

Ergotherapeutische consentstandaard

Advisering fiets en fietsaanpassingen



Junioradviseurs: Leontine Bos, Dorien van Stuyvenberg,
Margriet Timmermans en Geeske Verdaasdonk

Senioradviseur: Anneco van der Toorn
Hogeschool van Amsterdam, Instituut Ergotherapie

Opdrachtgever: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
Marie-José Driessen, contactpersoon

Datum: November 2002

Ergotherapeutische consentstandaard Advisering fiets en fietsaanpassingen

Junioradviseurs: Leontine Bos, Dorien van Stuyvenberg,
Margriet Timmermans en Geeske Verdaasdonk

Senioradviseur: Anneco van der Toorn
Hogeschool van Amsterdam, Instituut Ergotherapie

Opdrachtgever: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
Marie-José Driessen, contactpersoon

Foto op het voorblad: BALLOON BIKES IN THE SKY, Juhu Beach, Bombay, India.

© **Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, Utrecht (november 2002)**

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, Utrecht.

Trefwoorden: fiets, fietsaanpassingen, standaard, consentstandaard, ICF.

Inhoud

1.	Achtergrondinformatie	4
1.1	Inleiding	4
1.2	Wat is een consentstandaard	4
1.3	Indeling van deze standaard	4
1.4	Doelgroep en afbakening	4
1.5	Het gebruik van ICF	4
1.6	Ergotherapeutisch perspectief	5
	Aanvraag van een fiets of fietsaanpassing	6
2.	Handleiding bij het invullen van de consentstandaard fiets en fietsaanpassingen	12
2.1	Aanmelding / aanvraag	12
2.2	Hulpvraaganalyse	12
2.3	Toetsing indicatiecriteria wet- en regelgeving	14
2.4	Selectieproces	15
	Literatuur en bronvermelding	16
Bijlage 1	Spastische parese	18
Bijlage 2	Motiveringen/motivatatie en behoeften van kinderen met een spastische parese om te fietsen, in het kader van de handelingsgebieden	20
Bijlage 3	Symptomen van spastische parese in relatie tot fiets en fietsaanpassingen volgens ICF- classificatie	22
Bijlage 4	Technische oplossingen en websites / adressen	31
Bijlage 5	Wet- en regelgeving	37

1. Achtergrondinformatie

1.1 INLEIDING

Deze standaard is tot stand gekomen nadat uit de praktijk signalen kwamen dat er behoefte was aan informatie met betrekking tot fiets en fietsaanpassingen en richtlijnen voor het adviseren hiervan. In de afgelopen jaren is er een snelle ontwikkeling geweest op dit gebied. Het ligt in de verwachting dat er nog meer ontwikkelingen plaats gaan vinden, voor kinderen met bijvoorbeeld een spastische parese. Met de huidige ontwikkelingen (op het gebied van fiets en fietsaanpassingen) is het voor deze doelgroep steeds beter mogelijk hun participatie te vergroten in de samenleving. Vanwege de behoefte in het werkveld om de ontwikkelingen steeds in de standaard te kunnen verwerken, is er gekozen om een consentstandaard te maken.

1.2 WAT IS EEN CONSENTSTANDAARD

Onder "consentstandaard" wordt verstaan: Een met behulp van experts opgestelde standaard, waar door mensen uit de praktijk op gereageerd kan worden middels een daarvoor gecreëerde mogelijkheid. Nieuwe of aanvullende informatie betreffende deze standaard maken dat de standaard up-to-date blijft en steeds kan blijven groeien.

De standaard komt op de website van de NVE beschikbaar en een werkgroep zal er voor zorgen dat alle toegezonden informatie verwerkt wordt en waar mogelijk toegevoegd aan de standaard.

Deze standaard is bedoeld als richtlijn voor ergotherapeuten-behandelaars in revalidatiecentra, eerste lijn, intramurale woonvoorzieningen en scholen die te maken hebben met bovenstaande doelgroep. Tevens is de standaard bedoeld voor WVG adviseurs.

De standaard geeft richtlijnen om kwalitatief betere adviezen te kunnen geven op het gebied van typen fietsen en fietsaanpassingen voor kinderen.

Aan de standaard zijn enkele bijlagen gekoppeld die de theorie op een aantal gebieden verhelderen. Omdat de standaard steeds aangevuld kan worden met nieuwe en recente informatie blijft de kwaliteit ervan zoveel mogelijk gewaarborgd.

1.3 INDELING VAN DEZE STANDAARD

Na analyse van de mogelijkheden en beperkingen die het kind tegenkomt op het gebied van fietsen, worden oplossingen aangedragen voor mogelijkheden die er zijn bij fiets en fietsaanpassingen. De oplossingen worden in de consentstandaard kort genoemd. Hiernaast wordt verwezen naar bijlagen en websites waarin meer achtergrond informatie te vinden is.

1.4 DOELGROEP EN AFBAKENING

Zie ook bijlage 1 en 2

De standaard is bedoeld voor kinderen van 4-16 jaar, met een spastische parese.

In deze standaard wordt (nog) geen rekening gehouden met de gevolgen van cognitieve en andere bijkomende beperkingen, zoals bijvoorbeeld visusproblemen, hyposensibiliteit en dergelijke.

In deze eerste vorm van de standaard worden door de voet aangedreven fietsen (middels pedaal) waarop kinderen individueel fietsen, alsmede aanpassingen voor deze fietsen bekeken.

De kinderen waar deze standaard voor gemaakt is, vallen volgens de wet onder de WvG of AWBZ.

1.5 HET GEBRUIK VAN ICF

(Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren) Zie ook bijlage 3

In de consentstandaard wordt gebruik gemaakt van ICF terminologie. De belangrijkste reden hiervoor is dat de participatieproblemen en externe factoren meer belicht worden dan in de terminologie die gebruikt wordt bij ICIDH-2.

De vraag en behoefte van het kind op het gebied van fiets en fietsaanpassingen zal door gebruikmaking van deze terminologie duidelijker naar voren komen.

Het advies wordt hierdoor meer cliëntgericht en vraaggestuurd.

1.6 ERGOTHERAPEUTISCH PERSPECTIEF

De vraagstelling wordt vanuit ergotherapeutisch perspectief benaderd. Dit betekent dat er gestart wordt bij de vraagstelling van het kind op het gebied van beperking in (fiets)activiteit en niet vanuit het hulpmiddel.

Na analyse van het probleem worden een aantal mogelijke oplossingen gegeven die gebruikt kunnen worden bij het geven van een ergotherapeutisch advies.

Dit is ook een van de uitgangspunten van het ministerie van VWS die in een nota beschrijft dat oplossingen vraaggestuurd moeten worden en niet aanbodgestuurd. (www.hethic.nl)

AANVRAAG VAN EEN FIETS OF FIETSAANPASSING

Adviesrapportage opgesteld door:

Naam ergotherapeut:
 Bereikbaar op:
 Telefoonnummer:
 Faxnummer:
 E-mail adres:
 Datum aanvraag:

Gegevens aanvrager

Naam:	Geboortedatum:
Adres:	Zorgverzekeraar
Postcode:	Verzekeringsnummer:
Woonplaats:	Contactpersoon:
Telefoonnummer:	

Hulpvraag van de aanvrager

--

Hulpvraaganalyse

Onderzoeksactiviteiten	
☐ Gesprek met cliënt ☐ Gesprek met cliëntsysteem ☐ Dossierstudie ☐ Overleg overige disciplines ☐ Functioneel onderzoek	☐ Huisbezoek ☐ Schoolbezoek ☐ Selectie en passing ☐ Fiets uitproberen ☐ Anders, namelijk.
Toelichting:	

Aandoening/ziektebeeld	
Medische diagnose volgens bijgevoegde medische machtiging van de huisarts /specialist.	
Aard van de aandoening is: Neurologisch ☐ Hemiplegie ☐ Diplegie ☐ Quadri(tetra)plegie	Gevolgen van de aandoening ☐ Laag uithoudingsvermogen ☐ Orthopedische afwijking ☐ Pijn ☐ Anders, namelijk.
Toelichting:	

Stoornissen en veranderingen in functies									
++ = sterk verhoogd	+ = verhoogd		N = normaal		- = verminderd		-- = sterk verminderd		
	schouders	armen	handen	romp	bekken	heupen	knieën	voeten	omschrijving
1. Mobiliteit gewrichten									
2. Stabiliteit gewrichten									
3. Spierkracht en bewegingscoördinatie									
4. Spiertonus									
5. Spieruithoudingsvermogen									
Toelichting:									

Beperkingen in Activiteiten en Participatieproblemen							
1 = normaal 2 = onafhankelijk 3 = moeizaam/pijnlijk				4 = met gebruik van hulpmiddelen/aanpassingen 5 = met steun van derden 6 = onmogelijk			
Vaardigheden	1	2	3	4	5	6	Opmerkingen
1. Opstappen/afstappen							
2. Handhaven zithouding en evenwicht bewaren op de fiets							
3. Trapbeweging inzetten / afmaken / handhaven onderste extremiteiten							
4. Inschakelen bovenste extremiteiten							
5. Verplaatsen tussen verschillende locaties							Maximale afstandmeter Maximale tijd minuten
Toelichting bij beperkingen in activiteiten en participatieproblemen.							

Externe factoren: Individueel en sociaal

Woonomgeving ☐ Wonend in instelling ☐ Thuiswonend	Schoolomgeving ☐ Regulier basisonderwijs ☐ Speciaal onderwijs
Toelichting bij woonomgeving	Toelichting bij de schoolomgeving

Trajecten	Toelichting Ondersteunende factoren	Toelichting Belemmerende factoren
☐ Huis ↔ school		
☐ Huis ↔ buurthuis/ sport/club		
☐ In en om instelling		
☐ In en om school		
☐ Spelenderwijs fietsen		
☐ Fietstochten bijv. gezin		

Persoonlijke factoren*(Hier toelichten, zie handleiding)***Toetsing indicatiecriteria****AWBZ**

- ☐
- Cliënt heeft lichamelijke beperkingen waardoor hij/zij niet, zonder uitzonderlijk persoonsgebonden aanpassingen, op een fiets van de instelling kan fietsen.

Wvg *(Dit is per gemeente verschillend)*

- ☐
-

Selectieproces

Programma van eisen	
Keuze voor type fiets	
Type fiets: ☐ Tweewieler ☐ Tweewieler met zijwielen, <i>niet verend / verend</i> ☐ Driewieler met 2 wielen voor ☐ Driewieler met 2 wielen achter ☐ Zit / ligfiets Speciale eisen aan het frame? ☐ Nee ☐ Ja → <i>Keuze in rechter kolom aankruisen.</i>	☐ Fiets opvouwbaar ☐ Verlaagd frame ☐ Verlengd frame
Keuze voor onderdeel / aanpassing	Voor welke oplossing wordt gekozen <i>Indien in de linker kolom Ja aangekruist: in de rechter kolom één of meerdere keuzes aankruisen. Indien er (cursief gedrukt) alternatieven genoemd worden: doorhalen wat niet gewenst is.</i>
Aangepaste instap nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Plateautje op het frame ☐ Extra buis evenwijdig aan het frame ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Rompondersteuning nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Bekkensteun <i>enkel / dubbel, zonder / met fixatieband</i> ☐ Schoudersteun <i>zonder / met fixatiebanden</i> ☐ Zitbroek ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Type aandrijving: ☐ Doortrapper ☐ Freewheel (niet doortrapper) ☐ Achteruitrijautomaat (achteruit doortrapper, vooruit freewheel) Aanpassing aandrijving nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Licht verzet ☐ Versnellingen <i>aantal: 4 / 7</i> <i>Bediening: draaien / duim-wijsvinger / elektr.</i> ☐ Trapondersteuning ☐ Relatief <i>lange / korte</i> crank ☐ Crankverkorters (indien voor tijdelijk gebruik) ☐ Excentrische crank <i>rechts / links</i> ☐ Aandrijven middels skibeweging ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Aanpassing pedalen nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Hele voet ondersteunen (lang pedaal) ☐ Bekrachten pedaal met midden van de voet ☐ Pedaal met contragewicht ☐ Balanspedaal ☐ Toeclips <i>half / heel</i> ☐ Voetenbakjes <i>zonder / met fixatieriempjes</i> ☐ Halve beugel over de wreef ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Anti-spitsvoet systeem nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Anti-spitsvoetsteun: mediale onderbeensteun ☐ Katrol + touw systeem (met voetenbakjes) ☐ Dubbele trapas (dwingt pedaal in juiste stand) ☐ <i>Anders, namelijk,.....</i>
Beenabductie systeem nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Meebewegend ☐ Niet meebewegend: kunststof plaat in frame ☐ Niet meebewegend: kunststof kuip (ligfiets) ☐ <i>Anders, namelijk</i>
Aanpassing zadel(pen) nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Extra breed zadel ☐ Banaanzadel ☐ Kuipstoel i.p.v. zadel ☐ Hoog-laag zadelpen ☐ Zadel wegdraaibaar ☐ T-zadelpen ☐ Afstelling zadel relatief <i>laag / hoog</i> ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>

