORC studie toont aan dat de therapeutisch begeleide, uitgebreide versie van NRMP-online een positief en klinisch relevant effect heeft voor werknemers met cognitieve problemen op het werk na een diagnose kanker. De zelfhulp, basisversie van NRMP-online kan een geschikt alternatief zijn voor individuen die het programma volgens protocol doorlopen.⁹

Er bleek geen verschil in de effectiviteit van de uitgebreide en basisversie van NRMP-online tussen deelnemers met of zonder afwijkend NPO bij start van de studie. Dit suggereert

dat de therapeutisch begeleide, uitgebreide versie van NRMP-online een effectieve behandeloptie is voor beide groepen werknemers die cognitieve problemen ervaren op het werk na een diagnose kanker.

Opvallend is dat deelnemers in alle groepen vooruitgingen in het behalen van hun doelen over tijd, inclusief deelnemers in de wachtlijstcontrolegroep. Mogelijk heeft de intake sessie bij start van de studie, bestaande uit de terugkoppeling van het NPO en het stellen van doelen, een therapeutisch effect. Een verhoogd inzicht in en bewustzijn van cognitieve problemen op het werk zouden op zichzelf geleid kunnen hebben tot gedragsverandering, waardoor ook deelnemers in de wachtlijstcontrolegroep vooruitgingen.

Er moeten enkele beperkingen van deze studie in overweging worden genomen, waaronder een beperkte generaliseerbaarheid door steekproefbias (i.e., het gros van de deelnemers is vrouw en hoogopgeleid) en verschillen in uitval tussen de studiegroepen. Omdat de interventiegroepen verschilden op meer dan één aspect (i.e., zowel op inhoud als begeleiding door een therapeut), is het niet mogelijk om te onderscheiden in hoeverre deze aspecten gerelateerd zijn aan de effectiviteit van het programma.

De verwachting is dat in 2032 ongeveer 1,4 miljoen Nederlanders leven met of na kanker.¹¹ Een deel van deze mensen ervaart langdurige cognitieve problemen die impact hebben op het functioneren op werk.^{12,13} Gezien de grote aantallen en de impact van cognitieve problemen op het alledaags functioneren is het van groot belang om deze mensen te ondersteunen. De uitgebreide, begeleide versie van NRMP-online blijkt geschikt om mensen met cognitieve problemen na kanker te ondersteunen op het werk. Verder onderzoek is nodig om te bepalen voor wie de zelfhulp, basisversie geschikt is.

Beschikbaarheid

Op dit moment wordt hard gewerkt aan het breed beschikbaar maken van het online programma voor mensen met cognitieve problemen op het werk na een diagnose kanker. Heb je interesse in het programma? Je kan die kenbaar maken aan Sanne Schagen (s.schagen@nki.nl).

Het online programma voor mensen met beroerte/hersentrauma/hersentumor is al een paar jaar beschikbaar en mede-ontwikkeld door een ergotherapeut. Informatie kun je vinden op umcutrecht.nl/nl/niet-rennen-maar-plannen. Voor vragen over bruikbaarheid in de praktijk kun je terecht bij Tjamke Strikwerda of Carolien Veen (ergotherapeuten UMC Utrecht).⁵

Verder lezen?

Het volledige artikel lees je online via <https://doi.org/10.1093/jncics/pkad110>. 

Referenties

- 1 Ahles, T. A. & Root, J. C. Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. *Annual review of clinical psychology* (2018). <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084903>
- 2 Hardy, S. J., Krull, K. R., Wefel, J. S. & Janelins, M. Cognitive Changes in Cancer Survivors. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting* **38**, 795-806 (2018). https://doi.org/10.1200/edbk_201179
- 3 Von Ah, D. et al. Cancer, Cognitive Impairment, and Work-Related Outcomes: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum* **43**, 602-616 (2016). <https://doi.org/10.1188/16.ONF.602-616>
- 4 Gehring, K. et al. in *Cognitive Rehabilitation and Neuroimaging: Examining the Evidence from Brain to Behavior* (eds John DeLuca, Nancy D. Chiaravalloti, & Erica Weber) 221-254 (Springer International Publishing, 2020).
- 5 Niet Rennen Maar Plannen. UMC Utrecht. www.umcutrecht.nl/nl/niet-rennen-maar-plannen
- 6 Annette Baars, T. S., Carolien van Veen, Anne Visser-Meily, Caroline van Heugten. Niet Rennen Maar Plannen aan de keukentafel via online versie. *Ergotherapie Magazine*, 34 - 37 (2020).
- 7 Annette Baars-Elsinga, A. B.-W., Tjamke Strikwerda, Chantal Geusgens, Caroline van Heugten, Anne Visser-Meily. Niet Rennen Maar Plannen *Ergotherapie Magazine*, 24 - 27 (2013).
- 8 Klaver, K. et al. Internet-based cognitive rehabilitation for WORKing Cancer survivors (i-WORC): study protocol of a randomized controlled trial. (2020).
- 9 Klaver, K. M. et al. Internet-based cognitive rehabilitation for working cancer survivors: results of a multicenter randomized controlled trial. *JNCI Cancer Spectrum* **8** (2024). <https://doi.org/10.1093/jncics/pkad110>
- 10 Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community mental health journal* **4**, 443-453 (1968). <https://doi.org/10.1007/bf01530764>
- 11 Praagman, J., Slotman, E., van Disseldorp, L. & Lemmens, V. Kanker in Nederland: Trends & prognoses tot en met 2032. (Integraal Kanker Centrum Nederland, 2022).
- 12 Klaver, K. M. et al. Cancer-related cognitive problems at work: experiences of survivors and professionals. *Journal of cancer survivorship : research and practice* **14**, 168-178 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00830-5>
- 13 Klaver, K. M. et al. Neuropsychological test performance and self-reported cognitive functioning associated with work-related outcomes in occupationally active cancer survivors with cognitive complaints. *Journal of cancer survivorship : research and practice* (2022). <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01223-x>

Breindrop

Tekst: Melanie Visser

Het boek *Breindrop* gaat over hulp en herstel bij mentaal vastlopen. Het is geschreven door twee auteurs die input geven vanuit hun eigen (praktijk)ervaring: Steven Goudsbloem, vanuit zijn professie als psycholoog en Ruby Beltman, vanuit het (cliënt)perspectief van iemand die mentaal vastloopt. Een aanrader voor wie meer wil weten over mentaal vastlopen, hulp en herstel.

In het boek komen veel ervaringen aan bod. Aan de hand van de metafoor 'de Berg' wordt helder beschreven hoe iemand struikelt/worstelt/vastloopt, om vervolgens weer overeind te krabbelen. De vier hoofdstukken zijn opgedeeld in vier bewegwijzingen: de Etappe Bergaf, de Etappe Dal, de Etappe Bergop en de Etappe Vlake. Het verhaal wordt verteld aan de hand van een bergbeklimmer die mentaal is vastgelopen en deze etappes doorloopt. Als lezer ontdek je wat elke etappe zoal betekent voor mensen die kampen met hun geestelijke gezondheid, voor de hulp uit hun eigen kring en voor de hulp van een psycholoog en andere professionals.

Mee in de rugzak?

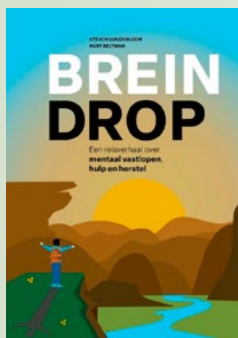
Breindrop is geen zelfhulpboek, maar beschrijft het proces van de bergreis van iemand die mentaal vastloopt, welke hulpbronnen daarbij kunnen helpen, hoe hulp te vinden, wat een psycholoog doet en andere praktische informatie. Ook willen de schrijvers met dit boek meer begrip kweken voor de situatie waarin diegene zich bevindt. Daarnaast willen de schrijvers de naaste omgeving informeren over wat te doen en wat te laten.

