

Richtlijn voor Ergotherapie binnen een onderwijssetting.

Inleiding

De huidige en toekomstige verandering in geldstromen in zowel onderwijs als zorg, maakt dat de afbakening tussen onderwijs (en bijbehorende preventie) en paramedische zorg (en bijbehorende curatie) een actueel punt is. Zo wordt er gekeken op welke wijze de curatieve zorg binnen de school bekostigd moet worden. Hierdoor ontstaat een scheiding tussen enerzijds onderwijs gerelateerde zorg ten laste van het onderwijs, en anderzijds paramedische zorg via de bekostiging van de zorgverzekeraar.

Ook ergotherapie pleit voor het mogelijk maken van curatieve zorg binnen de eerste lijn, vergoed vanuit de Zvw, bij kinderen met een hulpvraag ten aanzien van het dagelijks handelen. Voordat de behandeling start vindt er een onderzoek plaats middels een assessment op een voor de hulpvraag en het kind best passende locatie. Dit kan ook de school locatie zijn.

Voor een kind maakt het functioneren in een onderwijssetting een groot deel uit van zijn specifieke context. Bij kinderen kan het voorkomen dat er weinig of geen problemen worden gesignaleerd in de thuissituatie maar juist wel in de schoolsituatie, omdat daar andere eisen aan het kind worden gesteld. Daarnaast kan het zijn dat een bepaalde vaardigheid geen probleem vormt in de behandelpraktijk, maar deze vaardigheid niet zelfstandig uitgevoerd kan worden in de daadwerkelijke context. Denk hierbij aan het omkleden in een druk kleedlokaal, of het zelfstandig organiseren en maken van een knutselopdracht te midden van andere kinderen in de klas. Daarnaast worden er ook eisen gesteld aan tempo en nauwkeurigheid van schoolse vaardigheden, zoals schrijven. Bij veel kinderen vindt niet automatisch de transfer plaats van de geleerde vaardigheden in een gestandaardiseerde praktijkomgeving naar bijvoorbeeld de onderwijssetting of andere situaties. Kinderergotherapeuten behandelen daarom in de omgeving (context) waar het probleem zich voordoet. Bovendien heeft onderzoek aangetoond dat behandelen in de context effectief is. (Darrah et al., 2011).

De behoefte bestaat om eenduidigheid te creëren in de aard van deze aangeboden zorg, met name als het gaat om interventies uitgevoerd in de schoolse omgeving, evenals transparantie over welke zorg geleverd wordt.

Betreffende dit onderwerp is er een aantal belangrijke ontwikkelingen gaande:

- De stelselherziening Passend Onderwijs wordt vanaf augustus 2014 ingevoerd. Samenwerkingsverbanden van scholen hebben dan zorgplicht voor alle kinderen. Hierdoor wordt het takenpakket van de leerkracht verzaamd. Leerkrachten krijgen steeds meer te maken met kinderen met verschillende diagnoses die extra ondersteuning nodig hebben. Als spil van de zorgstructuur op een school bieden intern begeleiders ondersteuning aan leerkrachten. Ergotherapeuten worden ingeschakeld als er specifieke zorgvragen betreffende het dagelijks handelen van het kind zijn die niet door het schoolteam beantwoord kunnen worden.
Bijlage: passend onderwijs
- Vanuit zorgverzekeraars wordt aangegeven dat beheersing van de zorgkosten van groot belang is. Er wordt een beroep gedaan op de hulpverleners om kritisch mee te denken over de achtergrond van de hulpvraag. In de zorgverzekeringswet staat

beschreven dat ergotherapie verzekerde zorg is: "Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar."

- Wettelijk is bepaald dat cliënten sinds 1 augustus 2011 zonder verwijsbrief van de (huis)arts naar de ergotherapeut kunnen. De meeste zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid tot Directe Toegankelijkheid Ergotherapie (DTE) opgenomen in de contracten van 2012. De DTE kan kostenbesparend werken omdat een consult bij de (huis)arts niet langer noodzakelijk is.