Aanpassing stuur nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Stuur richting zadel kantelen ☐ Stuur in 2 delen, apart instelbaar ☐ Stuur met "N.S.U.-bocht" ☐ Stuurdelen met buis verbinden ☐ Hemi-stuur (vierkant, doorlopend) <i>niet / wel opklapbaar</i> ☐ "Bar ends" ☐ Stuurbegrenzer ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Aanpassing handvat nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Anatomisch handvat ☐ Handvat van <i>zacht</i> / <i>hard</i> materiaal ☐ Vorm handvat aan greep aanpassen ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Hand / armfixatie nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Handspalk met bandage aan handvat ☐ Onderarmsteun met scharnierende kogelkop ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Type remsysteem: ☐ Handrem ☐ Terugtraprem Aanpassing rembediening nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Klein type remhendel ☐ Remhendel instelbaar ☐ Licht bedienbare rem ☐ Remhendel boven op het stuur monteren ☐ Drukrem (op het stuur drukken = remmen) ☐ Doorlopende remhendel bovenop doorlopend stuur ☐ Dubbele remhendel (bedient beide remmen) ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Parkeerrem nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Type excentrische hefboom ☐ Type duimvergrendelaar ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>
Nog toebehoren nodig? ☐ Nee ☐ Ja →	☐ Verlichting ☐ Duwstang ☐ Slot ☐ Spiegel <i>links</i> / <i>rechts</i> ☐ Bagagedrager ☐ Mandje ☐ Bel ☐ <i>Anders, namelijk.....</i>

Toelichting bij selectieproces

Advies

(voor het schrijven van het advies, lees toelichting en voorbeeldzin)

Passing uitgevoerd: ja / nee

Tussenpassing uitgevoerd: ja / nee

- ☐ Ik verzoek u de bovenstaande fiets in bruikleen te verstrekken.
- ☐ Ik verzoek u de bovenstaande individuele aanpassingen aan de fiets te verstrekken.

Met vriendelijke groet,

Ergotherapeut:

Cliënt:

C.c.: Cliënt / ouders, verzorgers
Behandelend huisarts/specialist
Ergotherapeutisch dossier

Bijlagen: Medische machtiging van behandelend arts
Offerte ja /nee

1. Handleiding bij het invullen van de consentstandaard fiets en fietsaanpassingen

2.1 AANMELDING/AANVRAAG

- Gegevens behandelaar

Gegevens aanvrager

- Gegevens invullen voor wie de aanvraag is bestemd
 - Personalia
 - Contactpersoon

Hulpvraag van de aanvrager

- Het formuleren van de hulpvraag vanuit het ergotherapeutisch perspectief, vraaggestuurd, cliëntgericht in relatie tot ICF-classificatie. Daarmee worden functieproblemen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen, externe en persoonlijke factoren globaal in kaart gebracht.
- Hulpvraag wordt vastgelegd op de manier zoals de cliënt en het cliëntsysteem deze hebben geformuleerd.

Voorbeeld: Een kind van 9 jaar met een spastische diplegie: "Ik wil graag met mijn klasgenootjes naar school fietsen, dan krijg ik meer vriendjes om mee te spelen. Is er een fiets waarbij mijn voeten goed op de trappers blijven staan?"

2.2 HULPVRAAGANALYSE

Onderzoeksactiviteiten

De hulpvraag wordt integraal benaderd. Dat wil zeggen dat het hele zorgsysteem rondom het kind wordt betrokken bij de inventarisatie van de problematiek.

Relevante onderzoeksactiviteiten aankruisen:

- Gesprek met de cliënt, gegevens verzamelen m.b.v. ergotherapeutische inhoudsmodellen zoals CMOP, MOHO, Reed & Sanderson. De gebieden persoon, omgeving en handelen (zelfredzaamheid productiviteit en ontspanning) zijn hier belangrijk.
- Gesprek met cliëntsysteem:
 - Ouders en/of verzorgers
 - Leerkrachten/begeleiders
- Dossierstudie: indien een dossier aanwezig is, kan dit worden gelezen om gegevens te verzamelen.
- Overleg met andere disciplines omtrent de mogelijkheden en/of noodzaak tot het fietsen.
- Functioneel onderzoek in relatie tot het fietsen.
- Huisbezoek, gegevens omtrent woonomgeving verzamelen.
- Bezoek aan school, gegevens omtrent schoolsituatie en omgeving verzamelen.
- Nagaan welke andere voorzieningen de cliënt heeft.
- Vaststellen waar de fiets gebruikt zal worden: thuis, op school of in de AWBZ gefinancierde instelling.
- Bepalen of de aanvraag onder de Wvg of de AWBZ verstrekking valt.
- Formuleren van pakket van eisen. Hierna selectie en passing fiets.
- Fiets is op zicht uitgetoetst.
- Anders, namelijk.....(indien andere onderzoeksactiviteiten zijn uitgevoerd, kan dat hier beschreven worden).

Aandoening/ziektebeeld

Zie ook bijlage 2

Een ergotherapeut mag geen medische diagnose vermelden.

Er wordt in de adviesrapportage verwezen naar de door de arts afgegeven diagnose, waarin de aard en het verloop van de aandoening beschreven wordt.

- Aard van de aandoening is neurologisch, en kan onderverdeeld worden in diplegie, hemiplegie of quadri (tetra)plegie.
- Bijkomende gevolgen(symptomen) kunnen zijn, laag uithoudingsvermogen, orthopedische afwijkingen, pijn en mogelijke andere symptomen.

Functioneren en functioneringsproblemen
Zie ook bijlage 3

Stoornissen en veranderingen in functies worden onderverdeeld in:

- Mobiliteit van de gewrichten
- Stabiliteit van de gewrichten
- Spierkracht en bewegingscoördinatie
- Spiertonus
- Spieruithoudingsvermogen

De mate van de verschillende functies kunnen met een +, ++, N, - en - - worden aangeduid bij de verschillende extremiteiten en gewrichten die bij het fietsen worden gebruikt.

Hierbij staat de + voor verhoogd, ++ voor sterk verhoogd, de N voor normaal, de - voor verminderd, en - - voor sterk verminderd.

In de toelichting van het schema kan gebruik worden gemaakt van criteria om een stoornis te beschrijven, zoals: verlies of gebrek, afname, extra of overmaat, afwijking als gevolg van bijvoorbeeld contracturen, kramp, been of armlengteverschil en dergelijke.

Beperkingen in activiteiten en participatieproblemen

In de eerste kolom staan de vereiste vaardigheden voor het fietsen vermeldt. Dit zijn:

- Opstappen/afstappen
- Handhaven van de zithouding en evenwicht op de fiets
- Trapbeweging, inzetten, beëindigen en voortzetten
- Inschakelen van de bovenste extremiteiten
- Verplaatsen naar verschillende locaties

Vervolgens kan aangekruist worden of de vaardigheden mogelijk zijn:

1. Normaal
2. Onafhankelijk
3. Moeizaam/pijnlijk
4. Met gebruik van hulpmiddelen/aanpassingen
5. Met steun van derden
6. Onmogelijk

Deze legenda staat boven de tabel.

Per vaardigheid kunnen meerdere kruisjes worden ingevuld. Het kan namelijk voorkomen dat een kind in staat is om zelfstandig, met gebruik van hulpmiddelen, op zijn fiets kan stappen. Tevens kost het hem zoveel energie dat hij snel vermoeid raakt.

Externe en persoonlijke factoren
(Zie ook bijlage 3)

Externe factoren

In dit schema worden verschillende items van externe factoren aangegeven:

- Woonomgeving
- Schoolomgeving
- Verschillende trajecten die voor het kind van toepassing kunnen zijn

De trajecten kunnen worden aangekruist waarna in de toelichting de ondersteunende en belemmerende factoren beschreven kunnen worden.

Voorbeelden:

-Een hellend vlak zoals een brug of een ongelijke ondergrond zoals een bosgrond kunnen belemmerende factoren zijn om goed te kunnen fietsen. Daartegenover is een vlakke en verharde weg een ondersteunende factor. Het kind ondervindt hier minimale weerstand (wat betreft zijn fysieke omgeving) tijdens het fietsen.

-Een smalle stoep (belemmerende, externe factor) waarvoor de driewieler te breed is, maakt dat het kind niet zelfstandig naar school kan fietsen (zelfredzaamheid).

-Een externe belemmerende factor kan zijn een negatieve attitude van leeftijdsgenootjes ten opzichte van een kind dat zich in een rolstoel verplaatst. Hij merkt dat zijn leeftijdsgenootjes vinden dat hij niet snel genoeg vooruit komt om mee te kunnen spelen. Een ondersteunende factor hierin kan zijn dat het kind een (aangepaste) fiets krijgt zodat hij met leeftijdsgenootjes mee kan fietsen en spelen.

Persoonlijke factoren

Deze betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu. Het zijn kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand. Deze omvatten o.a. leeftijd, geslacht, persoonlijkheid, karakter, motivatie, overige aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, ervaringen uit het heden en verleden.

2.3 TOETSING INDICATIECRITERIA WET- EN REGELGEVING**Zie ook bijlage 5**

Eerst moet nagegaan worden onder welke wet de aanvraag ingediend kan worden.

De toepassing is afhankelijk van de woonsituatie van de cliënt.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Mensen met beperkingen, die in een door de AWBZ-gefinancierde zorginstelling wonen, kunnen een fiets uit het budget van de instelling krijgen. Uitzonderlijk persoonsgebonden aanpassingen kunnen door de arts van de instelling bij het Zorgkantoor worden aangevraagd.

Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

Mensen met beperkingen die thuis wonen vragen de fiets aan in de gemeente waar zij wonen bij het bureau voorzieningen gehandicapten van die gemeente.

Een bewoner van een AWBZ-gefinancierde instelling kan soms, in het kader van een vervoersvoorziening, een aangepaste fiets via de Wvg krijgen. Dit verschilt per gemeente. Hier zijn geen eenduidige regels voor.

AWBZ

Wanneer een bewoner, op grond van zijn beperkingen, uitzonderlijk persoonsgebonden aanpassingen aan een fiets nodig heeft, kan er een beroep gedaan worden op de z.g. bovenbudgettaire gelden van de AWBZ.

De toekenning voor deze aanpassingen verschilt per Zorgkantoor. Het is belangrijk, om in het regio-overleg van ergotherapeuten, te achterhalen wat de juiste motivering bij een aanvraag is.

Wvg

Bij de Wvg vallen fietsen onder vervoersvoorzieningen.

Elke gemeente vergoedt fietsen, maar bij de uitvoering verschillen de gemeenten. Zo zal de ene gemeente geen eigen bijdrage vragen en een andere gemeente weer wel.

Een goede motivering bij de aanvraag is van belang.

Een voorbeeld van criteria¹:

- Cliënt is een kind tot 16 jaar met lichamelijke beperkingen waardoor het fietsen op een reguliere fiets niet mogelijk is.
- Óf cliënt, met een verstandelijke beperking, heeft ook lichamelijke beperkingen waardoor het fietsen op een reguliere fiets niet mogelijk is.
- Óf cliënt heeft een medische indicatie voor AOV (aangepast openbaar vervoer) maar kiest ervoor om in plaats van het AOV gebruik te maken van een driewielers.

De motivering bij de aanvraag is:

- Ontwikkelen van de motoriek
- Vergroten van de zelfstandigheid

¹ Uit de verordening van een gemeente

2.4 SELECTIEPROCES

Programma van eisen

Zie ook bijlage 4

Om tot een programma van eisen te komen is het de bedoeling eerst de bijlage *technische oplossingen* te bestuderen. In deze bijlage wordt, geordend naar (fiets)activiteit, een aantal mogelijke technische oplossingen aangedragen.

Daarna kan het programma van eisen ingevuld worden. Dit gebeurt in een aankruislijst die geordend is op onderdeel / aanpassing.

Eerst wordt de keuze voor het type fiets bepaald.

Vervolgens worden diverse mogelijke onderdelen en aanpassingen genoemd:

- In de linkerkolom wordt eerst de vraag beantwoord of dit onderdeel / deze aanpassing gewenst is, eventueel welk type.
In deze kolom bij iedere vraag één antwoord aankruisen.
- Wanneer in de linkerkolom “ja” is aangekruist kan in de rechter kolom aangekruist worden welke oplossingen(en) gewenst is / zijn.
Bij sommige items worden er, cursief gedrukt, meerdere alternatieven genoemd. Hier doorhalen wat niet gewenst is.

Advies van de ergotherapeut

Het advies is de conclusie van de kopjes stoornissen en veranderingen in functies, beperkingen in activiteiten & participatieproblemen en externe factoren. In het advies moet deze informatie gerelateerd worden aan de hulpvraag van de aanvrager.