De schrijvers maken speels gebruik van metaforen. Een voorbeeld: elke Etappe wordt afgesloten met 'souvenirs' die je onderweg hebt kunnen vinden. Na elk hoofdstuk worden er tips gegeven voor in de rugzak: 'informatie voor bergbeklimmers' (degenen die is/zijn vastgelopen) en tips voor 'hulptroepen uit eigen kring'. Je bepaalt zelf wat je wel of niet meeneemt in je rugzak.

Door het lezen van dit boek is het mij opgevallen hoe bijzonder veel de competenties en ook sommige methodieken/gesprekstechnieken die een psycholoog toepast, overeenkomen met die van een ergotherapeut die cliënten behandelt om tot een meer evenwichtige belasting/belastbaarheid te komen. In dat opzicht heb ik als ergotherapeut bekende zaken gelezen omtrent behandeling of inzichten.

Reis door twee werelden

Dit boek kan als uitstekend kompas dienen voor mensen die, om wat voor reden dan ook, mentaal zijn vastgelopen en voor hun naaste omgeving. Ook vond ik het verfrissend om door middel van een bergreis meegenomen te worden op een reis door twee werelden: die van psycholoog Steven (de berggids) en die van ervaringsdeskundige Ruby (de bergbeklimster). Het is een reisverhaal in heldere taal, met sprekende voorbeelden. Dit boek helpt bij het vergroten van veerkracht, draagkracht en weerbaarheid. Kortom: een aanrader voor iedereen die meer wil weten over mentaal vastlopen, hulp en herstel. ➡



Titel: Breindrop
Auteurs: Ruby Beltman en Steven Goudsbloem
Jaar uitgave: 2023
Uitgever: Breindrop
Prijs: € 24,50 (e-book € 7,50)
ISBN: 978-90-903797-3

Inclusie en kansengelijkheid vergroten met P4C



Tekst: Dr. Barbara Piškur

Als ergotherapeuten kunnen we leerkrachten ondersteunen om schoolse participatie van alle kinderen te verbeteren. Het Partnering for Change (P4C) model blijkt een effectieve methode daarvoor.

Inclusie voor kinderen op de basisschool krijgt veel aandacht. De diversiteit in klassen neemt sterk toe, net als het aantal kinderen dat extra ondersteuning nodig heeft. Als kinderergotherapeut en onderzoeker raakt deze ontwikkeling mij. Steeds meer kinderen hebben moeite om op de basisschool mee te doen. Ik denk dan aan de termen *doing, being, becoming, and belonging*. Schoolse participatie is niet alleen gerelateerd aan leren, maar ook aan persoonlijke ontwikkeling, vitaliteit en het gevoel hebben erbij te horen. Het NordForsk-project *Politics of Belonging*, waar we als Zuyd Hogeschool aan deelnamen, liet zien dat veel kinderen het gevoel hebben er niet bij te horen. Leerkrachten gaven aan moeite te hebben met de grote diversiteit en groeiende ongelijkheid binnen het klaslokaal.

Cross-over samenwerking

P4C, ontwikkeld in Canada, is een innovatief, wetenschappelijk onderbouwd partnership model waarbij cross-over samenwerking met de focus op de hele klas in een klaslokaal plaatsvindt. De leerkracht en de ergotherapeut kijken gezamenlijk naar hoe iedereen mee kan doen in de klas; de samenwerking leidt tot deskundigheidsbevordering over schoolse participatie en inclusieve omgevingen. Voor een periode van ongeveer drie maanden is een in P4C getrainde ergotherapeut vier uur per week bij een leerkracht in de klas aanwezig om diverse knelpunten te registreren, partnership op te bouwen, en met de leerkracht te analyseren en strategieën te ontwerpen. Principes van Universal Design for Learning worden gevolgd, waarbij aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving (bijv. de wijze van instructies geven) mogelijk zijn. P4C werd in afgelopen tien jaar geëvalueerd bij diverse onderwijsorganisaties in de regio's Limburg en Amsterdam. In Zuid-Limburg deden tien scholen (15 klassen en 24 leerkrachten) van de regionale onderwijsorganisatie MOVARE mee. Vanuit Zuyd Hogeschool volgden we deze scholen met het promotieonderzoek van Sarah Meuser.

Wat is geleerd?

Ergotherapeuten ervaren P4C als geheel anders dan de individuele ergotherapiebehandeling waarbij veelal met één leerling buiten de klas gewerkt wordt. Basisscholen zien het verminderde aantal verwijzingen naar diverse experts buiten de klas als een positieve uitkomst. Leerkrachten voelen zich beter voorbereid om met diversiteit in de klas om te gaan, en hebben voldoende basis om te blijven leren hoe schoolse participatie geoptimaliseerd kan worden. In de klassen die P4C toepassen, zijn kinderen meer en langer gefocust op het uitvoeren van de schoolse taken.

Hoe verder?

De nationale en internationale community rond P4C groeit. MOVARE en Zuyd Hogeschool mochten P4C onlangs aan het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) presenteren als best practice voor het vergroten van kansengelijkheid en inclusie. Binnen het Erasmus+-project JIP4L wordt samengewerkt met Zweedse partners. P4C heeft grote kans van slagen. Van ergotherapeuten vraagt het om aan de slag te gaan vanuit een andere visie op schoolse participatie. Ook vraagt het om een andere visie op de financiering (gemeentes, zorgverzekeraars) van dit soort cross-over samenwerking. ➡



Over de auteur

Barbara Piškur is ergotherapeut, hoofddocent en onderzoeker bij Zuyd Hogeschool, Master Gezondheidsinnovatie en Lectoraat Autonomie en Participatie. Ze is kartrekker van Partnering for Change. Ook werkt ze bij de Universiteit Hasselt, Master in de Ergotherapeutische wetenschap en bij REVAL Rehabilitation Research Center.

(On)mogelijkheden van Mixed Reality in de vroege fase na beroerte

Neglect interactief in kaart brengen tijdens opname op de stroke unit

Auteurs: Tjamke Strikwerda, Eileen Bousche, Hanne Huygelier,
Anne Visser-Meily en Tanja Nijboer

Samenvatting

Cognitieve diagnostiek en behandeling kunnen baat hebben bij het inzetten van Mixed Reality (MR), omdat die technologie door de meer dynamische en interactieve mogelijkheden dicht in de buurt komt bij het dagelijks handelen. Uit meerdere studies blijkt dat het haalbaar is om MR in te zetten bij (poli)klinische revalidatie, maar over de inzetbaarheid tijdens de ziekenhuisopname is nog weinig bekend. Het doel van het huidige onderzoek was de haalbaarheid van het inzetten van een Augmented Reality (AR) Serious Game bij patiënten met visuospatieel neglect, opgenomen op de stroke unit. De meeste patiënten (4 van de 5) bleken nog niet belastbaar genoeg om de Serious Game te spelen. Slechts 1 patiënt voldeed aan de inclusiecriteria én was belastbaar genoeg. Zij kon de Serious Game spelen, maar was daarna te vermoeid om het interview volledig af te maken. Onze voorzichtige conclusie op basis van observaties en resultaten is dat trainen met Mixed Reality voor patiënten met neglect in de acute fase niet geschikt is.