Doelstelling van het protocol

Verschillende zorgverzekeraars hebben verschillende bepalingen opgenomen in de zorgovereenkomsten ten aanzien van het toestaan van ergotherapiebehandeling voor het schoolgaande kind op de locatie 'school'.

Dit vraagt om een richtlijn dat duidelijkheid geeft aan de beroepsgroep, de cliënten en hun betrokkenen en de financiers wanneer er wel en wanneer er niet een indicatie is om het kind op school, in de klas, te observeren, te testen of te behandelen.

Dit document is door Ergotherapie Nederland in samenwerking, o.a. met Kinderergotherapiepraktijken Nederland (Ketp Nederland, zie bijlage 1), opgesteld.

Achtergrond protocol voor Ergotherapie binnen een onderwijssetting.

Ergotherapie bij kinderen is gericht op het mogelijk maken van het handelen, zodat participatie – het actief deelnemen van kinderen aan het dagelijks en maatschappelijk leven – gerealiseerd wordt ten behoeve van gezondheid en welzijn. Dit wordt bereikt door de handelingsmogelijkheden van het kind en zijn familie, zijn organisatie en zijn populatie te benutten en te vergroten, dan wel door de sociale en fysieke omgeving te gebruiken en/of aan te passen (van Hartingsveldt MJ, Logister- Proost I, Kinébanian A. Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: Ergotherapie Nederland; 2010.).

Doelgroep

Kinderergotherapeuten werken met kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar die een verminderde participatie in het dagelijks en maatschappelijk leven ervaren door:

1. lichamelijke, psychische en/of verstandelijke beperking;
2. leer-, gedrags- of ontwikkelingsproblemen;
3. belemmeringen in hun sociale of fysieke omgeving.

Bron Beroepsprofiel Kinderergotherapie.

Doel

Kinderergotherapie richt zich op preventie en interventie met als doel participatie van kinderen in de diverse handelingscontexten. De schoolcontext is een belangrijke omgeving van kinderen omdat zij gedurende minstens 14 jaar zo'n vijf à zes uur per dag op school bezig zijn.

Ergotherapie binnen een onderwijssetting kan zich richten op verschillende niveaus, het schoolsysteem, de directie, leerkrachten, intern begeleiders, ouders, groepen kinderen en het individuele kind. In dit protocol wordt alleen de behandeling beschreven van het individuele kind.

Kinderergotherapeut

Een ergotherapeut heeft een 4-jarige bachelor HBO-opleiding Ergotherapie afgerond. Een kinderergotherapeut werkt cliënt-gericht, is op het dagelijks handelen gericht, werkt in de context van de hulpvraag en werkt evidence-based. Daarnaast maakt de ergotherapeut gebruik van leeftijdsspecifieke assessments om het motorisch ontwikkelingsniveau en/of het niveau van fysiek en dagelijks functioneren van een kind te evalueren en een afwijking/vertraging objectief vast te kunnen stellen.

Bijlage 2: CPPF model afkomstig uit het adviesdocument Ergotherapie bij het schoolgaande kind.

In opdracht van Ergotherapie Nederland (EN) is het profiel voor de 'specialisatie kinderergotherapeut' ontwikkeld. Per april 2014 zal dit werkelijkheid worden. Er zal een register worden geopend voor hen die met goed gevolg de post-HBO opleiding tot kinderergotherapeut hebben afgerond.

Onderwijsproblematiek

Hulpvragen ten aanzien van schoolse vaardigheden zijn een veelvoorkomende verwijzing naar de kindergoedebegeleider. Op scholen is het mogelijk om in multi-professionele setting (in samenwerking met ouders en onderwijs) kinderen, in hun dagelijkse omgeving te behandelen.