Voorbeelden:

- *Clïente heeft onvoldoende motorische mogelijkheden om een gewone fiets te berijden. Hierdoor kan zij niet zelfstandig naar school fietsen. Clïente wil echter graag zelfstandig, met leeftijdsgenoten, naar school kunnen fietsen. Zij vindt het vervelend om door ouders weggebracht te moeten worden. Om deze belemmeringen op te heffen is een driewielers met enkele aanpassingen nodig. Dit is de goedkoopst adequate oplossing.*
- *Voor de ontwikkeling van de cliënt is het belangrijk dat hij kan fietsen en met zijn vriendjes kan spelen.*

(Tussen)passing uitgevoerd

Doorhalen wat niet van toepassing is.

Als er een passing is uitgevoerd en er tot een geschikte fiets(aanpassing) is gekomen, dan kan een offerte toegevoegd worden aan de bijlage. Let hierbij op het standaardpakket van de zorgverzekeraar of gemeente.

Bijlage

Een medische machtiging van de behandelend arts moet altijd toegevoegd worden.

Mocht er na de passing gekozen zijn voor een bepaalde fiets(aanpassing), dan kan een offerte toegevoegd worden. Doorhalen wat niet van toepassing is.

Afsluiting

Naam en handtekening van de ergotherapeut. Eventueel ook functie en (nogmaals) het telefoonnummer waarop de ergotherapeut te bereiken is. De cliënt kan eventueel ook een handtekening zetten.

Literatuur en bronvermelding

Consentstandaarden

- Gesprek met een medewerker van het CBO, dd. 03-10-2002.
- Kuiper, Chr., *Paramedisch handelen*, 2000, hst 9.
- NVE standaard; *Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met trippelfunctie*, 2001.
- Telefonische informatie bij diverse beroepsverenigingen.
- www.cpg2002.de

Spastische parese

- Becher, J.G. (2000). Spasticiteit: een symptoom bij en centraal motorische parese. Classificatie en behandeling. *Keypoint november 2000*.
- Bilo, R.A.C. & Voorhoeve, dr H.W.A. *Kind in ontwikkeling*. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999.
- Bobath, B. & K. *Motorische ontwikkeling bij cerebrale verlamming*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht 1983.
- Boekel, N.ten. (1998). Invloed van sport op kinderen met een spastische parese. *Instituut fysiotherapie 1998 (sc fy 98055)*.
- Bosk magazine, *ouder worden met een cerebrale parese*, september 2002.
- Coultre, R. le. *Kinderneurologie*. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten/Zaventem 1994.
- Cranenburg, B.van. *Inleiding in de toegepaste neurowetenschappen*. De Tijdstroom, Lochem 1989
- Jong, E. de & Wolschijn, E & Thio, C & Berg, M. vd. (1993) Fietsen van spastische kinderen. *Scriptie TU Delft faculteit Industrieel Ontwerpen*.
- NVE, *Standaard ergotherapeutische diagnostiek ten behoeve van de advisering van zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie*, Amersfoort, januari 2000.
- Oosterhuis, dr H.J.G.H. *Klinische neurologie*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten 1995.
- Spiekhout, J. e.a. *Als je kind het zelf niet kan*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten 2001.
- Woude, L. van der. *Sport voor mensen met een beperking*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten 2001.
- www.spasticiteit.net
- www.health.tno.nl
- Vermeer, A. & G.J. Lankhorst. *Kinderen met cerebrale parese, motorische ontwikkeling en behandeling*. Bussum 1997.

Spastische parese en fietsen

- Bloswick, D.S., Brown, D., King, E.M., Howell, G., & Gooch, J.R., Testing and evaluation of a hip extensor tricycle for children with cerebral palsy. *Disability and rehabilitation*, 1996, vol. 18, no. 3, 130 – 136.
- Deelen, ir G. van. *Gebruik je benen*, VSN contactmagazine, augustus 2001 pag.36-37.
- Jong, E. de & Wolschijn, E & Thio, C & Berg, M. vd. (1993) Fietsen van spastische kinderen. *Scriptie TU Delft faculteit Industrieel Ontwerpen*.
- Kaplan, S.L., Cycling patterns in children with and without cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1995, 37, 620 – 630.
- Lagerberg, A., Fietsen met een spastische parese. *Versus, tijdschrift voor fysiotherapie*, 1989 nr. 6

ICF (+ ICIDH)

- Kinébanian, A., *Grondslagen van de Ergotherapie*, 1999, hst 17, hst 23, hst 24.4.9.
- Nederlands WHO-FIC collaborating Centre, concept 17-10-2001 ICF, hst 1, 3, 4, 7.
- NPI, *Nut & noodzaak van de (gereviseerde) ICIDH voor ergotherapie*, 1999.
- NVE, *Minimumeisen verslaggeving ergotherapie*, 2000, hst 4 en bijlage 5 hoofdgroepen ICIDH-2, bijlage 6 COPM-lijst.

Techniek

- Deelen, G. van der, Gebruik je benen!. *VSN Contactmagazine*, augustus 2001, 36 – 37.
- Jong, E. de & Wolschijn, E & Thio, C & Berg, M. vd. (1993) Fietsen van spastische kinderen. *Scriptie TU Delft faculteit Industrieel Ontwerpen*.
- Marijnissen, A., *Ervaringen met de Pommy*. Ongepubliceerd artikel, maart 1997. Afdeling fysiotherapie kinderrevalidatie, St. Maartenskliniek, Nijmegen.
- Alle websites, genoemd in de bijlage *Technische oplossingen*. Speciaal hiervan gebruikt: www.geocities.com/aangepastfietsen
- Expertise van diverse adaptatietechnici, werkend in een Revalidatiecentrum en lid van het Adaptatie Overleg Nederland.

Wetgeving

- Adriaansz, E.(2000) Eindschrijft Hogeschool van Rotterdam, opleiding ergotherapie www.geocities.com/aangepastfietsen/regel.htm
- *Bekostigingsstelsel (voortgezet) speciaal onderwijs*, Programma's van eisen voor het jaar 2002, Bijlage bij het besluit van de Staatsecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, PO/A-2001/ 35689 van 27 september 2001.
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), *Protocol Wvg*, maart 2002, www.cg-raad.nl
- Regionaal Patiënten Consumenten Platform (rpcp), *Verordening Wvg*, van een gemeente, juni 2002.
- *Wet voorzieningen gehandicapten*, Regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten, Wettekst en toelichting Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, Sdu Uitgeverij 's-Gravenhage, 1992.
- www.cvz.nl College voor Zorgverzekeringen.
- www.handicap.nl
- www.handywijzer.nl Aan de laatste versie aangepast, 1 juli 2002.
- www.ocenw.nl ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen.
- www.rechtspraak.nl
- www.uvw.nl Uitvoering werknemersverzekeringen.
- www.vng.nl Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).

Algemeen

- Kinébanian, A & Thomas, C. *Grondslagen van de ergotherapie*. Elsevier/ De Tijdstroom, Maarssen. 1998.
- Kuiper, C. & Heijman, A. *De ergotherapeut als adviseur*. Hoofdstuk 2+ 3. Lemma Utrecht 1999
- Informatie, hand-outs, aantekeningen uit colleges studiejaar 2000 t/m 2002 Hogeschool Amsterdam, afdeling ergotherapie.
- NVE, *Standaard Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met trippelfunctie*, Lemma Utrecht 2001.
- www.ergotherapie.nl

Bijlage 1 Spastische parese

Spasticiteit is een kenmerk van een laesie van het centrale motorische neuron en kan o.a. komen door een stoornis die gelokaliseerd is in de hersenschors.

Deze stoornis ligt meestal in het precentrale gebied van waaruit de motoriek wordt geregeld. Er is onvoldoende remming van de spinale reflexen en heeft tot gevolg dat de normale reflexen versterkt zijn. Omdat hierbij de tonusregulatie gestoord is ontstaat er een verlamming met een verhoogde tonus.

Spastische parese kan verschillende oorzaken hebben. Bij kinderen is het vaak infantiele encefalopathie (i.e.), ook wel cerebrale parese (cp.) genoemd, wat gebruikt wordt als naam voor verschillende motorische stoornissen in houding en beweging.

Er zijn verschillende typen bewegingsstoornissen te onderscheiden:

- Dyskinetische bewegingsstoornissen. Onwillekeurige bewegingen blijven bestaan in rust.
- Atactische bewegingsstoornissen. Een gebrek aan coördinatie, schokkerig bewegen.
- Spastische bewegingsstoornissen. Houdings- en bewegingsafhankelijke tonus regulatiestoornis. In rust en ontspannen toestand zijn de verschijnselen het minst of afwezig. In stand, zit, lopen en rennen kunnen de verschijnselen optreden dan wel toenemen (Becher 2000).

Aangezien wij ons beperken tot de laatste groep zullen wij de eerste twee vormen + alle bijkomende symptomen niet verder toelichten.

De spastische parese uit zich in een hoge tonus van vooral de armen en benen.

Vaak zie je bepaalde patronen optreden. In de armen een flexiepatroon, in de benen extensiepatroon. Het flexiepatroon in de armen uit zich in de volgende kenmerken: endorotatie, adductie en retractie van de schouders, flexie in de elleboog, pronatie van de onderarm en flexie in de pols, vingers en duim.

Extensiepatroon in de benen uit zich in de volgende kenmerken: adductie, endorotatie en semi-flexie van de heup, semi-flexie in de knie, plantairflexie met inversie van de voet.

Door de endorotatie en adductie van de heupen ontstaat schaarbeweging in de benen.

Niet alle spieren zijn hypertoon. Enkele spieren of spiergroepen zijn hypotoon. Antagonisten zijn vaak paretisch of normaal van tonus. De verhoogde prikkelbaarheid samen met de hypertonie en hypotonie leidt tot een verminderd vermogen om willekeurig te bewegen.

Tijdens het bewegen blijven patronen bestaan en kunnen geassocieerde bewegingen ontstaan.

Er zijn verschillende vormen waarin de spastische parese zich kan uiten.

- Monoplegie: afhankelijk van de uitgebreidheid van de laesie kan de stoornis zich beperken tot alleen de arm of alleen het been. Bijvoorbeeld met als enige uiting een zich langzaam ontwikkelende spitsvoet.
- Diplegie: Hierbij gaat het om een spastisch syndroom overwegend aan de benen. In de meeste gevallen loopt het uit tot een permanente spastische parese van de benen in extensie, vaak in combinatie met adductie en endorotatie, waardoor de schaarstand ontstaat. Jonge kinderen komen vaak niet tot een normale zithouding maar direct tot staan door de extensieneiging. Het lopen wordt meestal pas na enkele jaren bereikt.
- Hemiplegie: De spastische parese uit zich aan een zijde van het lichaam. Het lopen wordt gekenmerkt door de circumductie van het been met de voet in spits-endorotatiestand. Tegelijkertijd wordt de arm, elleboog en pols gebogen, in abductiestand gehouden. Het zogenaamde 'vleugelvormig' afstaan.
- Quadriplegie (tetraplegie): dit is de ernstigste vorm van cerebrale parese, niet alleen wat de motorische beperkingen betreft maar ook wat de bijkomende symptomatologie betreft. Dit omdat er sprake is van uitgebreide laesies van beide hemisferen, waardoor compensatiemogelijkheden tekort schieten.

Aan de benen is er overwegend spasticiteit in extensie, aan de armen in flexie. Er ontstaan contracturen aan de extremiteiten en vaak ernstige verkrommingen van de wervelkolom en heupluxaties. Vaak komen ook vormen van verstandelijke handicaps en epilepsie voor.

Gevolgen van spastische parese op bewegen en houding.

Gevolg van hypertonie in de spieren is de kans op spierversporing. Hierdoor kunnen contracturen ontstaan.

De mogelijkheid tot bewegen wordt hierdoor moeilijker en als men de spier zou willen rekken, ontstaat bij het passief bewegen een rekreflex waardoor de spasticiteit verergert.

De arm of been dient uit het patroon gehaald te worden om contracturen te voorkomen of verergering hiervan. (Bobath)

Bewegingen die het kind kan maken zijn beperkt en kosten veel krachtsinspanning.

Door dysbalans in de werking van de spieren is het moeilijk een goede houding aan te nemen. De houdingsreflexen zijn aangetast, waardoor er moeilijk gereageerd kan worden op externe prikkels. Het bewaren van een goede symmetrische houding is vaak erg moeilijk en soms niet eens mogelijk.

Rompbalans is vaak beperkt en moeilijk te handhaven.

Bij kinderen met diplegie en quadriplegie blijkt dat het zelfstandig kunnen zitten op de leeftijd van 2 jaar een voorspellende factor is voor (op latere leeftijd) zelfstandig kunnen lopen. Kinderen die in hun vierde levensjaar niet zelfstandig kunnen zitten, komen meestal niet tot zelfstandig lopen. Ook geeft de aanwezigheid van primitieve reflexen bij een kind ouder dan 18 maanden een slechtere prognose voor lopen. (standaard zitvoorzieningen voor kinderen met infantiele encefalopathie)

Het kunnen lopen hangt samen met de ernst van de spasticiteit. Ongeveer een derde heeft geen of minimale beperkingen bij het lopen, een ander derde deel heeft hulpmiddelen nodig bij het lopen en ongeveer 25 % zal nooit kunnen lopen.