Engelstalig abstract

Cognitive assessment and treatment could potentially benefit from embedding Mixed Reality (MR) technology, as these applications usually are dynamic and interactive in nature and as such resemble daily life situation. Multiple studies indicated that it is feasible and potentially useful to embed MR during (inpatient) rehabilitation, but less is known about the early phase post-stroke: admission to a stroke unit in a hospital. The overarching aim of the study was to investigate feasibility, usability, and user experience of an Augmented Reality (AR) Serious Game for visuospatial neglect treatment (i.e. visual scan training), during admission to the stroke unit. Most patients could not be included in the study, due to post-stroke fatigue and other comorbidity. One single patient could be included for game play, yet this person was too fatigued afterwards to participate in the short interview. We therefore cautiously conclude that MR is not so suitable for patients with visuospatial neglect in the acute phase post-stroke onset.

Inleiding

De afgelopen jaren is er veel aandacht voor en interesse in technologie binnen de revalidatie. Technologische vooruitgang gaat snel; er komen in hoog tempo allerlei mogelijkheden op de markt – denk aan Virtual (VR) en Augmented Reality (AR) – die hun weg vinden naar de cognitieve diagnostiek en behandeling. Hardware die nodig is om nieuwe applicaties aan te bieden aan patiënten wordt ook steeds betaalbaarder. Daarbij wordt de zorg telkens duurder en wordt de roep om efficiëntere zorg en de potentie van alternatieven groter en urgenter (zie ook Integraal Zorgakkoord).¹

Het is interessant om de mogelijkheden van technologie bij cognitieve diagnostiek en behandeling te bestuderen. Op dit moment worden binnen de diagnostiek op functieniveau nog altijd de conventionele neuropsychologische pen-en-papier tests afgenomen als gouden standaard voor neuropsychologisch onderzoek (NPO). Dit NPO wordt afgenomen in een ruimte met minimale afleiding, geen tijdsdruk, weinig complexe taken, weinig (sociale) interactie en lage informatievluichtigheid. Het doel van een NPO is dan ook de maximale cognitieve capaciteit van een patiënt in kaart te brengen. Om meer duidelijkheid te krijgen over het cognitief functioneren van mensen in het dagelijks leven

is het van belang om niet enkel de cognitieve capaciteit te weten, maar juist te focussen op het cognitief functioneren waarbij afleiding, tijdsdruk, multitasking en interactieve activiteiten aanwezig zijn. In het algemeen kunnen de ergotherapeutische observaties die gedaan worden, al een stuk dichterbij deze situaties van het dagelijks leven komen. Zo kan de ergotherapeut in de acute fase in het ziekenhuis al heel praktisch met de patiënt meekijken naar het dagelijks handelen en de zogenaamde cognitieve vaardigheden (i.e. combinatie van cognitieve functies die noodzakelijk zijn om (goed) te kunnen functioneren in het dagelijks leven). Kan iemand zichzelf aankleden of de eigen lunch bereiden? Kan iemand de weg naar de eigen kamer terugvinden? Kan iemand een kleine keukentaak, zoals koffie- of thee zetten volbrengen? Bij al deze dagelijkse handelingen is een goede – en liefst systematische – observatie nodig om uitspraken te kunnen doen over de cognitie. Ook in een later stadium van de revalidatie kan de ergotherapeut de cognitie in deze dagelijkse situaties blijven observeren. De focus zal dan meer verschuiven naar taken in het huishouden, het re-integreren in werk en het oppakken van hobby's. Een samenwerking tussen ergotherapeut en neuropsycholoog voor wat betreft de diagnostiek heeft een grote meerwaarde, omdat de testsituatie dan verbonden kan worden aan het dagelijkse handelen.

Technologie kan ons nog een stap verder brengen dan de methoden die momenteel klinisch worden toegepast: met Mixed Reality (MR) kunnen we in een interactieve virtuele omgeving opdrachten laten uitvoeren onder omstandigheden die de dynamiek van het dagelijks leven simuleren, op een veilige manier.² Zowel Virtual Reality (VR) als Augmented Reality (AR) zijn de meeste bekende vormen van MR.

MR biedt de mogelijkheid om cognitieve vaardigheden te testen met controle over factoren als afleiding en tijdsdruk.³ Op die manier kan specifiekere worden nagegaan onder welke omstandigheden bepaalde cognitieve vaardigheden wel en niet meer goed gaan.^{4,5,6} Voor training is dit net zo belangrijk. Technologie zou ook kunnen bijdragen aan intensievere training die meer zelfstandig en/of op eigen niveau uitgevoerd kan worden. Recent verscheen een aantal studies over cognitieve diagnostiek en behandeling waarbij MR centraal stond (zie bijvoorbeeld een recente scoping review⁷). Onlangs onderzochten wij de perspectieven (met betrekking tot haalbaarheid in de Medisch Specialistische Revalidatie) en gebruikerservaringen van behandelaars met

MR bij neglectbehandeling tijdens klinische revalidatie.⁸ Daarbij stond ook de vertaalslag naar de klinische populatie centraal. Behandelaars speelden een VR Serious Game⁹ en twee AR Serious Games^{8,10}, waarna zij een aantal vragen beantwoordden over hun ervaring, de mogelijkheden voor inzetten bij klinische behandeling en punten ter verbetering. De gebruikte games waren gericht op het aanleren, versterken en automatiseren van een visuele scanstrategie. Visuele scantraining is de huidige behandeling volgens de richtlijn Neuropsychologische Revalidatie.¹¹ De resultaten lieten zien dat de therapeuten in het algemeen de drie Serious Games passend vonden als aanvulling op de huidige therapie voor visuospatiële neglect; face validity werd goed beoordeeld, het zou motiverend kunnen zijn voor patiënten en extra inzichten kunnen opleveren in kwaliteit van aangeleerde strategieën voor behandelaars. De belangrijkste punten voor verbetering waren het meer op maat maken van de inhoud voor de individuele patiënt (denk aan thema's, maar ook prikkelgevoeligheid) en duidelijke instructies voor zowel patiënten als behandelaars.

De meeste studies op gebied van VR en AR – of dat nu gaat om motoriek, cognitie of communicatie – zijn uitgevoerd in de revalidatiefase, waarbij patiënten opgenomen zijn in een revalidatiecentrum of dagbehandeling krijgen, of in de chronische fase, waarbij patiënten op dat moment geen behandeling meer krijgen vanuit een revalidatiecentrum. In beide fasen staan dan vaak haalbaarheid en gebruikerservaring centraal.⁸ Op basis van die studies lijkt het heel haalbaar om MR in de subacute fase in te zetten – de meeste patiënten kunnen goed (onder begeleiding) met de hardware en software aan de slag – en patiënten opgenomen voor klinische behandeling vinden het vaak leuk, interessant en motiverend om aan de slag te gaan met dit soort Serious Games of simulaties.

De inzet van MR tijdens de opname in een ziekenhuis is echter nog nauwelijks onderzocht. Het doel van de huidige studie is de haalbaarheid en gebruikerservaring van een AR Serious Game te onderzoeken bij patiënten met visuospatiële neglect, opgenomen op de stroke unit van het UMC Utrecht (UMCU). De wens – en noodzaak – om zo vroeg mogelijk met motorische en cognitieve training te beginnen is groot. Voor neglect geldt dat helemaal, omdat deze cognitieve stoornis in grote mate het herstel, andere behandelingen en mate van zelfstandigheid tijdens ADL negatief beïnvloedt.^{12,13,14,15,16,17,18} Omdat de setting van het ziekenhuis en de belastbaarheid van de patiënt erg verschilt van de setting en belastbaarheid

in een revalidatiecentrum, is het van belang om ook inzicht te krijgen in de haalbaarheid en gebruikerservaring in de ziekenhuissetting. De meeste patiënten met een beroerte die wat langer in het ziekenhuis verblijven, zijn nog weinig mobiel, erg moe, vaak duizelig en soms ook ziek (koorts, benauwd).