Ergotherapie in de schoolse omgeving

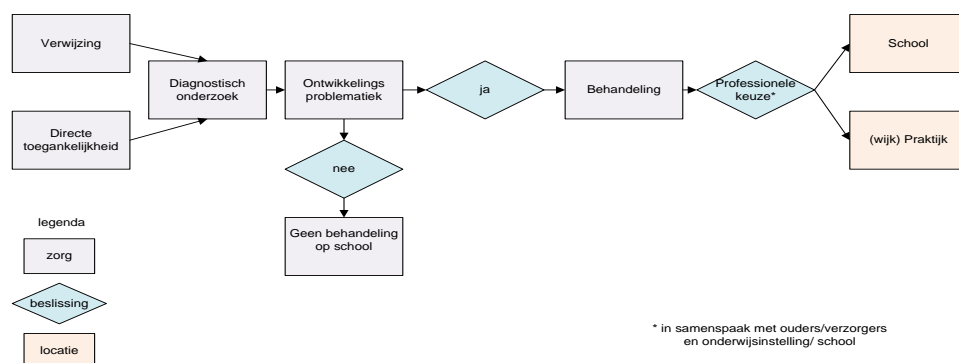
De context waarbinnen de hulpvraag van het kind zich voordoet is een belangrijk aangrijpingspunt binnen de ergotherapeutische behandeling. Voor kinderen is deze probleem-gerelateerde context dikwijls de schoolse omgeving. Dit komt doordat:

- Kinderen een groot deel van de dag doorbrengen op school;
- School ten opzichte van thuis een 'meetbare' omgeving vormt, waar vergelijking met leeftijdsgenoten mogelijk is;
- School een duidelijk kader biedt waarin problematiek gesignaleerd wordt;
- School om activiteiten vraagt waarbij specifieke vaardigheden nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan het schrijven waarin vastgestelde normen en verwachtingen gedefinieerd zijn.

Het overdragen van kennis en het aanleren van schoolse vaardigheden is de primaire verantwoordelijkheid van het onderwijs. In dit proces spelen de leerkracht, intern begeleider en remedial teacher een belangrijke rol. Het zorgpad binnen of buiten de school vindt op dit moment plaats in de vorm van Weer Samen Naar School (WSNS) of ambulante begeleiding uit een expertisecentrum gekoppeld aan een van de vier clusters. Het aandachtsgebied van de ergotherapeut is gericht op de hulpvraag ten gevolge van een medische diagnose, ontwikkelingsstoornis of ontwikkelingsachterstand van het kind, waarbij:

1. de ontwikkeling van procesvaardigheden (o.a. aandacht, organisatie, taakgerichtheid) van de leerling verhinderd of belemmerd wordt en/of
2. de condities of omstandigheden die het functioneren of het ontwikkelen van motorische vaardigheden van de leerling verhinderd of belemmerd worden.

De keuze tussen behandeling op school of in de praktijk is binnen de ergotherapie afhankelijk van de professionele keuze van de behandelaar. Hierbij is de hulpvraag van het kind leidend. (Zie ook bijlage 3: Position paper kinderkoepels)



Figuur 1 schema ergotherapeutische zorg op de beste locatie voor het kind¹

Richtlijn voor Ergotherapie binnen een onderwijssetting.

Ergotherapie Nederland streeft naar eenduidige werkwijze van kinderergotherapeuten binnen een onderwijssetting op basis van bestaande wet- en regelgeving. Hierin moet recht gedaan worden aan de hulpvraag van ouders en kind in de specifieke context.

Zoals in dit document duidelijk wordt werken ergotherapeuten primair op de plek waar een hulpvraag zich voordoet. Het werken in de context kan op vele manieren. Onderzoek en behandeling vindt daar plaats waar het ergotherapeutisch noodzakelijk is. Dat kan op de praktijk (niet zijnde in de school), de praktijk (gevestigd in de school), of gewoon op school/ in de klas. Continue behandeling in de onderwijssetting (o.a. in het klaslokaal, kleedruimte) heeft niet vanzelfsprekend de voorkeur. Ook slechts een deel van de observatie en of behandeling in de context kan volstaan.

Als er na een weloverwogen analyse behandeling in de context nodig is, worden de volgende regels nageleefd.

Richtlijn

Waar in het document wordt gesproken over ouder, kan dit worden gelezen, als zijnde de directe verzorgende.