Wanneer het kind ouder wordt neemt de kwaliteit van het lopen en de loopafstand vaak weer af, samenhangend met factoren als lengtegroei en toename van het lichaamsgewicht. (standaard zitvoorzieningen voor kinderen met infantiele encefalopathie)

Het zelfstandig kunnen zitten, de mogelijkheid tot het kunnen lopen heeft invloed op het in meer of mindere mate zelfstandig kunnen fietsen en/of het gebruik van aanpassingen en hulpmiddelen.

Gevolgen van spasticiteit op willekeurig bewegen.

Reflexen zijn bij spastische kinderen versterkt aanwezig. Bij het bewegen wordt er in een patroon bewogen en de antagonisten zijn te zwak om dit patroon te doorbreken. Tijdens het bewegen kunnen tevens geassocieerde reacties ontstaan. Dit alles maakt het uitvoeren van afzonderlijke en alternerende bewegingen moeilijk.

Aangezien bij het fietsen duidelijk gebruik wordt gemaakt van alternerend bewegen (het trappen) zal bij een gedeelte van de kinderen dit onderdeel moeilijk zijn om onder de knie te krijgen.

Ook het op- en afstappen, sturen en remmen, wat gedoseerd dient te gebeuren, is moeilijk wanneer een kind problemen heeft met willekeurig bewegen.

Literatuur

- Becher, J.G. Spasticiteit: een symptoom bij een centraal motorische parese. Classificatie en behandeling. *Keypoint november 2000*.
- Bilo, R.A.C. & Voorhoeve dr H.W.A. *Kind in ontwikkeling*. Elsevier/ De Tijdstroom, Maarssen 1999.
- Bobath, B. & K. *Motorische ontwikkeling bij cerebrale verlamming*. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht 1983.
- Boekel, N. ten. Invloed van sport op kinderen met een spastische parese. *Instituut fysiotherapie 1998 (sc fy 98055)*.
- Bosk magazine, *Ouder worden met een cerebrale parese*, september 2002.
- Coulter, R. le. *Kinderneurologie*. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Zaventem 1994.
- Cranenburg B.van. *Inleiding in de toegepaste neurowetenschappen*. De Tijdstroom, Lochum 1989.
- NVE, *Standaard ergotherapeutische diagnostiek ten behoeve van de advisering van zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie*, Amersfoort, januari 2000.
- Oosterhuis, H.J.G.H. dr. *Klinische neurologie*. Bohn Stafleu, van Loghum, Houten 1995.
- Spiekhout, J. e.a. *Als je kind het zelf niet kan*. Bohn, Stafleu, van Loghum Houten 2001.
- www.spasticiteit.net
- Vermeer, A.&Lankhorst G.J. *Kinderen met cerebrale parese, motorische ontwikkeling en behandeling*. Bussum 1997.

Bijlage 2 Motiveringen/motivatatie en behoeften van kinderen met een spastische parese om te fietsen, in het kader van de handlingsgebieden

In ons product willen we zoveel mogelijk uit gaan van de behoeften van het kind. Belangrijk is het dan ook om na te gaan welke betekenis het fietsen voor het kind kan hebben. Motivatie en behoeften op het gebied van de handlingsgebieden zelfredzaamheid, productiviteit, ontspanning en de gebieden activiteit en participatie worden hierbij nader toegelicht.

Zelfredzaamheid

Wanneer een kind zich binnen- en/of buitenshuis wil verplaatsen en dit lukt niet als gevolg van de problemen die de spastische parese met zich meebrengt heeft dit gevolg op het gebied van zelfredzaamheid.

Dit omdat het kind afhankelijk is van anderen om zich te verplaatsen.

Ontspanning

Wanneer het kind niet kan meekomen met leeftijdsgenootjes tijdens het spelen op het schoolplein, in de buurt ed. zal dit van invloed zijn op zijn ontspanning.

Ook het meefietsen met het gezin tijdens uitstapjes als vorm van ontspanning komt hiermee in het gedrang.

Productiviteit

Als gevolg van een beperkt uithoudingsvermogen en spierfunctie is het voor kinderen met infantiele encefalopathie (i.e.) moeilijk om afstanden te overbruggen.

Het afleggen van een afstand van A naar B kan voor het kind in het kader van zelfredzaamheid worden bekeken of als een vorm van productiviteit wanneer de af te leggen afstand voor het kind het belangrijkste is. Het fietsen kan ook een vorm van productiviteit zijn wanneer het kind de fiets gebruikt om bijv. op school taakjes uit te voeren, of zelfstandig naar de therapie kan gaan.

Activiteiten/Participatie/externe factoren

Wanneer een kind de mogelijkheid gegeven wordt om (met of zonder aanpassingen) te fietsen zal dit mogelijk van invloed zijn op zijn algehele uithoudingsvermogen en de samenwerking van de spieren. Uit onderzoek blijkt (van den Berg 1994) dat door training het algehele uithoudingsvermogen verhoogd en de fysieke capaciteit toe neemt, wat zijn invloed heeft op het activiteiten en participatieniveau.

Wanneer het kind een beter uithoudingsvermogen en een betere samenwerking van zijn spieren heeft zal het minder snel vermoeid zijn en zich waarschijnlijk zekerder voelen tijdens het bewegen.

Hij of zij zal meer activiteiten zelfstandig of met minder hulp uit kunnen voeren.

Hierdoor zijn ze minder snel afhankelijk van anderen bij bijv. zelfzorgactiviteiten, wat een groter gevoel van eigen waarde kan geven.

Op school en in de buurt kan het kind beter sociaal integreren wanneer hij of zij meer energie heeft om te spelen met leeftijdsgenootjes.

Het fietsen met leeftijdsgenootjes is tevens een activiteit die past bij de ontwikkelingsfase waarin het kind zit. Het kan helpen zijn sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen en sensomotorische ervaringen op te doen.

Fietsen is een manier om spelenderwijs te werken aan het uithoudingsvermogen. Wanneer een kind het leuk vindt om te fietsen zal hij dit vaker doen en zo onopgemerkt "trainen".

Het fietsen moet geen frustratie zijn door een slechte onaangepaste fiets waar hij amper op vooruit komt.

Tegenwoordig zijn er leuke gekleurde fietsen in de handel met allerlei aanpassingen die het fietsen lichter en makkelijker maken en waarmee het fietsen een grote invloed kan hebben op bovenstaande gebieden.

Literatuur

- Boekel, N. ten. Invloed van sport op kinderen met een spastische parese. *Instituut fysiotherapie 1998 (sc fy 98055)*.
- Becher, J. Spasticiteit: een symptoom bij een centraal motorische parese. Classificatie en behandeling. *Keypoint november 2000*.
- Spiekhout, J. e.a. *Als je kind het zelf niet kan*. Bohn, Stafleu, Van Loghum. Houten 2001.
- Woude, L. van der. *Sport voor mensen met een beperking*. Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten 2001.
- www.health.tno.nl

Bijlage 3 Symptomen van spastische parese in relatie tot fiets en fietsaanpassingen volgens ICF- classificatie

Inleiding

In dit document ziet u de indeling volgens Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (verder benoemd als ICF) namelijk: functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Daarbij horen de omgevingsfactoren, die volgens het ICF externe factoren worden genoemd. Als laatste worden de persoonlijke factoren vermeld.

Informatie met betrekking tot de doelgroep en fiets- fietsaanpassingen worden in dit geheel verwerkt. Op basis van literatuurstudie worden voorbeelden genoemd en informatie gegeven, om de gebruiker van de consentstandaard hulp te bieden bij het invullen van de schema's.

Functioneren en functioneringsproblemen (deel 1)

In deel 1 a (pagina 23 t/m 25) Stoornissen en veranderingen in functies worden een aantal items genoemd, waarbij de meest duidelijke en opvallende zaken ten aanzien van de doelgroep worden aangegeven in relatie tot fiets en fietsaanpassingen. Functioneringsproblemen op het gebied van cognitie worden buiten beschouwing gelaten.

In deel 1 b (pagina 26 t/m 28) Beperkingen in activiteiten en participatieproblemen ontstaan vaak niet alleen door motorische stoornissen maar hangen veelal ook samen met cognitieve stoornissen. In dit overzicht komen de cognitieve beperkingen niet aan de orde. Een reden daarvoor is de afbakening van onze vraagstelling.

Factoren (deel 2)

In deel 2 c (pagina 29 t/m 30) Externe factoren wordt de indeling beschreven. Daarnaast worden de begrippen *belemmerende* en *ondersteunende factoren* uitgelegd aan de hand van voorbeelden. Daarbij worden de drie handelingsgebieden: zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning betrokken.

In deel 2 d (op pagina 30) Persoonlijke factoren worden voorbeelden gegeven van de kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheid van het kind.

Hieronder staat de indeling volgens ICF beschreven:

Deel 1. Functioneren en functioneringsproblemen:

- a. Functies en anatomische eigenschappen
- b. Activiteiten en participatie

Deel 2. Factoren:

- c. Externe factoren:
 - Individueel (fysieke en materiele kenmerken van de omgeving van het kind)
 - Sociaal
- d. Persoonlijke factoren

Functioneren en functioneringsproblemen (deel 1)

Stoornissen en veranderingen in functies (deel 1a)

Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies.

(WHO-FIC, ICF concept 17-10-2001, hst. 7, 93)

Functies van gewrichten en botten:

Mobiliteit van gewrichten

Functies gerelateerd aan de bewegingsomvang en de beweeglijkheid van gewrichten.

(ICF concept, b 710)

Hieronder staan een aantal voorbeelden beschreven die veelvuldig voorkomen bij de doelgroep.

De stoornissen in functies geven vaak de beperkingen weer van de mobiliteit. Zoals de verminderde mobiliteit van twee wervels ten opzichte van elkaar of beperking van mobiliteit in de heupgewrichten.

- Scoliose als gevolg van paralyse convexe zijde
- Thorax torsie als gevolg van scoliose en door spierdysbalans
- Bekkentorsie en scheefstand door dysbalans in spieractiviteit links/rechts
- Beperking van extensie in heupen en knieën door flexie contracturen
- Equinovarus- of equinovalgusstand van de enkels

Stabiliteit van gewrichten

Functies gerelateerd aan het handhaven van de structurele integriteit van gewrichten

(ICF concept, b 715)

Een voorbeeld hiervan is:

- Heup (sub)luxatie door adductorenspasme

Spierkracht en Bewegingscoördinatie

Functies gerelateerd aan de kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen.

(ICF concept b 730)

In het schema van de consentstandaard wordt gesproken over spierkracht (Nederlandse terminologie) in plaats van spiersterkte (is vertaling uit de engelse taal in het ICF concept). Hieronder valt volgens ICF het benoemen van onder andere pareses. Aspecten die te maken hebben met

bewegingscoördinatie komen ook aan bod.

Hieronder volgen een aantal voorbeelden:

- Parese: Krachtsverlies is de belangrijkste factor voor verminderen van vaardigheden (Becher J., 2000).
- Afname selectiviteit in beweging: niet één spier, maar hele spiergroepen kunnen slechts willekeurig geactiveerd worden.
- Toename vermoeidheid bij verminderde spierfunctie.
- Afname behendigheid van bewegen: met name snel alternerende bewegingen (b.v. flexie/extensie) zijn moeilijk uitvoerbaar (Becher J., 2000).
- Cocontractie: een willekeurige aanspanning van een agonist gaat gepaard met activatie van de antagonist. Daarmee kan de willekeurige activiteit van de agonist opgeheven worden of er kan zelfs een paradoxe beweging ontstaan: trapbeweging/aandrijving. Zie ook "controle willekeurige bewegingen".
- Heupextensoren zijn vaak zwak bij kinderen met CP.

Spiertonus

Functies gerelateerd aan de spanning die aanwezig is in niet-actieve spieren en de weerstand die spieren bieden wanneer zij passief worden gerekt. (*ICF concept, b 735*)

Hieronder volgt informatie over stoornissen in spiertonus met betrekking tot de doelgroep:

- Meestal zijn aan de bovenste extremiteiten de flexoren hypertoon. Aan de onderste extremiteiten zijn de extensoren hypertoon (Becher J. 2000).
- Niet alle spieren vertonen hypertonie, sommige spieren zijn paretisch en andere spieren hebben een normale tonus.
- In rust en tijdens bewegen is er hypertonie (uitgezonderd de spieren met normale tonus). Er is geen ontspanningsmoment voor de spieren. Sport / fietsen heeft een gunstige invloed op hypertonie en hypotonie. Onder invloed van sport / fietsen kunnen hypertone spieren ontspannen en neemt de hypertonie af. De hypotone spieren kunnen worden getraind.
- Spasticiteit uit zich een hoge tonus in armen en benen. Spasticiteit uit zich meestal in een bepaald patroon. Patronen worden (onwillekeurige) synergieën genoemd.
- Bovenste extremiteiten: flexietonus: endorotatie, adductie en retractie schoudergordel, flexie elleboog, pronatie onderarm, flexie in pols, vingers en duim.
- Onderste extremiteiten: extensietonus, semi-flexie endorotatie en adductie in de heupgewrichten, semi-flexie knieën, voeten in plantairflexie, inversie (spitsvoet).
- Bij quadriplegie is het gehele lichaam aangedaan. De bovenste extremiteiten zijn meer of evenveel aangedaan als de onderste extremiteiten.
- A-symmetrische spierspanning leidt veelvuldig tot skelet en houdingsafwijkingen zoals naar een kant gedraaid hoofd, scheefstand bekken en thorax. (Oosterhuis, 396)

Spierspansingsvermogen

Functies gerelateerd aan het volhouden van spier contractie gedurende de vereiste periode. (*ICF concept b 740*)

Verminderde spierfunctie leidt tot toename vermoeidheid (Becher 2000).