Methode

Patiënten

Van patiënten die een beroerte hadden doorgemaakt, visuospatiëel neglect hadden en opgenomen waren op de stroke unit tussen 1 oktober 2022 en 1 april 2023, werd door de ergotherapeut ingeschat of zij belastbaar genoeg waren om aan het onderzoek deel te nemen door middel van de convenience sampling methode. Als dat het geval was, werd hen de studie uitgelegd en gevraagd of zij wilden meedoen. Het belangrijkste exclusie criterium was epilepsie. Inclusiecriteria waren (1) een beroerte, (2) visuospatiëel neglect, (3) voldoende belastbaar om deel te nemen, (4) voldoende begrip om de studiedoelen te snappen, informed consent te kunnen geven en de opdrachten te begrijpen, en (5) daadwerkelijk getekend informed consent. Er waren geen leeftijdscriteria. De kwaliteitscontroleur van UMCU beoordeelde dit zorgverbeterproject als niet-Wmo-plichtig.

Procedure, taken, en uitkomstmaten

Het onderzoek vond plaats in de kamer van de patiënt op de stroke unit. Ergotherapeut en auteur TS legde uit wat het doel van de Serious Game was, hoe het spel werkte, beantwoordde alle vragen die de patiënt had en hielp met het opzetten van de AR-bril. De patiënt speelde vervolgens de AR Serious Game vanuit liggende, zittende of lopende uitgangspositie. Tijdens het spelen werd het gedrag van de patiënt geobserveerd door middel van een observatielijst. Na afloop van het spel werd er een interview afgenomen over de gebruikerservaring, de mening over het spel en de gebruikte techniek. In totaal duurde de sessie ongeveer 20 minuten.

AR Serious Game

De AR Serious Game "Balloon Popping" is ontworpen door Holomoves. Voor het aanbieden werd een Hololens 2 (Microsoft) gebruikt. Behandelaars hebben de face validity van de Serious Game als goed beoordeeld. Er zijn nog geen effectiviteitsstudies naar deze Serious Game gedaan. Het doel van het spel was de visuele zoekfunctie te trainen door het aanbieden van ballonnen in het gehele visuele veld van de patient.⁸ In het spel werden digitale ballonnen geprojecteerd in de omgeving van de patiënt. De opdracht

was om de ballonnen te zoeken en lek te prikken met een vinger. Het maakte daarbij niet uit of de linker- of rechterhand werd gebruikt. Tijdens het spelen werden er aanwijzingen gegeven voor de zoektocht naar de ballonnen. Tevens waren er visuele aanwijzingen in de vorm van een groene pijl om de zoekrichting aan te geven. Zodra er een ballon werd lekgeprik, verscheen er confetti en was er een plopgeluid te horen. De totale speeltijd was maximaal ongeveer 15 minuten.

Interview

Het semi-gestructureerde interview werd ontworpen door de auteurs^{8,10} en bestond uit een selectie aan kwalitatieve en kwantitatieve vragen, met als doel de gebruikerservaring en mening van de patiënt te evalueren. Vragen werden gecategoriseerd in drie gebieden: gebruikerservaring, inzetbaarheid en voorkeur.^{8,10} De interviewgids is te vinden aan het einde van dit artikel. Het interview duurde ongeveer 5 minuten.

Observatielijst

De observatielijst^{8,10} bestond uit (1) het begrip van de spelregels, (2) de zoekstrategie, (3) het verplaatsen door de ruimte, (4) het uitvoeren van het spel, (5) de uiting van emotie en (6) het behandelen van het materiaal. Het geobserveerde gedrag werd genoteerd op een formulier.

Resultaten

Vijf patiënten voldeden bij screening aan de inclusiecriteria (beroerte, neglect, voldoende belastbaar en begrip). Twee patiënten konden niet deelnemen door aanwezigheid van epilepsie. Daarnaast wilde één andere patiënt niet deelnemen aan de studie en één patiënt maakte op dat moment een delier door, waardoor deelname niet haalbaar was. Er bleef één patiënt over die heeft deelgenomen aan de studie. We beschrijven hieronder de casus.

Casusbeschrijving

Een 40-jarige vrouw met herseninfarct in het stroomgebied van ACM en ACA-stroomgebied rechts op basis van carotis dissectie. Ze werd aanvankelijk opgenomen op de Intensive Care, waarna ze werd overgeplaatst naar de Medium Care en vervolgens naar de verpleegafdeling. Vanwege enkele complicaties was mevrouw nog laag belastbaar, waardoor er weinig ingang was voor therapie. In de loop van de opname knapte mevrouw voldoende op, zodat fysiotherapie en ergotherapie mogelijk werden en zodat ook de AR Serious Game gespeeld kon worden.

Topic	Observatie
Begrip Begrijpt iemand de instructie, is extra feedback/uitleg nodig tijdens het spel?	Ja, de instructie wordt goed begrepen. In het gedrag is te zien dat het spel op de juiste wijze gespeeld wordt. Er is extra instructie/aanmoediging nodig om links te kijken.
Zoekstrategie Linksom/rechtsom, tempo, etc. Kijkrichting vooral bij bedpositie Oogbeweging richting en frequentie (ongeveer)	De zoekstrategie is alleen gericht op rechts. Er is continue instructie nodig om naar links te kijken. Benoemd: alles staat zeker links? Maar compenseert hier niet voor. Zittend op de bedrand gespeeld. Fysiotherapeut zit voor de veiligheid naast haar. Patiënt kijkt recht vooruit.
Verplaatsen Hoe? Welk hulpmiddel? In bed? Begeleiding nodig bij verplaatsen	Met hulp van de fysiotherapeut op de bedrand gezeten. Komt normaal gesproken met Sara Stedy in de rolstoel. Tijdens spel heeft patiënt zich niet verplaatst.
Spel Lukt het prikken met de vinger? Kan iemand de ballonnen überhaupt zien (ipsilateraal)? Klikte iemand zelf door naar het volgende spelonderdeel? Is het spelonderdeel voltooid? Zijn er veel ballonnen over?	Ja. Aan de rechterzijde goed, links met instructie/aanmoediging, maar niet allemaal. Niet aan toe gekomen. Kan laatste ballon niet vinden, kost veel energie. Heeft 1 level gespeeld. Nee. 3 van de 4 ballonnen gevonden.
Mimiek/emotie Bijv. lachen/apathisch/frustratie Geluid Bijv. praten, zuchten	Vlak. In ieder geval geen frustratie. Geen.
Materiaal Wordt de bril vaak aangeraakt/verschoven? Kijkt iemand langs de bril?	Helemaal niet. Nee.

Interview

Na het spelen van de game werden mevrouw verschillende vragen gesteld, gecategoriseerd in drie gebieden: gebruikerservaring, inzetbaarheid en voorkeur.

Mevrouw gaf aan dat ze het spel leuk vond om te spelen. Zij begreep goed hoe het werkte en kon aangeven 3 van de 4 ballonnen te hebben gevonden. Zij kon er geen oordeel aan geven of dit een goed resultaat was, of benoemen wat er minder goed ging. Ondanks dat deze patiënte een gipshelm droeg, kon de Hololens goed op het hoofd gepositioneerd worden. Zij gaf aan dat de bril goed zat. Het bewegen in de omgeving was grotendeels gericht op rechts. Zij gaf aan

1 ballon niet te kunnen vinden en vroeg of deze expres links geplaatst was.