(Het algehele uithoudingsvermogen van kinderen met CP/ IE spastische parese is laag. Het activiteiten niveau ligt 15% lager dan bij kinderen zonder functioneringsproblemen.) (van de Berg 1994)

Extra toevoeging van informatie met betrekking tot bewegingsfuncties

Er is extra informatie toegevoegd met betrekking tot bewegingsfuncties om een zo compleet mogelijk beeld te geven van functioneringsproblemen bij onze doelgroep. De belangrijkste gegevens zijn neergezet volgens ICF classificatie.

Relevante informatie met betrekking tot: motorische reflexfuncties, onwillekeurige bewegingen en controle van willekeurige bewegingen kunnen in het aanvraagformulier bij *toelichting functioneringsproblemen* in het schema worden genoemd. Uiteraard kan ook relevante informatie worden vermeld die hieronder niet wordt genoemd.

Bewegingsfuncties

Motorische reflexfuncties

Functies gerelateerd aan de onwillige contractie van spieren die automatisch zijn opgewekt door specifieke stimuli (*ICF concept b 750*).

Enkele voorbeelden zijn:

- Onvoldoende remming van spinale rekreflexen. Er kan een clonus optreden (Oosterhuis).
- Spasticiteit is een symptoom van verhoogde rekreflex activiteit (spasticiteit in engere zin) a.g.v. een verstoring van de inhiberende invloeden op de rekreflex activiteit (Becher J. 2000).
- Posturale reflexen; verzamelnaam voor spieractiviteit die alleen tijdens een activiteit optreedt. Het meest duidelijke treedt dit op aan de onderste extremiteiten. De activiteit in de spieren bouwt langzaam op (dit i.t.t. verhoogde rekreflex activiteit).
- Spiegelbewegingen, bij unilaterale bewegingen.
- Primitieve reflexen; ATNR (Asymmetrische Tonische Nek Reflex) en STNR (Symmetrische Tonische Nek Reflex).

Onwillekeurige bewegingen

Functies gerelateerd aan niet-intentionele, niet- of semi- doelgerichte onwillekeurige contracties van een spier of spiergroep (*ICF concept b 755*).

Enkele voorbeelden zijn:

- Onwillekeurige spieractiviteit: spasticiteit, hypertonie, clonus, knipmesfenomeen, abnormale reflexen.
- Onwillekeurige synergieën a.g.v. het uitvoeren van een motorische taak zoals fietsen (extensie synergie/flexiesynergie of vleugelen).
- Positieve steunreflex geeft extensie spasme (extensie synergie) d.m.v. druk op de voetzool (bal van de voet) en/of snelle verlenging kuitmusculatuur (M. gastrocnemius) (Lagerberg 1998).

Controle van willekeurige bewegingen (b760)

Functies gerelateerd aan controle over coördinatie van willekeurige bewegingen.

(*ICF concept b 760*)

Enkele voorbeelden zijn:

- Selectieve bewegingen, ontstaan van associatieve bewegingen, coördinatie tussen agonist en antagonist is verstoord.
- Afname selectiviteit in beweging: niet één spie, maar hele spiergroepen kunnen slechts willekeurige geactiveerd worden.
- Cocontractie: volgens Kaplan 1995: langere periode van cocontractie rond enkel en knie i.t.t. kinderen zonder CP.
- Tonische rekreflex-activiteit hindert willekeurig bewegen.
- Stoorissen in coördinatie van willekeurige bewegingen zoals de oog-hand coördinatie, oog-voet coördinatie.

Gangpatroon

Functies gerelateerd aan bewegingspatronen gekoppeld aan, rennen of andere bewegingen van het hele lichaam. (*ICF concept b 770*)

Afhankelijk van de verschillende uitingen bij monoplegie, hemiplegie, diplegie, quadriplegie volgen een paar voorbeelden:

- Vleugelstand van de arm.
- Been in adductie - endorotatie met neiging tot spitsvoet: het gehele been wordt in circumductie naar voren gebracht (Oosterhuis,369).
- Tijdens zitten en gaan en opstaan nemen de benen vaak een schaarstand in.

Beperkingen in activiteiten en participatieproblemen (deel 1b)

(WHO-FIC, ICF concept 17-10-2001, hst. 4)

Naar aanleiding van het inventariseren van functieproblemen bij de doelgroep met betrekking tot fiets en fiets aanpassingen, zijn wij (de adviesgroep) tot de volgens items gekomen. Deze items, 1 t/m/ 5, worden vermeld in het aanvraag formulier in het schema van de consentstandaard.

Hieronder staat een overzicht van de gevolgen voor de activiteiten en participatie, naar aanleiding van stoornissen in functies met betrekking tot het item.

1.Opstappen / afstappen

Beperking opstappen /afstappen door:

- Schaarbeweging
Gevolg is: instappen met behulp van veel steun aan het stuur en het is problematisch om de voeten op de pedalen te plaatsen en geplaatst te houden.
- Krachtsverlies onderste extremiteiten
Gevolg is: beperking in heffen van been.
- Problemen met de rompbalans /evenwicht
Gevolg is: geen gewichtsverplaatsing en daardoor kan het kind niet op één been staan: het kind kan de instap van de fiets niet overbruggen.
- Flexiesynergie bovenste extremiteiten
Gevolg is: vasthouden van de fiets en/of het stuur om op te stappen.
- Zwakte heup-extensoren
Gevolg is: afstappen, van zit naar stand, is problematisch.
- Problemen met de bewegingscoördinatie, zoals gewicht verplaatsing om te kunnen instappen
Gevolg is: de fiets rijdt weg tijdens het opstappen.

2.Handhaven zithouding fiets

Beperking rompbalans wegens houdingsafwijkingen door:

- Scoliose
- Bekkentorsie
- Naar één kant gedraaid hoofd
Gevolg is: zonder ondersteunende middelen is het nauwelijks mogelijk om op de fiets het evenwicht te bewaren.

Evenwicht tijdens fietsen wordt niet gehandhaafd door:

- Beperkt evenwichtsgevoel
Gevolg is: geen vloeiende fietsactiviteit met en veel compensatoire bewegingen, waardoor men gaat slingeren en /of omvallen.
- Niet voldoende dissociatie
Gevolg is: de totaalbeweging namelijk het fietsen, is niet mogelijk.

Problemen in het handhaven van de zithouding door:

- Extensiesynergie
Gevolg is: compensatoire bewegingen van het bekken middels extensie in de heupgewrichten, en de romp gaat naar omhoog / opzij/ achteren.
- De ogen zijn gericht naar de voeten om de positie en plaatsing op de pedalen te handhaven
Gevolg is: de romp draait en het bekken staat scheef op het zadel.

3.Trapbeweging onderste extremiteiten

Beperking trapbeweging door:

- Flexie contracturen heupen, knieën
Gevolg is: er zijn aanpassingen noodzakelijk om te kunnen gaan fietsen. Zonder aanpassingen is het fietsen niet mogelijk.

Problemen met handhaven voet op pedaal door:

- Equinovarus/equinovalgus (spitsstand) stand van de enkels/voeten
Gevolg is: voet glijdt ineens van het pedaal.

Geen mogelijkheid tot actie door:

- Optreden van een clonus
Gevolg is: er treedt een extensiesynergie op, en het bemoeilijkt het fietsen (Lagerberg 1998).

Beperkt in trapbeweging afmaken en handhaven door:

- Krachtsverlies onderste extremiteiten
Gevolg is: te vermoeid zijn om te oefenen in het fietsen en moeite met aandrijving.
- Zwakte heup-extensoren
Gevolg is: dat de trapbeweging niet kan worden gemaakt, doordat het niet mogelijk is om van extensie naar flexie te komen. Dat wil zeggen: in het bewegingstraject is het *laatste stukje strekking* van het been, en het *eerste stukje richting het buigen* van het been, om de trapbeweging af te maken, niet mogelijk is ("onderste kwadrant" Lagerberg 1998).
- Afname behendigheid van bewegen
Gevolg is: alternerende bewegingen zijn moeilijk uitvoerbaar.
- Cocontractie
Gevolg is: dat een willekeurige trapbeweging niet ontstaat of er kan zelfs een paradoxe beweging ontstaan dat wil zeggen een achteruittrapbeweging.

Beperkte vloeiende trapbeweging door:

- Afname van selectiviteit in beweging
Gevolg is: dat de musculatuur ineffectief arbeid verrichten en dat er eerder vermoeidheid in de spieren optreedt. Het fietsen wordt gestaakt a.g.v. vermoeidheid.
- Een gebrek aan timing door extensiespasme
Gevolg is: problemen met aandrijving, onvermogen tot afstemming van momenten rondom het gewricht: pedaal kantelt voor/achterover om de uiterste stand van het gewricht te zoeken.
- Schaarbeweging
Gevolg is: de knieën raken het fietsframe, daardoor is fietsen onmogelijk en/of te belastend voor desbetreffende gebieden.

4. Inschakelen van de bovenste extremiteiten**Problemen met vasthouden van het stuur door:**

- Hypertone musculatuur / flexie synergie van de bovenste extremiteiten
Gevolg is: stuur wordt los gelaten en dat geeft een gevaarlijke situatie.

Problemen met sturen tijdens keren en draaien door:

- Aanwezigheid van primitieve reflexen zoals de ATNR
Gevolg is: dat bij draaien van het hoofd, de arm/hand aan de homolaterale zijde het stuur loslaat.
- Cocontractie
Gevolg is: moeite om van richting te veranderen.

Problemen met remmen door:

- Beperkte spierkracht
Gevolg is: handrem kan niet bekrachtigd worden.
- Flexie contracturen
Gevolg is: geen mogelijkheid om de hand om de handrem te krijgen.

5. Verplaatsen tussen verschillende lokaties**Problemen in verplaatsen binnenshuis en buitenshuis:**

- In eigen woning
- In school en op het schoolplein
- In een instelling
- Op straat
- Traject van huis naar school
- En overige...
- Gevolg is: beperkte zelfredzaamheid en onvoldoende ontspanning.

Problemen in het volbrengen van een te volgen traject door beperking in:

- Spieruithoudingsvermogen
 - Algeheel uithoudingsvermogen
- Gevolg is: de afstand is niet te overbruggen zonder fietsaanpassingen en heeft gevolgen ten aanzien van de drie handelingsgebieden.

Extra toevoeging van informatie met betrekking tot (spier) uithoudingsvermogen

- De toename van vermoeidheid wordt mede veroorzaakt door dagelijkse bezigheden zoals wassen en aankleden. Dit kost lichamelijke (spieractiviteit) en geestelijke inspanning.
 - Daarnaast speelt angst een rol om, bijvoorbeeld door een evenwichtstoornis, te vallen en vermoeidheid als gevolg van verminderde spierfunctie waardoor het kind niet op zijn eigen lichaam kan vertrouwen.
 - Het kind komt niet toe tot fietsen (hetzij als speelelement ter ontspanning of als trainelement om uiteindelijk de zelfredzaamheid te bevorderen). Het spier- en algehele uithoudingsvermogen blijft laag.
 - Middels sport/fietsen ontstaat een betere samenwerking van spieren, hetgeen dagelijkse activiteiten, zoals aankleden, ten goede komt. Het geeft een verbetering op het gebied van activiteiten en participatie niveau, door verminderde toename van vermoeidheid, en een minder fysieke afhankelijkheid. Dit versterkt de eigen waarde en sociale integratie op school (zie ook externe factoren).
- (scriptie, de invloed van sport, 17 en hst 6, hst 7)
- Uit onderzoek blijkt (van den Berg 1994) dat door training het algehele uithoudingsvermogen wordt verhoogd en dat de fysieke capaciteit toeneemt.

Factoren (deel 2)

Externe factoren en persoonlijke factoren (deel 2c en 2d)

(WHO-FIC, ICF concept 17-10-2001, hst. 1,3,4)

Hieronder volgt een uitleg over externe factoren en persoonlijke factoren. Daarbij staan een aantal voorbeelden vermeld om het geheel duidelijk te maken.

Externe factoren (deel 2 c)

De functionele gezondheidstoestand van het kind wordt ook beïnvloed door zowel factoren buiten het kind, de externe factoren, als door factoren binnen het kind, de persoonlijke factoren (zie deel 2 d. persoonlijke factoren).

Onder externe factoren wordt verstaan de *fysieke* en *sociale* omgeving waarin het kind leeft. De externe factoren kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op:

- De participatie van het kind als lid van de samenleving.
- Het uitvoeren van activiteiten van het kind.
- De functies en anatomische eigenschappen van diens organisme.

In dit deel, 2 c. externe factoren, worden de classificaties van externe factoren weergegeven op twee niveaus namelijk **individueel** en **sociaal**.

Individueel

Dit niveau omvat de *fysieke* en *materiële* kenmerken van de omgeving waarin het kind zich bevindt, alsmede het rechtstreekse persoonlijke contact met anderen.

- Fysieke kenmerken van de directe fysieke omgeving waarin het kind zich bevindt.
- Materiële kenmerken, zoals: hulpmiddelen en aanpassingen op het gebied van techniek en ergonomie.
- Rechtstreeks contact met anderen, zoals: familieleden, klasgenoten, burens, vrienden leerkrachten en onbekenden.

Belemmerende en ondersteunende factoren met betrekking tot de drie handelingsgebieden :

Belangrijk is dat de fysieke en materiële kenmerken met daarbij het rechtstreekse contact tot anderen goed op elkaar is afgestemd. Het bepaalt de mate van de drie handelingsgebieden zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.

Voorbeelden:

- Een smalle stoep (belemmerende factor), waarvoor een driewiel fiets te breed is, zorgt ervoor dat het kind zich niet zelfstandig kan redden.
- Het ontbreken van benodigde voorzieningen in de omgeving van het kind om een bepaalde activiteit uit te kunnen voeren. Daardoor kan het kind op dat moment niet participeren in zijn omgeving.
- Een ondersteunende factor kan zijn dat de leerkracht zorg draagt voor de bereikbaarheid van goederen en hulpmiddelen, in de omgeving van het kind, om de zelfredzaamheid zo optimaal mogelijk te maken.

Sociaal

Formele en informele sociale verbanden in de gemeenschap of naaste omgeving die het kind in die omgeving beïnvloeden.

- Dit niveau omvat organisaties en instellingen op het gebied van de schoolomgeving, buurtactiviteiten, communicatie en transport, informele sociale netwerken.
- Het omvat formele regels: wetten en regelingen.
- Informele regels: houdingen en ideologieën.

Belemmerende en ondersteunende factoren met betrekking tot de drie handelingsgebieden.

Voorbeelden:

- Externe belemmerende factor kan zijn een negatieve attitude van kinderen *zonder* functioneringsproblemen ten opzichte van kinderen *met* functioneringsproblemen.
- Een aanpassing wordt niet vergoed, en kan daardoor niet worden aangeschaft.

Het beperkt het kind om optimaal te participeren in de samenleving.

- Een ondersteunende factor kan zijn dat men op een reguliere basisschool het kind de kans geeft (positieve attitude) te integreren. Het kind zit met zijn buurtgenootjes op dezelfde school en daarmee wordt de sociale integratie bevorderd (zie ook beperkingen in activiteiten en participatieproblemen punt 5 vierde blokje).

Persoonlijke factoren (deel 2 d)

De ICF bevat geen classificatie of lijst van persoonlijke factoren.

Het betreft de individuele achtergrond van het leven van het kind, en bestaan uit kenmerken van het individu die *geen* deel maken van de functionele gezondheid van het kind.

Deze omvatten onder andere: leeftijd, ras, geslacht, persoonlijkheid, karakter, andere aandoeningen, lichamelijke conditie in het algemeen, levensstijl, ervaringen uit het heden en verleden.

Literatuur

- Becher, J.G., *Spasticiteit: een symptoom bij centraal motorische parese. Classificatie en behandeling*, .2000, samenvatting uit proefschrift.
- Bobath, Berta en Karel, *Motorische ontwikkeling bij cerebrale verlamming*, 1983.
- Balm, M., *Beter bewegen*.
- Boekel, N, scriptie *De invloed van sport op kinderen met een spastische parese*, 1998.
- Bilo, R.A.C., *Kind in ontwikkeling*, 1995, hst13.
- Bosk magazine, *Ouder worden met een cerebrale parese*, september 2002.
- Deelen, van, ir G., *Gebruik je benen*, VSN contactmagazine, augustus 2001,pag.36-37.
- Jong de, E. e.a.:1993; scriptie *fietsen van spastische kinderen*, adaptatietechniek/ TU Delft.
- Kaplan, S.L, *cycling patterns in children with and without cerebral palsy*, 1995, 37, pag.620-630: bron;Development Medicine and Child Neurology.
- Kinébanian, A., *Grondslagen van de Ergotherapie*, 1999,hst 17,hst 23, hst 24.4.9.
- Kuiper, Chr., *Paramedisch handelen*,2001,hst 9.3.
- Lagerberg, A. 1989, *fietsen met een spastische parese*, Versus (tijdschrift fysiotherapie nr 6).
- Nederlands WHO-FIC collaborating Centre; Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren, concept 17-10-2001, hst 1,3,4,7.
- NPI, *Nut & noodzaak van de (gereviseerde) ICIDH voor ergotherapie*, 1999.
- NVE, *minimumeisen verslaglegging ergotherapie*, 2000, hst 4 en bijlage 5 hoofdgroepen ICIDH-2, bijlage 6 COPM-lijst.
- NVE, *standaard ergotherapeutische diagnostiek ten behoeve van de advisering van zitvoorzieningen bij kinderen met infantiele encefalopathie*, 2000.
- Oosterhuis, dr.H.J.G.H., *Klinische neurologie*, 1985, hst 27.

Bijlage 4 Technische oplossingen en websites

TECHNISCHE OPLOSSINGEN

Inleiding

In deze bijlage wordt een aantal technische oplossingen aangedragen voor mogelijkheden die er zijn bij fiets en fietsaanpassingen.

De indeling is geordend naar fietsactiviteit en sluit aan op bijlage 3 (beperkingen in activiteiten en participatieproblemen).

Per punt (1 t/m 4) worden een aantal activiteiten genoemd (vetgedrukt). Daarna volgen de oplossingen (a,b,c, etc.).

Bij specifieke oplossingen wordt verwezen naar firma's die het betreffende artikel fabriceren of distribueren. Meestal gebeurt dit door het noemen van de website van de betreffende firma. Indien er vóór de website staat: *voorbeeld*, wil het zeggen dat op de betreffende website het artikel te zien is of beschreven wordt. Er zijn dan echter meerdere firma's die dit artikel fabriceren of distribueren.

Een aantal producten zijn niet in de handel verkrijgbaar of de firma is niet bekend.

Ook wordt er enkele keren verwezen naar www.geocities.com/aangepastfietsen. Deze website is een naslagwerk voor ergotherapeuten op het gebied van fietsadviezen.

Aan het einde van deze bijlage is een lijst met websites en adressen toegevoegd.

1. Opstappen / afstappen

Fiets niet om laten vallen tijdens het op- en afstappen.

a. Tweewieler met zijwielen.

Over tweewielers met zijwielen:

- Zijwielen verkrijgbaar in de reguliere handel zijn per definitie niet sterk genoeg voor kinderen met beperkingen.
- Nadeel zijwielen: het aandrijf wiel (achterwiel) verliest soms het contact met het wegdek, wanneer zijwielen een hoger gelegen deel van het wegdek raken. Daardoor wordt verder rijden onmogelijk.
- Typen zijwielen:

- Verend www.nijland.com www.haverich-reha.de
- Niet verend www.rzh.nl www.wulfhorst.de

De voordelen van verende zijwielen:

- Het aandrijf wiel verliest minder snel het contact met het wegdek.
- Het kind kan het evenwicht toch enigszins oefenen, bijvoorbeeld als overgangsfase naar een tweewieler.

b. Driewieler in plaats van tweewieler.

- Nadelen driewieler:
 - Het is moeilijker de bocht te nemen, omdat "hangen" in de bocht niet mogelijk is (tenzij beide wielen veren).
 - Het kind kan het evenwicht niet of minder oefenen.
 - De fiets kantelt indien een stoep niet haaks afgereden wordt.
 - Driewieler met de twee wielen vóór www.freewiel.nl www.vanraam.nl heeft als voordelen:
 - Het kind kan zien hoe breed hij of zij aan de voorkant is.
 - Veiliger bij stuurproblemen: het stuur klappt niet weg als het kind het stuur loslaat.
 - Opstappen is gemakkelijker: geen last van het achterwiel.
 - De begeleider kan naast het kind lopen: geen last van het achterwiel.
 - De aandrijving van de fiets is technisch gezien eenvoudiger (zie driewieler met de twee wielen achter).
- Nadelen:
- De fiets heeft een grotere draaicirkel.
 - De fiets stuurt zwaarder; de stuurinrichting is technisch gecompliceerder.
- Driewieler met de twee wielen achter heeft als nadeel dat er een hogere rijweerstand is met fietsen. Dit komt doordat maar één van beide achterwielen het aandrijf wiel is. Bij een bocht zal het binnenste wiel minder snel moeten draaien. Dit is alleen mogelijk indien er een

differentieel ingebouwd is. Zie voor informatie over differentieel:

www.geocities.com/aangepastfietsen/aandrijf.htm

- Hoe breder de 2 wielen uit elkaar staan, een des te stabiel rijgedrag vertoont de fiets. Omvallen is dan niet of nauwelijks mogelijk. Als de wielen relatief dicht bij elkaar staan moeten de kinderen de grenzen leren wat betreft evenwicht in combinatie met snelheid.

Fiets tijdens het opstappen niet weg laten rijden

c. Parkeerrem monteren.

- Type excentrische hefboom. Voordeel: vastzetten middels hefboomwerking. www.nijland.com
- Type duimvergrendelaar (in het handvat zit een knop). Nadeel: geen hefboomwerking, zwaar te bedienen. Vraagt ook meer vingercoördinatie.

Extra steun bieden tijdens het op- en afstappen

- d. Zadel wegdraaibaar maken (vergelijk instappen scootmobiel).
- e. Hoog / laag zadelpen monteren: zadel lager zetten vóór het op- en afstappen middels bediening van een gasveer. (Niet ieder kind kan dit zelf). www.linbike.nl www.haverich-reha.de
- f. Fiets met kuipstoeltje i.p.v. zadel (op de goede hoogte!).
- g. Fiets waarbij het zadel ver naar achter staat door:
 - Verlengd frame www.vanraam.nl (type Tavera) of:
 - T-zadelpen: zadelpen is naar achteren uitgebouwd.In beide gevallen kunnen de voeten aan de grond. De trapbeweging is meer voorwaarts gericht.

Instaphoogte fiets overbruggen

- h. Fiets kiezen met extra lage / grote instap, voorbeeld www.roam.nl of géén instap www.linbike.nl (type Millennium).
- i. Plateautje op het frame maken dat als opstap dient. Dit is vaak standaard op de fiets aanwezig.
- j. Extra buis evenwijdig aan het frame monteren dat als opstap dient. www.vermeieren.be

Zelfstandig voeten op pedalen zetten

- k. Contragewicht onder de pedalen aanbrengen. Het pedaal blijft dan in horizontale positie staan. Nadeel: extra gewicht aan het pedaal om mee te nemen in de trapbeweging.

2. Handhaven zithouding fiets

Ondersteunen romp bij beperkte rompbalans

- a. Bekkensteun: alleen lumbaal of ook hoger (enkele of dubbele bekkensteun).
 - b. Schoudersteun. www.haverich-reha.de
- Bij a en b kan gekozen worden tussen *zonder* of *met* fixatieriem (gevaarlijk bij vallen!).
- c. Type zadel kiezen dat ondersteuning biedt:
 - Breed zadel
 - Banaanzadel
 - Kuipstoeltje

Handhaven evenwicht tijdens het fietsen

- d. Fiets met zijwielen (zie 1a)
- e. Driewieler (zie 1b)

Voorkomen compensatoire bewegingen bekken en romp

- f. Voorkomen extensiesynergie door een spasme remmende houding: zie 3 ff t/m ii.
- g. Vastzetten bekken / romp middels:
 - Zitbroek www.rzh.nl
 - Bekkensteun (zie 2a)

3. Trapbeweging onderste extremiteiten

Fietsen mogelijk maken bij knie- of heupcontractuur

- a. Kortere cranks monteren. (Crank: metalen hefboom die trapas en pedaal verbindt.)
- b. Crankverkorters monteren. Deze worden op de cranks gemonteerd. Crankverkorters alleen éézijdig monteren indien één been meer beperkt is in extensie dan het andere been. Dit om asymmetrische zit te voorkomen.