Mevrouw was na het spelen van het spel (ongeveer 15 minuten) zo vermoeid, dat de vragen gericht op inzetbaarheid en voorkeur niet meer gesteld konden worden. Daarmee hebben we geen inzicht gekregen op deze aspecten vanuit patiëntperspectief.

Observaties

Tijdens het spelen heeft de ergotherapeut een observatielijst ingevuld. Deze lijst is zichtbaar in bovenstaande kader.

Discussie en Conclusie

Het doel van de huidige studie was het onderzoeken van de haalbaarheid en gebruikerservaring van een AR Serious Game bij patiënten met visuospatiële neglect, opgenomen op de stroke unit van het UMCU. Uiteindelijk bleek maar één patiënte (van de 5 patiënten die benaderd konden worden) geïnteresseerd in deelname aan de studie én belastbaar genoeg. Zij kon het spel uitspelen en haar ervaring was positief; het spel was leuk en ze had geen last gehad van de hardware. Volgens de ergotherapeut werden instructies goed begrepen en werd de Serious Game gespeeld zoals bedoeld. Er kon slechts één level worden gespeeld (het makkelijkste), daarna was de patiënte te vermoeid om verder te gaan. Ook het interview kon niet volledig worden afgenomen.

Face validity van de Serious Game lijkt wel in orde; de discrepantie tussen het bewust worden van de ballonnen links versus rechts in de ruimte rondom de patiënte laat de aanwezigheid van neglect zien. Datzelfde geldt voor de verschillen in zoekstrategie (bijvoorbeeld rechts beginnen, meer aandacht voor rechts, verder naar rechts gekeken vergeleken met links). Met deze Serious Game zou dus wel de aanwezigheid van neglect kunnen worden vastgesteld en wellicht ook spelenderwijs kunnen worden getraind. Wel is de vraag of deze fase na beroerte daar al geschikt voor is. Ten eerste was de professionele inschatting dat de meeste patiënten met neglect opgenomen op de stroke unit niet belastbaar genoeg waren om rechttop zittend deze interactieve game te spelen. Daarbij bleek de patiënte die wel meedeed al na 1 spelronde erg vermoeid te zijn en niet door te kunnen (en willen) spelen.

Dit is een contrast met onze ervaringen met patiënten die opgenomen zijn in de Medisch Specialistische Revalidatie en Geriatrische Revalidatie. In de fase na het ziekenhuis (MSR, GR), blijkt de haalbaarheid van het inzetten van dit soort technologie over het algemeen goed, zeker ook bij patiënten met neglect.^{10,12} Triageren naar de MSR gebeurt alleen als de inschatting is dat de intensievere revalidatie haalbaar is voor de patiënt. Ook bij verwijzing naar de GR moet een bepaalde hoeveelheid prikkels of behandeling per dag aangekund worden, ook al ligt het tempo wellicht lager dan in de MSR. Zeker potentiële sensorische overprikkeling door de lichtheid van de virtuele objecten, in combinatie met de interactieve opdrachten met wat tijdsdruk, lijken bij patiënten opgenomen op de stroke unit nog wat te veel van het goede te zijn.

Een kanttekening die geplaatst moet worden, is dat dit een kortdurende pilotstudie was waarbij maar een klein aantal patiënten in aanmerking kon komen voor deelname aan de studie. Daarbij lag de focus nu op visuospatiële neglect, wat vaak al een wat complexere populatie is. Een grotere studie met meer patiënten, wellicht juist patiënten zonder neglect en misschien gericht op verschillende MR Serious Games (zowel AR als VR) met verschillende levels (van heel simpel tot eventueel iets complexer) zou zeker meer inzicht kunnen geven in de mogelijk bredere toepassingen van deze technologie op de stroke unit. Daarnaast is deze pilotstudie slechts uitgevoerd in één ziekenhuis, namelijk in UMC Utrecht, waardoor generalisatie naar andere ziekenhuizen niet zomaar gedaan kan worden. De populatie op de stroke unit in UMC Utrecht is zeker wel een representatieve afspiegeling van mensen in de subacute fase na beroerte, nog ernstig aangedaan en bij wie intensievere zorg van een ziekenhuissetting nodig is. Het zou kunnen zijn dat mensen met minder complexe beelden, minder ernstige beroerte, minder comorbiditeit wel in staat zijn om deze technologie te gebruiken in de subacute fase na beroerte. Vervolgonderzoek zou dit kunnen nagaan.

Onze voorzichtige conclusie met betrekking tot dit onderzoek is dat trainen met MR voor patiënten met neglect in een acute fase niet haalbaar zou zijn, in tegenstelling tot resultaten van studies bij patiënten tijdens klinische revalidatie.

Over de auteurs

Tjamke Strikwerda is werkzaam als ergotherapeut bij de afdeling Revalidatiegeneeskunde, Fysiotherapiewetenschap en Sportgeneeskunde in UMC Utrecht.

Eileen Bousché is promovendus bij het SMARTneurolab aan Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Experimentele Psychologie.

Hanne Huygelier is postdoctoraal onderzoeker bij het Neuropsychologielab Leuven, aan de KU Leuven en tevens geaffilieerd aan het SMARTneurolab aan de Universiteit Utrecht.

Anne Visser-Meily is hoogleraar Revalidatiegeneeskunde bij de afdeling Revalidatiegeneeskunde, Fysiotherapiewetenschap en Sportgeneeskunde in UMC Utrecht.

Tanja Nijboer is PI van het SMARTneurolab en aangesteld als Universitair Hoofddocent aan Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Experimentele Psychologie.