- Nadeel crankverkorters (t.o.v. kortere cranks):
- De pedalen (en dus ook de voeten) komen verder naar buiten te staan. Dit is vaak niet in goede verhouding tot de heupbreedte.
 - Het pedaal komt niet helemaal haaks op de crank te staan. Dit geeft wringing in de knie.
- Voordeel crankverkorters: voor tijdelijk gebruik geschikt omdat ze snel te (de)monteren zijn.
- c. T-zadelpen monteren om de positie van het zadel ten opzichte van de pedalen horizontaal te veranderen.
Voorbeeld toepassing: bij extensiebeperking van de heup het zadel relatief ver naar achteren plaatsen. N.B.:
- Positie stuur mee veranderen!
 - Let op dat de stand van het zadel ten opzichte van de pedalen in redelijke verhouding blijft.
- d. Excentrische crank monteren. Nadeel: het been aan de kant van de excentrische crank levert niet veel kracht. Dit kan dan ook alleen éénzijdig. *Voorbeeld:* www.vanraam.nl
- e. Fiets waarbij de aandrijving via een skibeweging plaatsvindt in plaats van een rondgaande beweging. www.vanraam.nl

Compenseren spierzwakte onderste extremiteiten

- f. Verzet kleiner maken door het tandwiel vóór te verkleinen en/of het tandwiel achter te vergroten.
- g. Langere cranks monteren om de hefboomwerking te vergroten. De lengte moet wel passen bij de beenlengte van het kind!
- h. Lichte fiets kiezen: licht frame en geen overbodige attributen.
- i. Fiets met versnellingen:
- Vaak wordt een naafversnelling gebruikt, waarbij gekozen kan worden tussen 4 of 7 versnellingen. Hoe meer versnellingen, des te kleiner de tussenstappen.
 - Bediening: naafversnellingen hebben een draaischakeling. Eventueel is duim-wijsvinger schakeling mogelijk. Ook zijn er elektronische versnellingen (duur!). Deze zijn te bedienen met tiptoetsen, maar kunnen ook in een automatische stand gezet worden.
 - Let op: versnellingen zijn niet te combineren met een doortrapper! Er is wel een “achteruitrijautomaat” waarbij je achter uit een doortrapper hebt, vooruit niet. Zie voor informatie hierover www.geocities.com/aangepastfietsen/aandrijf.htm
- j. Trapondersteuning: dit is een motor op accu die kracht toevoegt aan de kracht die de berijder levert. Dit is niet te combineren met een doortrapper! Een bekend systeem is Yamaha P.A.S. *Voorbeeld:* www.nijland.com
- k. Juiste zadelhoogte kiezen: niet te hoog, niet te laag. Beide heeft inefficiënt gebruik van spieren tot gevolg. *Formule voor zadelhoogte voor deze doelgroep: binnenbeenlengte x 1.05*
Zadelhoogte: bovenkant pedaal in onderste stand, tot bovenkant zadel, door de zitbuis gemeten. (zitbuis is de buis van het frame waar de zadelpen in zit).
Meten binnenbeenlengte: rechtop staan zonder schoenen aan met de voeten licht gespreid. Trek een buis stevig in het kruis, tegen het bot. Meet de afstand van de bovenkant van de buis tot aan de grond.

Bevorderen vloeiende trapbeweging (inzetten, afmaken en handhaven trapbeweging)

- l. Fiets met doortrapper: trappers draaien mee bij elke beweging van de fiets, ook als je geduwd wordt. Nadeel: lastig bij heuvel af rijden, voeten moeten meedraaien.
- m. Verzet kleiner maken (zie 3f).
- n. Katrol-touw systeem: voetenbakjes op pedalen worden door middel van een touw via een katrol aan het frame met elkaar verbonden. Nadeel: het touw zit in de weg bij het opstappen; de enkel kan niet scharnieren.
- o. Versnellingen: in lichte versnelling beginnen. (Zie 3i)
- p. Cranklengte verkleinen (zie 3a,b). Het verzet van de fiets hier zonodig op aanpassen.
- q. Juiste zadelhoogte kiezen:
- Niet te hoog i.v.m. opwekken extensiesynergie, waardoor alternerende beweging belemmerd wordt.
 - Niet te laag i.v.m. inefficiënt gebruik van spieren.
- r. Duwstang: begeleider helpt het kind over het “dode punt” heen.

Compenseren schaarbeweging

- s. Been-abductiesysteem om de benen tijdens het fietsen te geleiden in het gewenste bewegingsvlak:
- Meebewegende abductoren. www.rzh.nl

- Abductieplaat in het frame monteren (niet meebewegend).
- Ligfiets met kunststof kuip die als abductor fungeert. www.pomnijmegen.nl
Nadeel abductiesysteem: extra gewicht; zit in de weg bij op- en afstappen; slijtage kleren.
- t. Anti-spitsvoetsteunen: voetenbakjes met mediale onderbeensteun. Nadeel: kind kan niet zelf in/uit de steunen; enkel kan niet scharnieren. Voorbeeld: www.wulfhorst.de
- u. Banaanzadel monteren.

Zelfstandig de voet op het pedaal zetten

- v. Contragewicht onder pedalen (zie 1k).

Voorkomen dat de voet van het pedaal afglijdt

- w. Voetenbakjes inclusief fixatierimpjes monteren. Nadeel: voet zit vast bij vallen; kind kan riempjes niet zelf los en vast doen.
- x. Halve beugel over de wreef maken. Voordeel: kind kan zelf erin en eruit, mits contragewicht.
- y. Balanspedalen: pedaal inclusief contragewicht, met een riempje over de wreef. Voorbeeld: www.vanraam.nl
- z. Toeclips monteren. Dit zijn voetfixaties voor wielrenners, in de reguliere handel te koop.
 - Hele toeclips: ondersteuning teengedeelte én riempje over de wreef. Nadeel: voet zit vast bij vallen; kind kan er niet zelf in of uit.
 - Halve toeclips: alleen teengedeelte wordt ondersteund. Voordeel: voet zit niet vast; kind kan zelf voet eruit halen. Nadeel: voet kan naar de zijkant toch van het pedaal af.

Voorkomen spitsvoet tijdens het fietsen

- aa. Zadel lager zetten om extensiesynergie te voorkomen/verminderen.
- bb. Voetenbakjes in combinatie met katrol-touw systeem (zie 3n).
- cc. Anti-spitsvoetsteunen (zie 3s).
- dd. Dubbele trapas: vanuit een extra trapas gaat een extra crank naar het pedaal en dwingt daarmee het pedaal voortdurend in de juiste stand. Voor informatie: dhr. Geijtenbeek (zie adressenlijst).
- ee. EVO: enkel-voet-orthese (dit is geen fietsaanpassing).

Spasme remmende fietshouding

- ff. Zadel lager zetten om snelle rek op m. gastrocnemius te voorkomen.
 - gg. Bekrachtigen pedaal met midden van de voet i.p.v. bal van de voet. (prikkel op bal van de voet wekt spasme / clonus op).
 - hh. Druk over de gehele voet verdelen door: een langer pedaal (de hele voet ondersteunen) of door een enkel-voet-orthese.
 - ii. Ligfiets / zitfiets. Kenmerken lig-/zitfiets:
 - Relatief kleine heuphoek, doordat de pedalen hoger gemonteerd zijn ten opzichte van het zadel dan bij een "gewone" fiets. Deze houding werkt inhiberend.
 - Kuipzitting i.p.v. zadel.
- www.pomnijmegen.nl www.freewiel.nl www.sinner-demon.nl www.trimobil.com
www.draisin.com

4. Inschakelen bovenste extremiteiten

Vasthouden stuur bij flexiesynergie en/of ATNR

Diverse stuuraanpassingen: www.rzh.nl www.haverich-reha.de

- a. Stuur dicht naar het kind / geflecteerde arm toebrengen, ook tijdens het nemen van bochten:
 - Stuur richting zadel kantelen, indien nodig middels een verstelbare stuurpen of het omdraaien van de stuurpen.
 - Stuur kiezen dat uit 2 delen bestaat: beide delen apart instelbaar in positie en hoogte.
 - Type stuur kiezen dat past bij de houding van het kind. Bijvoorbeeld: stuur waarvan de handvatten richting zadel wijzen. Dit is een stuur met een zogenaamde "N.S.U.-bocht".
 - Stuurdelen met een buis verbinden. Voorbeeld: www.haverich-reha.de
 - Hemi-stuur monteren: vierkant, doorlopend stuur. Voorbeeld www.vanraam.nl
Dit stuur eventueel wegklapbaar maken zodat het met opstappen niet in de weg zit.
 - www.huka.nl
 - Monteren "bar ends" (opzetstukje voor ATB -sturen, reguliere handel).

- Stuurbegrenzer monteren zodat het stuur niet te ver draait en snel omklapt, waardoor de hand eraf schiet. Nadeel: grote draaicirkel fiets. Vaak zit een stuurbegrenzer standaard op de fiets. *Voorbeeld:* www.wulfhorst.de
- b. Handvat aanpassen op geïmpregneerde hand:
 - Anatomisch handvat.
 - Handvat van hard of juist zacht materiaal.
 - De vorm van het handvat aanpassen, zodat een andere greep mogelijk is, bijvoorbeeld een bolgreep.
- c. Hand / arm fixeren op het stuur:
 - Handpalk of handschoen met klittenband aan het stuur bevestigen. Nadeel: hand staat in één positie, kan niet draaien ten opzichte van het stuur. Stuurbegrenzer monteren om te voorkomen dat de hand de uiterste positie van het stuur bereikt. Gevaarlijk bij vallen.
 - Onderarmsteun op het stuur met een scharnierende kogelkop zodat arm kan draaien ten opzichte van het stuur. Stuurbegrenzer monteren. Gevaarlijk bij vallen.

Bedienen rem bij beperkte spierkracht en/of flexiecontractuur hand

- d. Klein type remhendel.
- e. Remhendel kiezen die instelbaar is (dichter bij het stuur te zetten).
- f. Remsysteem kiezen dat licht bedienbaar is: V-brake (vaak standaard op de fiets) of hydraulisch.
- g. Remhendel boven op het stuur monteren: remmen door hand erop te duwen.
- h. Drukrem: stuur dat tevens als rem fungeert: drukken op het stuur = remmen. Nadeel: je kunt niet te veel leunen op het stuur tijdens het fietsen.
- i. Doorlopend (vierkant) stuur (hemi-stuur) monteren met doorlopende remhendel die boven het stuur ligt: remmen door met hand erop te duwen.
- j. Het doortrapsysteem van een fiets wordt door veel kinderen als rem gebruikt: de fiets proberen te stoppen door niet meer te trappen. Let op: het is geen rem!
- k. Fiets met terugtraprem. Nadeel: niet te combineren met doortrapper.
- l. Dubbele remhendel: één remhendel bekrachtigt voor- en achterrem. Dit kan alleen indien één hand een heel goede functie heeft! *Voorbeeld:* www.vanraam.nl

Extra:**Meeneembaar maken van driewieler:**

- a. Opvouwbare driewieler www.holland-bikes.nl www.freewiel.nl www.wulfhorst.nl
- b. Fietsendrager (achter op de auto) www.nijland.com www.twinnylload.nl

WEBSITES EN ADRESSEN**Websites van fabrikanten / distributeurs / importeurs.**

Niet alle hieronder genoemde firma's hebben een importeur in Nederland. Ze zijn hier toch vermeld vanwege interessante producten die ze leveren.

Website	Telefoonnummer	Opmerkingen
www.cemex.nl	030-6067800	Levert Vermeiren fietsen
www.draisin.com	0049-784166770	
www.freewiel.nl	0497-531270	
www.haverich-reha.de	0049-5219247230	
www.holland-bikes.nl	0229-271005	
www.huka.nl <i>website nog niet actief</i>	0541-572472	Zie www.revagids.nl
www.inca-techniek.nl	0182-352034	
www.linbike.nl	040-2950130	
www.nijland.com	0572-382222	
www.pomnijmegen.nl	024-3659550	
www.roam.nl	073-5997042	
www.rzh.nl <i>deel website nog niet actief</i>	071-4060270	E-mail: eve@rzh.nl
www.sinner.demon.nl	0595-464318	
www.vanraam.nl	00543-473002	
www.vermeiren.be		Zie Cemex
www.wulfhorst.de	0049-524198680	

Diverse websites

www.geocities.com/aangepastfietsen	Naslagwerk voor ergotherapeuten.
www.handywijzer.nl	Info voor gebruikers van hulpmiddelen en diens verleners.
	Geeft info over producten, leveranciers, wet- en regelgeving.
www.irv.nl	Informatie over hulpmiddelenwijzer.
www.revagids.nl	Gezamenlijke website van Firevaleden (vereniging van fabrikanten en importeurs van revalidatie hulpmiddelen).
www.ergovraagbaak.nl	Hier kun je vragen neerleggen.
www.grootveld.nl	Website van een ouder, een deel over fietsen.
www.michelkoene.nl	Bedrijf met producten voor verstandelijk gehandicapten, o.a. fietsen.
www.rehadat.de	Duitse databank voor hulpmiddelen.
www.fietsen.startkabel.nl	Startpagina.
www.fiets.pagina.nl	Startpagina.

Diverse adressen

kordata@wxs.nl	E-mail adres van Kor van Hulten (arts): voor specifieke medische vragen in relatie tot fietsen.
	Adres: ter Hulstraat 7, 3981 CD Bunnik
	Ontwerpt en maakt aangepaste fietsen.
	Adres: Kerkeland 10, 3958 EW Amerongen
	Telefoon: 0343-457167

Dhr. v. Geijtenbeek

Bijlage 5 Wet- en regelgeving

Er zijn verschillende wetten op grond waarvan individueel aangepaste fietsen aangevraagd kunnen worden. De motivering bij de aanvraag verschilt per wet en per situatie. Het komt ook voor dat de fiets niet wordt verstrekt, of dat een andere voorziening, dan gewenst, wordt aangeboden. Onder welke wet de aanvraag van een aangepaste fiets valt, hangt af van de woon- of werksituatie van mensen met beperkingen, dan wel de soort school waarop zij zitten.

Relevante wetten zijn:

- Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) (art. 2)
Mensen met beperkingen die thuis, of zelfstandig wonen, vragen de fiets aan in de gemeente waar zij wonen bij het bureau voorzieningen gehandicapten van deze gemeente.
Bewoners van AWBZ gefinancierde zorginstellingen kunnen soms, in het kader van een vervoersvoorziening, een aangepaste fiets via de hun gemeente krijgen.
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
Mensen met beperkingen, die in een door de AWBZ gefinancierde zorginstelling wonen, kunnen een fiets uit het budget van de instelling krijgen. Uitzonderlijk persoonsgebonden aanpassingen kunnen bij het zorgkantoor worden aangevraagd.
- Wet op de Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA)
Mensen met beperkingen kunnen zelf een aangepaste fiets op grond van de Wet REA aanvragen indien zij:
 - Een beroepsopleiding volgen (art. 22)
 - Werknemer zijn (art. 31)Er zijn geen eigen bijdragen aan de toekenning van de fiets verbonden.
* De kinderen van onze doelgroep vallen niet onder deze regeling.

Onderwijs

Bekostigingsstelsel (voortgezet) speciaal onderwijs

Uit gelden van deze regeling kunnen op scholen voor speciaal onderwijs fietsen en (individuele) fietsaanpassingen worden betaald.

Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

Het gemeentebestuur heeft in het kader van de wet voorzieningen gehandicapten een zorgplicht voor de inwoners van zijn gemeente. Dit houdt in, dat gemeentebesturen behoren te streven naar een zodanige invulling van hun zorgplicht, dat door het verstrekken van één of meer voorzieningen de gehandicapte zoveel mogelijk deel kan nemen aan het maatschappelijk leven op een vergelijkbare wijze als de niet gehandicapte mens. De Wvg is gericht op het bevorderen van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de betrokken gehandicapte.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft een modelverordening geschreven, waarin staat wat een gemeente minimaal in zijn verordening op moet nemen.

Door de onderling grote verschillen tussen gemeenten in de uitvoering van de Wvg en problemen bij de toekenning van voorzieningen, is er een Protocol Wvg opgesteld.

In het Protocol Wvg (maart 2002) ondertekent door de toenmalige minister Vermeend, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de belangenorganisaties (zie onderstaande informatie), wordt gesteld dat het primair de cliënt is die het beste kan aangeven, op welke wijze zijn belemmeringen optimaal kunnen worden opgeheven of verminderd.

Het komt er dan, in het kort, op neer dat de cliënt er voor kan kiezen, om zijn voorziening zelf aan te schaffen. Hiertoe kan hij dan het bedrag van de goedkoopst adequate voorziening gebruiken en zelf de meerkosten voor de voorziening betalen.

In Utrecht wordt er, bij wijze van proef, al een aantal jaren gewerkt met een Persoonsgebonden Budget (PGB) voor voorzieningen.

Fietsen vallen onder de vervoersvoorzieningen van de Wvg.

Elke gemeente vergoedt fietsen, maar bij de uitvoering verschillen de gemeenten. Zo zal de ene gemeente geen eigenbijdrage vragen en een andere gemeente weer wel. Deze eigenbijdrage kan verschillen op grond van het inkomen van de gehandicapte zelf of van zijn ouders als hij nog minderjarig is. Deze eigenbijdrage kan oplopen tot € 450. De gemeente gaat er in dit geval dan vanuit dat het algemeen gebruikelijk is dat een Nederlander een fiets heeft.

Fietsen die bij een reguliere fietsenmaker te koop zijn worden doorgaans niet vergoed. De Centrale Raad van Beroep heeft hier een uitspraak over gedaan. (zie onderstaande informatie) In de praktijk blijkt echter dat, door met de gemeente te onderhandelen er vaak een oplossing gevonden wordt. In elk geval is het van belang om bij de aanvraag van een individueel aangepaste fiets, in het kader van de Wvg, een goede motivering te gebruiken. De Wvg kent geen recreatieve voorzieningen. Fietsen worden verstrekt als een vervoersvoorziening en voor het vergroten van de zelfstandigheid. Met name bij kinderen is de motivering: het ontwikkelen van de motoriek en vergroten van de zelfstandigheid.

Bewoners van AWBZ gefinancierde zorginstelling kunnen soms in aanmerking komen voor een aangepaste fiets via de Wvg. Er zijn hier geen eenduidige regels voor, waardoor er grote verschillen tussen de gemeenten zijn.

Mogelijk is het bijvoorbeeld dat een AWBZ bewoner in het kader van een vervoersvergoeding een aangepaste fiets krijgt. Deze wordt dan in de plaats van een vervoersvergoeding binnen de gemeente verstrekt. De vervoersvergoeding voor buiten de gemeente grenzen krijgt hij dan nog wel.

Ondanks dat de gemeente binnen 8 weken (verlenging van deze tijd tot 12 of 14 weken is mogelijk bij complexe aanvragen) een besluit moet nemen over de toekenning van de voorziening, kan de procedure tussen de aanvraag en de uiteindelijke verstrekking soms lang zijn.

Met name bij kinderen moet er dan rekening worden gehouden met veranderde maten en ontwikkelingen van het kind.

Modelverordening VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten)

- Website www.vng.nl: De modelverordening VNG van de Wvg staat niet op de website. In elk geval niet op het publieke gedeelte.
- VNG tel: 070.373 83 93. De modelverordening is alleen te bestellen via hun eigen uitgever.
- Gemeente: Zij geven alleen als er bezwaar wordt aangetekend tegen een besluit, een kopie van dat deel van de modelverordening, dat de aanvraag betreft. Dit is een regel i.v.m. leges. .

Wij zien af van het bestellen van de modelverordening, omdat elke gemeente een eigen verordening heeft. Een goede motivering en zonodig met de gemeente onderhandelen is in de praktijk toch de beste strategie gebleken.

Het is aan te raden om een deel van de modelverordening bij de gemeente op te vragen als er bezwaar aangetekend wordt.

Protocol

Op de website van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) www.cg-raad.nl staat het Protocol Wvg met het persbericht d.d. 26 maart 2002, van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De toenmalige minister Vermeend van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft met de VNG en belangenorganisaties afspraken gemaakt om de voorzieningen in het kader van de Wvg te verbeteren. Deze verbeteringen zijn opgenomen in het Protocol Wvg, dit is door alle partijen ondertekend.

De toepassing van het Protocol door de gemeenten en de rechterlijke toetsing aan het Protocol, zal door het ministerie worden gevolgd en na een jaar worden geëvalueerd.

Er komt binnenkort een wetwijziging van de Wvg, deze wijziging biedt de mogelijkheid om het Protocol Wvg vast te leggen in een algemene maatregel van bestuur (besluit door de Minister genomen, dus niet door de Kamer) Indien uit de evaluatie blijkt dat het Protocol niet adequaat wordt nageleefd, kan de minister bepalen (middels een algemene maatregel van bestuur) dat het Protocol van kracht wordt.

De afspraken in het Protocol hebben betrekking op verbetering van de uitvoering van de Wvg, o.a.:

- Bij de toekenning zal rekening worden gehouden met de persoonlijke behoeften en omstandigheden van de cliënt.
- De toegekende voorziening is er op gericht om voor de cliënt een gelijke of zo goed mogelijk vergelijkbare positie te creëren zoals een persoon zonder beperkingen heeft. Het gaat daarbij om het gebied van leven, verzorgen, slapen, leren, werken en andere activiteiten die mensen verrichten.

Jurisprudentie

- *Centrale Raad van Beroep* (CRvB) in Utrecht.
Er is weinig jurisprudentie over fietsen.
 - Fietsen, snorfietsen en scooters vallen niet onder de verstrekking van de Wvg.
 - Een bakfiets voor een rolstoel ook niet.Volgens de griffier is de oorzaak van de geringe jurisprudentie bij de CRvB dat men vaak door onderhandelen met de gemeente tot overeenstemming komt, of dat de uitspraak van een lagere rechtbank geaccepteerd wordt.
Alleen met de uitspraak van de CRvB kan een verstrekking afgedwongen worden.
Een website met recente jurisprudentie is www.rechtspraak.nl
- *Handy wijzer*: via de website www.handywijzer.nl jurisprudentie is op het ledendeel van deze website te vinden.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ kan op twee manieren bijdragen aan de verstrekking van een fiets.

1. Uit het jaarlijkse budget van de instelling.
In het jaarlijkse budget van een in het kader van de AWBZ gefinancierde instelling zit een bedrag dat bestemd is voor de aanschaf van o.a. fietsen. De zorginstelling bepaalt zelf de besteding van dit budget.
Zo kan de zorginstelling (driewiel)fietsen aanschaffen, die door verschillende bewoners kunnen worden gebruikt. Ook kan er uit dit budget een fiets worden aangepast voor een individuele bewoner. Er zijn zorgaanbieders die, in dit laatste geval, een eigenbijdrage aan de bewoner vragen.
2. Bovenbudgettaire
Wanneer een bewoner, op grond van zijn beperkingen, uitzonderlijk persoonsgebonden aanpassingen aan een fiets nodig heeft, kan er een beroep gedaan worden op de z.g. bovenbudgettaire gelden van de AWBZ.
De aanvraag wordt gedaan door de arts van de instelling. Na toekenning wordt er door het Zorgkantoor, uit de bovenbudgettaire gelden van de AWBZ, extra geld aan de instelling uitgekeerd om de hulpmiddelen aan te schaffen.
Er zijn geen eigenbijdragen aan deze toekenning verbonden.

Onderwijs

Bekostigingsstelsel (voortgezet) speciaal onderwijs
Scholen krijgen gelden om voor hun materiële instandhouding, zoals: meubilair, leermiddelen, enz.
Dit is een vastbedrag per leerling.
Scholen voor bijzonder onderwijs krijgen meer geld per leerling, afhankelijk van de soort school.
De mytyschool kan dus uit deze gelden o.a. fiets en fietsaanpassingen voor zijn leerlingen aanschaffen.

Fondsen

Wanneer de kosten door geen enkele officiële instantie vergoed worden kan er een beroep gedaan worden op fondsen, zoals Het Ango Fonds. www.handicap.nl
De mogelijkheid om toekenning van gelden uit een fonds te krijgen, is afhankelijk van het feit of de aanvraag binnen de regels van de toekenning van het betreffende fonds valt.

Bronnen:

- Adriaansz, E.(2000) Eindschrijft Hogeschool van Rotterdam, opleiding ergotherapie
www.geocities.com/aangepastfietsen/regel.htm
- *Bekostigingsstelsel (voortgezet) speciaal onderwijs*, Programma's van eisen voor het jaar 2002, Bijlage bij het besluit van de Staatsecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, PO/A-2001/ 35689 van 27 september 2001.
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), *Protocol Wvg*, maart 2002, www.cg-raad.nl
- Regionaal Patiënten Consumenten Platform (rpcp), *Verordening Wvg*, van een gemeente, juni 2002.
- Telefonische informatie:
 - Zorgkantoren Waardenland en Utrecht
 - Zorgverzekeraar Nederland (ZN)
 - College voor Zorgverzekeringen (CVZ) www.cvz.nl
 - College Tarieven gezondheidszorg (CTG)
 - Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen www.ocenw.nl
 - Inkoop en Reïntegratiediensten (IR), afdeling voorzieningen
 - Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) www.vng.nl
 - Informatie- en Adviescentrum op het gebied van Revalidatie en Handicap (iRv)
 - Centrale Raad van Beroep (CRvB) www.rechtspraak.nl
- *Wet voorzieningen gehandicapten*, Regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten, Wettekst en toelichting Tweede Kamer, vergaderjaar 1992-1993, Sdu Uitgeverij 's-Gravenhage, 1992.
- www.handywijzer.nl Aan de laatste versie aangepast, 1 juli 2002.
- www.uwv.nl Uitvoering werknemersverzekeringen.
- www.handicap.nl Het Ango Fonds.