Referenties

1. Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg" [Internet]. Rijksoverheid.nl. 2022 [cited 2024 Jan 17]. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
2. Parsons TD. Neuropsychological assessment using virtual environments: Enhanced assessment technology for improved ecological validity. In: Studies in computational intelligence [Internet]. 2011. p. 271–89. Beschikbaar op: https://doi.org/10.1007/978-3-642-17824-5_13
3. Parsey C, Schmitter-Edgecombe M. Applications of Technology in Neuropsychological assessment. Clinical Neuropsychologist [Internet]. 1 november 2013;27(8):1328–61. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.834971>
4. Schultheis MT, Himelstein J, Rizzo A. Virtual reality and neuropsychology. Journal of Head Trauma Rehabilitation [Internet]. 1 oktober 2002;17(5):378–94. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1097/00001199-200210000-00002>
5. Neğüt A, Matu SA, Sava FA, David D. Virtual Reality Measures in Neuropsychological Assessment: A Meta-analytic review. The Clinical Neuropsychologist [Internet]. 17 februari 2016;30(2):165–84. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1144793>
6. Rizzo, A. A., Buckwalter, J. G., Bowerly, T., Van Rooyen, A., McGee, J. S., Van der Zaag, C., Neumann U, Thiebaut M, Kim L, Chua, C. Virtual reality applications for the assessment and rehabilitation of attention and visuospatial cognitive processes: an update. In Proceedings of the third international conference on acquired brain injury, virtual reality and associated technologies, Alghero, Italy (pp. 197-207). [Internet] 2000, Beschikbaar op: https://www.researchgate.net/profile/J-Buckwalter/publication/228600193_Virtual_reality_applications_for_the_assessment_and_rehabilitation_of_attention_and_visuospatial_cognitive_processes_an_update/links/0912f50eef506bdf15000000/Virtual-reality-applications-for-the-assessment-and-rehabilitation-of-attention-and-visuospatial-cognitive-processes-an-update.pdf
7. Figeys M, Koubasi F, Hwang D, Hunder A, Miguel-Cruz A, Rincón AR. Challenges and Promises of mixed-reality Interventions in Acquired Brain Injury Rehabilitation: A scoping review. International Journal of Medical Informatics [Internet]. 1 november 2023;179:105235. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105235>
8. Bousché E., Bakker, M.D.J., Holstege, M.S., Huygelier, H. Nijboer, T.C.W., Knowledge Broker Neglect Study Group (in druk). *Virtual and Augmented Reality Gamification of Visuospatial Neglect Treatment: Therapists' User Experience*. 2023
9. Huygelier H, Gillebert CR, Van Ee R, Vanden Abeele V. The Design of a Virtual Reality Game for Stroke-Induced Attention Deficits. Extended Abstracts Publication of the Annual Symposium on Computer-Human Interaction in Play [Internet]. 15 oktober 2017; Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1145/3130859.3131308>
10. Bakker MDJ, Boonstra N, Nijboer TCW, Holstege MS, Achterberg WP, Chavannes NH. The design choices for the development of an augmented reality game for people with visuospatial neglect. Clinical eHealth [Internet]. 1 januari 2020;3:82–8. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2020.11.003>
11. Caroline van Heugten Dirk Bertens Joke Spikman (redactie) [Internet]. Kennisnetwerkcva.nl. [cited 2024 Jan 17]. Beschikbaar op: <https://www.kennisnetwerkcva.nl/wp-content/uploads/2018/08/Richtlijn-Neuropsychologische-Revalidatie-2017.pdf>
12. Bosma MS, Nijboer TCW, Caljouw MAA, Achterberg WP. Impact of visuospatial neglect post-stroke on daily activities, participation and informal caregiver burden: a Systematic review. Annals of physical and rehabilitation medicine [Internet]. 1 juli 2020;63(4):344–58. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.05.006>
13. Bosma MS, Caljouw MAA, Achterberg WP, Nijboer TCW. Prevalence, Severity and Impact of visuospatial Neglect in Geriatric Stroke Rehabilitation, a Cross-Sectional Study. Journal of the American Medical Directors Association [Internet]. 1 augustus 2023; Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.06.038>
14. Embrechts E, Van Der Waal C, Anseeuw D, Van Buijnderen J, Leroij A, Lafosse C, e.a. Association between spatial Neglect and Impaired Verticality Perception after Stroke: A Systematic review. Annals of physical and rehabilitation medicine [Internet]. 1 april 2023;66(3):101700. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2022.101700>
15. Embrechts E, Van Crielinge T, Schröder J, Nijboer TCW, Lafosse C, Truijen S, e.a. The Association between visuospatial Neglect and Balance and Mobility Post-stroke Onset: A Systematic review. Annals of physical and rehabilitation medicine [Internet]. 1 juli 2021;64(4):101449. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.10.003>
16. Nijboer TCW, Winters C, Kollen BJ, Kwakkel G. Impact of clinical severity of stroke on the severity and recovery of visuospatial neglect. PLOS ONE [Internet]. 2 juli 2018;13(7):e0198755. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198755>
17. Nijboer TCW, Kollen BJ, Kwakkel G. The impact of recovery of Visuo-Spatial neglect on motor recovery of the upper paretic limb after stroke. PLOS ONE [Internet]. 20 juni 2014;9(6):e100584. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100584>
18. Nijboer TCW, Van De Port I, Schepers VPM, Post MWM, Visser-Meily A. Predicting functional outcome after stroke: The influence of neglect on basic activities in daily living. Frontiers in Human Neuroscience [Internet]. 1 januari 2013;7. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00182>

Vrijheid en gewoon wonen met een fysieke beperking? Fokus maakt het mogelijk!



Fokus verleent assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dat doen we in een aangepaste woning die u huurt van de woningcorporatie. De assistentie verlenen we wanneer u dat wilt, op uw afroep en aanwijzing. Op die manier kunt u in alle vrijheid leven zoals u wilt.

'Net als ieder ander van mijn leeftijd was ik toe aan een eigen plekje waar ik zelfstandig kan wonen en zelf kan bepalen wat ik doe. In een Fokuswoning heb ik zelf de regie in handen en kan ik hulp inschakelen op de momenten dat ik dat wil. Dat geeft een veilig en vrij gevoel.'

Tineke, Fokuscliënt

Er zijn bijna 100 Fokus-projecten in meer dan 60 plaatsen in Nederland. Er is dus altijd een Fokus-project bij u in de buurt.

T (050) 521 7272

E servicepunt@fokuswonen.nl

Kijk voor meer informatie op www.fokuswonen.nl

www.fokuswonen.nl



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Evidence Based Practice in Health Care MSc/Drs

**TWEEJARIGE UNIVERSITAIRE
DEELTIJD MASTERSTUDIE
TOT KLINISCH EPIDEMIOLOOG
(MEDISCH WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEKER)**



**Geen premaster
nodig!**

START 23^e ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2024

BRIDGING HEALTH CARE AND SCIENCE

- ▶ Een eerste klas carriërestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau.
- ▶ Modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering.
- ▶ (Inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd.
- ▶ Voor verpleeg- en verloskundigen, medici, paramedici en promovendi.

CONTACT, VOORLICHTINGSDATA, INFORMATIE EN AANMELDING:
WWW.AMC.NL/MASTREBP

Plafondlift



**Surehands
tilbeugel®**



**Zelfstandig
tillen naar
toilet, bed of
rolstoel**



Tiltechniek

Uniek in zelfstandig wonen

www.tiltechniek.nl | info@tiltechniek.nl | 0416 - 65 08 67

De rol van kinderergotherapie bij de preventie van problematisch gamen

Gamen: betekenisvol of verslavend?

Tekst: Karlijn van den Eijnde

Voor de laatste module van de post hbo-opleiding kinderergotherapie schreef ergotherapeut Karlijn van den Eijnde een position paper. De module stond in het teken van ondersteunen en versterken van een kwetsbare doelgroep. Omdat zij in de eerstelijns kinderergotherapiepraktijk veel kinderen en jongeren ziet die graag gamen en ouders die het lastig vinden dit te begrenzen, werd dit het onderwerp van de position paper. Gamen beïnvloedt namelijk het dagelijks handelen van deze kinderen en jongeren. Hier ligt een kans voor kinderergotherapeuten.

Het gamen is niet alleen een activiteit, maar maakt deel uit van het handelen.

In 2021 gamet 14 procent van de jongeren intensief, dit is een verdubbeling tegenover de 7 procent in 2017. Als kinderen negatieve gevolgen ervaren van het gamen dan spreken we over problematisch gamen. Op de basisschool kampt 5,4% van de jongens met problematisch gamen en op de middelbare school 5,6% van de jongens. Ook neemt het aantal gameverslavingen toe.¹

Negatieve gevolgen

Voor jongeren met de diagnose AD(H)D of ASS wordt de kans op gamen met negatieve gevolgen groter. Deze groep heeft behoefte aan voorspelbaarheid, heeft moeite met executieve functies, geeft voorkeur aan individuele activiteiten, voelt zich eenzaam en wil ontsnappen aan de werkelijkheid. Dit zijn

factoren waardoor zij extra kwetsbaar zijn voor het overmatig gamen.² De problemen die samengaan met te veel gamen zijn sociaal isolement, stress en het opofferen van school, slaap, hobby's etc.³ Dit zijn bezigheden die vallen onder spel, werk en zelfzorg. Ze zijn essentieel voor het welzijn en de gezondheid. Het niet meer uitvoeren van deze betekenisvolle activiteiten noemen we handelingsdeprivatie.⁴

Positieve kanten

Naast de genoemde negatieve gevolgen heeft het gamen ook positieve kanten. Zo spelen veel jongeren online waarbij ze contact hebben met hun vrienden. Het is zelfs een middel om nieuwe vrienden te ontmoeten. De jongeren die ik sprak geven aan dat ze het gevoel hebben dat deze positieve kanten niet gezien worden. Terwijl er zelfs een game ontwikkeld is die de sociale vaardigheden van kinderen met autisme verbetert: SoVaTaSS. Naast de sociale contacten bevordert het gamen ook de autonomie en het omgaan met stress. Maar misschien wel het belangrijkste is dat jongeren het gamen leuk vinden. Ze vinden een juiste balans tussen uitdagingen en vaardigheden, waardoor ze in een flow terechtkomen. Die flow zorgt voor plezierige gevoelens³, kan de stemming verbeteren, ontspanning bieden en kan stress verlagen. Dit zijn positieve ervaringen en dragen bij aan gezondheid en welzijn.



Kinderergotherapie en gamen

Naast ouders maken ook zorgverleners zich zorgen om de gevolgen van gamen.³ In de kinderergotherapiepraktijk komen regelmatig jongeren met AD(H)D of ASS die veel gamen met een hulpvraag rondom de concentratie, het slapen of de belasting en belastbaarheid. Het gamen hangt dan vaak samen met deze problemen. Ouders hebben niet in de gaten dat hun kind zoveel tijd besteedt aan gamen, of ze zijn zoekend in hoe ze dit moeten begrenzen. In het advies van Van Leeuwen & Goossens (2016) wordt benoemd dat ouders en zorgprofessionals de beginnende problemen van het gamen kunnen signaleren. Zij concluderen dat ouders en zorgverleners over te weinig kennis beschikken of zich niet realiseren wat de mogelijke gevolgen zijn. Hier ligt een kans voor de kinderergotherapeut, omdat zij deze jongens vaak al in behandeling hebben. Als kinderergotherapeuten kunnen we preventief inzetten om handelingsdeprivatie door problematisch gamen te voorkomen.

Daarnaast is het gamen niet alleen een activiteit, maar maakt het deel uit van het handelen. Het analyseren van het handelen geeft inzicht in de kwaliteit van het handelen en in (positieve) bevorderende en (negatieve) belemmerende factoren. Het analyseren van het handelen is een van de meest fundamentele vaardigheden van ergotherapeuten.⁵ Vervolgens kan een kinderergotherapeut de jongeren versterken om grip te krijgen op hun situatie. Samen kunnen de belemmeringen worden weggenomen en ontstaat er empowerment.⁵

Alternatieve oplossingen

Inmiddels zijn er ook projecten voor problematisch gamen of gameverslavingen. Zo biedt onder andere de GGZ een programma om kinderen en hun omgeving te begeleiden wanneer zij gameverslaafd zijn. Zij werken echter niet preventief en vaak is het een grote stap om naar deze organisaties te gaan. Er bestaan wel preventieprogramma's, waarbij informatie wordt gegeven aan jongeren, zoals 'Helder op school'. Deze programma's worden op scholen aangeboden. Hiermee wordt een grote groep bereikt, maar het merendeel daarvan ervaart geen negatieve gevolgen van het gamen. De kosten van deze programma's wegen dan ook niet op tegen de baten.³ Een huisarts, psycholoog of een jeugdhulpverlener ziet deze doelgroep ook en is in staat om deze problematiek te signaleren.³ Maar zij zijn minder ervaren in het analyseren van het handelen en kunnen moeilijker samen met jongeren een balans vinden tussen de positieve en negatieve kanten van het gamen.

Conclusie

Kinderen op de basisschool of middelbare school met AD(H)D of ASS zijn kwetsbaarder voor problematisch gamen of een gameverslaving. Met als gevolg dat er handelingsdeprivatie ontstaat en de gezondheid en het welzijn van deze kinderen afneemt. Dat willen we voorkomen, maar op dit moment nemen deze problemen alleen nog maar toe. Daarom is het op tijd signaleren en passend reageren van belang. Een kinderergotherapeut ziet deze doelgroep in de praktijk en kan het probleem tijdig signaleren. Zij kunnen ouders voorzien van de juiste informatie door bijvoorbeeld een factsheet te ontwikkelen. Maar ook door groepsbehandelingen op te zetten om deze jongeren en hun omgeving te begeleiden. Om dit te financieren kunnen zij zich beroepen op de Jeugdwet, waarbij de focus ligt op preventie en het voorkomen van specialistische jeugdhulp.⁶

Over de auteur

Karlijn van den Eijnde is mede-praktijkeigenaar van Kinderergotherapie Hands Up in Best. Ze is in 2018 afgestudeerd als ergotherapeut aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Sindsdien is ze werkzaam in de eerstelijns kinderergotherapie. In november 2023 heeft ze haar post hbo-opleiding kinderergotherapie behaald.

Referenties

1. Nederlands Jeugdinstituut. (2022). *Cijfers over Gamers*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van <https://www.nji.nl/cijfers/gamen>
2. Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). *An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--Some Critical Remarks*. Geraadpleegd op 1 november 2023 van https://www.researchgate.net/publication/7500136_An_Occupational_Perspective_on_the_Concept_of_Participation_in_the_International_Classification_of_Functioning_Disability_and_Health--Some_Critical_Remarks
3. Van Leeuwen, L., & Goossens, F.X. (2016). *Problematisch gamen: aanbevelingen voor preventie*. Geraadpleegd op 5 oktober 2023 op <https://assets.trimbos.nl/docs/bc00129c-9a0d-4e3b-96ec-96149f90dc68.pdf>
4. Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030802260006300503>
5. Le Grange, M., Van Hartingsveldt, M., & Kinébian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie*. (5^{de} Herz. Ed). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
6. Gemeente Eindhoven. (2023). *Over regio samen voor Jeugd*. Geraadpleegd op 24 november van <https://www.regiosamenvoorjeugd.nl/over-regio-samen-voor-jeugd>

Ergo Academie



Onder de naam Ergo Academie organiseert Ergotherapie Nederland cursussen, trainingen, studiedagen, congressen en inhoudelijke evenementen voor ergotherapeuten. Hieronder vind je vier tips voor inspirerende scholingen in de komende periode.

Webinar | **Burn-out of bore-out: Herkennen en herstel**



Dit webinar besteedt aandacht aan wat een burn-out of bore-out is. Je leert hoe jij met jouw cliënt kan achterhalen van waaruit de disbalans is ontstaan. Ook leer je wat er nodig is om herstel in te zetten. Je krijgt twee bruikbare modellen (werkbladen) die jij als therapeut direct kunt toepassen in de praktijk bij een cliënt. Ze dienen als educatie van waaruit jij met jouw cliënt het traject naar herstel kan bepalen. Je leert hoe jij je cliënt kan leren bijsturen en in de toekomst klachten kan leren voorkomen.

Eén avond van 19.00 – 21.00 uur. Datum: 4 juni 2024. **Locatie:** Online. **Kosten:** Leden EN: € 90,- / niet-leden € 99,-. Kijk voor meer informatie en aanmelding op info.ergotherapie.nl/cursus/webinar-burn-out-of-bore-out-herkennen-en-herstel

Cursus | **Basiscompetenties Motiverende gespreksvoering**

In deze 2-daagse cursus staat de vraag centraal hoe je cliënten kunt coachen bij het bereiken van veranderingen in hun leven. Motiverende gespreksvoering respecteert en versterkt de eigen regie van de cliënt. Deze gewaardeerde gespreksstijl versterkt het zelfmanagement van de cliënt.

In de cursus wordt naast de theorie geoefend met het toepassen van motiverende gespreksvoering aan de hand van casuïstiek uit de ergotherapiepraktijk. Tussen de 2 cursusdagen ga je het geleerde uitproberen in de praktijk, vervolgens wordt ingegaan op deze ervaringen tijdens cursusdag 2. Kortom, een zeer praktisch ingestoken cursus.



2 dagen van 9.30 – 16.30 uur. Startdatum: 30 mei 2024. **Locatie:** Ergotherapie Nederland. **Kosten:** Leden EN: € 550,- / niet-leden € 650,-. Kijk voor meer informatie en aanmelding op info.ergotherapie.nl/cursus/training-basiscompetenties-motiverende-gespreksvoering

Basiscursus | Oncologie, de ergotherapeut als specialist



Wanneer iemand de diagnose kanker krijgt, staat de wereld op zijn kop. Alles wat ooit vanzelfsprekend was, is dat opeens niet meer. Wat is jouw rol als ergotherapeut? Hoe geef je je behandeling vorm? Deze vragen en praktische handvatten staan centraal tijdens deze 2-daagse basiscursus, die de Ergo Academie organiseert in samenwerking met Remco Blok en Marissa Meijer. In deze geüpdatete basiscursus worden de nieuwste ontwikkelingen voor de ergotherapeut besproken. Er wordt gekeken naar medische basiskennis van oncologie en hoe je die kennis in de praktijk kunt inzetten. Welke klinimetrie kun je gebruiken bij deze doelgroep? En hoe geef

je zowel individuele als groepsbehandelingen vorm? Deze 2-daagse cursus, ontwikkeld vanuit de vakgroep Ergotherapie en Oncologie, levert maar liefst 24 accreditatiepunten op.

2 dagen van 9.00 – 17.00 uur. Startdatum: 7 juni 2024. **Locatie:** Ergotherapie Nederland. **Kosten:** Leden EN: € 705,- / niet-leden: € 835,-. Kijk voor meer informatie en aanmelding op info.ergotherapie.nl/cursus/cursus-ergotherapie-en-oncologische-problematiek

Nieuw! Webinar | Fijne motoriek en schrijven in de praktijk

Een interessant webinar voor met name startende ergotherapeuten die op school werken. Hoe kun je de fijnmotorische ontwikkeling en het voorbereidend schrijven bij kinderen van 4 tot 8 jaar stimuleren? Je krijgt een theoretische onderbouwing, praktische tips en inspiratie over hoe je het beperkte aantal behandelingen het meest efficiënt kunt inzetten. Wat heb je nodig om te leren schrijven in groep 3? Hoe bevorder je de samenwerking met de leerkracht? Ook maak je kennis met De Schrijf ladder, de online lesmethode voor reguliere en speciale basisscholen. Boordevol tips voor de ergotherapiebehandeling.



Binnen de ergotherapie is steeds meer aandacht voor het voorkomen van problemen binnen het handelen en wordt de omgeving actiever ingeschakeld. Empowerment van de leerkracht is van groot belang voor het behalen van de therapiedoelen. Hoe kan de ergotherapeut een duidelijke plek verwerven binnen de school? En daarnaast: hoe ontwikkel je samen met school een goede zorgstructuur zodat meer kinderen kunnen profiteren?

Eén middag van 15.00 – 17.00 uur. Locatie: Online. **Kosten:** Leden EN: € 60,- / niet-leden € 90,-. Kijk voor meer informatie en aanmelding op info.ergotherapie.nl/cursus/webinar-fijne-motoriek-en-voorbereidend-schrijven-in-de-praktijk



Alle trainingen, cursussen en evenementen van de Ergo Academie zijn geaccrediteerd bij het Kwaliteitsregister Paramedici. ➡

Bekijk de volledige online cursusagenda op:



Cursusagenda 2024



In deze agenda staat de eerstkomende startdatum van een cursus, webinar of workshop. Bekijk ons complete scholingsaanbod via onze website: www.info.ergotherapie.nl/scholingen of scan de QR-code.

	Eerstkomende startdatum	Scholing
Mei 2024	6 mei	Cursus Ergotherapie en burn-out behandeling
	14 mei	Cursus Directe Toegang Ergotherapie (DTE)
	15 mei	Cursus Het belang van een goede fysieke leefomgeving in de ouderenzorg
	15 mei	Cursus Arbeidsbegeleiding binnen een Multidisciplinaire setting *Nieuw*
	16 mei	Scholing Doe meer met geheugen bij NAH
	17 mei	Cursus Ergotherapeutische leefstijlinterventies
	21 mei	Vrouwengezondheid: hormonen en klachten
	30 mei	Cursus Basiscompetenties Motiverende gespreksvoering
	31 mei	Belasting/belastbaarheid - een nieuwe blik
Juni 2024	3 juni	Cursus Advanced handspalken, mobiliseren, redresseren en faciliteren
	4 juni	Webinar Burn-out of bore-out: Herkennen en herstel
	7 juni	Cursus Oncologie, de ergotherapeut als specialist
	12 juni	Webinar Fijne motoriek en voorbereidend schrijven in de praktijk
September 2024	3 sept	Webinar Overprikkelingsklachten bij overbelasting en hooggevoeligheid
	4 sept	Webinar Ergotherapie op school in relatie tot handschriftonderwijs *Nieuw*
	5 sept	Cursus Cognitieve revalidatie voor ergotherapeuten
	10 sept	Balansworkshop: preventief aandacht schenken aan eigen balans *Nieuw*
	16 sept	Webinar De kracht van meten in de ergotherapiepraktijk
	17 sept	Cursus Directe Toegang Ergotherapie - (DTE)
	17 sept	Cursus Cognitieve revalidatie voor ergotherapeuten
	19 sept	Cursus Doe meer met energie bij NAH
	23 sept	Cursus Ergotherapie en burn-out behandeling
	26 sept	Cursus SOS - Ergotherapie bij klachten van de bovenste extremiteit
	27 sept	Training Mini Activiteiten Aanpak: een boost voor veerkracht
	30 sept	Webinar basiskennis Auditieve beperkingen
Oktober 2024	1 okt	Cursus Weer aan het werk
	2 okt	Training Cognitieve evaluatie bij scootmobiel rijden
	3 okt	Cursus Progressie bereiken vanuit de sterke kanten van je cliënt
	7 okt	Basisopleiding ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
	8 okt	Cursus Vrouwengezondheid: hormonen en klachten
	9 okt	Workshop Anatomy Glove
	9 okt	Cursus DTE voor gevorderden
	10 okt	Cursus SlaapSlim
	10 okt	Vergroot je coachvaardigheden met NLP
	15 okt	Cursus Parkinson: handvatten voor een ergotherapeut
	16 okt	Cursus Wet Poortwachter/ Wet Werk en Inkomen *Nieuw*
	16 okt	Workshop Allen Cognitive Level Screen (ACLS)

De Ergo Academie is onderdeel van Ergotherapie Nederland en organiseert bij- en nascholing voor ergotherapeuten. Leden van Ergotherapie Nederland en Ergotherapie Vlaanderen krijgen korting op de scholingsactiviteiten.

VERBANDSCHOEN MET HIELBESCHERMING



- LEGT DE HIEL, MALLEOLUS EN DE ACHILLESPEES VOLLEDIG VRIJ
- HELPT SPITSVOET TE VOORKOMEN
- OP INDICATIE VERGOEDING IN UW THUISSITUATIE MOGELIJK
- CONTRACTEN MET ZORGVERZEKERAARS



REBACARE®
Sasker van Heringawei 12
9034 GD Marsum

info@rebacare.nl
www.rebacare.nl
Bel: 058 785 2013