1. Een kind wordt aangemeld door ouders bij de praktijk met een hulpvraag. Aanmelding bij de praktijk gebeurt nimmer door derden, die niet bij de opvoeding betrokken zijn.
2. De intake, vindt plaats in de praktijk in aanwezigheid van (één van) de ouder(s).
3. Het analyseren van het probleem, o.a. door middel van het gebruik van observaties en meetinstrumenten zoals een schrijfobservatie of (motorische) ontwikkelingstest, kan zowel in de eigen praktijk als in de onderwijssetting plaats vinden. Dit laatste kan slechts in die gevallen waarbij de hulpvraag zich voordoet in deze context en niet onderzocht kan worden in de behandelpraktijk omdat daar relevante factoren voor het probleem afwezig zijn. Hierbij kan worden gedacht aan de aanwezigheid van andere kinderen, de materialen op school, het plekje van het kind in de klas) die een meerwaarde heeft voor de klinische relevantie van het onderzoek of voor de test.

Wanneer blijkt dat de hulpvraag onvoldoende kan worden onderzocht in de therapiesituatie en een observatie in de context van het handelen (klas, omkleedruimte van of in de gymzaal zelf, speelplein) noodzakelijk is, worden observaties in de schoolsituatie uitgevoerd. Hierbij kan gedacht worden aan problemen in de motorische- of proces-vaardigheden, waardoor het kind de leerlijn van het onderwijs niet kan volgen en waar mogelijk ook de omgeving (fysiek / sociaal) invloed heeft op de uitvoering van de taak (het handelen). Maar ook bij kinderen met een medische indicatie, waarbij observatie en behandeling na schooltijd niet meer mogelijk of effectief is. De ergotherapeut dient hierbij te allen tijde binnen de kaders van de leerplichtwet te handelen.

4. Na de observatieperiode zal samen met kind en ouders een behandelplan worden afgestemd en vastgesteld.
Intake, anamnese en onderzoek vinden altijd plaats in aanwezigheid van ouder(s), evenals het afstemmen van het behandelplan en de tussen- en eindevaluaties. In alle andere situaties worden de ouder(s) zoveel mogelijk op de hoogte gehouden en betrokken bij het behandelproces.
5. Tussentijdse evaluatie van de gekozen doelstellingen zal gezamenlijk met kind en ouder(s) plaatsvinden.
6. De ouder zal in het kader van de transfer naar de thuissituatie, bij voorkeur gedurende elke behandeling aanwezig zijn, tenzij deze aanwezigheid geen positieve invloed heeft op de motivatie van het kind of de voortgang van de behandeling.
Indien de ouders niet aanwezig kunnen zijn, worden zij zoveel mogelijk op de hoogte gehouden en betrokken bij het behandelproces.
7. Screening zonder directe, individuele hulpvraag, op verzoek van derden (bijv. leerkracht kleuterschool of IB'er) is niet toegestaan binnen het kader van de ZVw.

Indicatie voor behandeling door de ergotherapeut wordt bepaald door professioneel redeneren volgens het methodisch ergotherapeutisch handelen. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde en genormeerde meetinstrumenten en observatiemethoden die behandelindicatie en het formuleren van behandeldoelen kunnen ondersteunen.

Bijlage 2: CPPF model afkomstig uit het adviesdocument Ergotherapie bij het schoolgaande kind.

8. Bij kinderen met (fijnmotorische- en/of) schrijfproblemen zijn de Mc. Master Handwriting Assessment Protocol en de Evidence Statement motorische schrijfproblemen (ES) leidend in onderzoek en behandeling.
9. De ergotherapeut gaat een behandelovereenkomst aan met de ouders. Dit document wordt toegevoegd aan het (elektronisch) patiëntendossier.
Daarin staat vermeld:
 - Ouders geven toestemming voor behandeling op school.
 - Ouders zijn verantwoordelijk voor het afzeggen van de behandeling.
 - Ouders zijn zoveel mogelijk aanwezig bij de behandeling.
 - Bij het niet nakomen van de afspraak, gelden dezelfde regels als voor behandeling in de praktijk, of aan huis.
10. Indien de kinderergotherapeut structureel voor meer dan 2 uur per week werkzaam is op een school, is deze locatie aangemeld bij Vektis en deze locatie dient aan dezelfde criteria te voldoen als een reguliere locatie.

In dit geval sluit de kinderergotherapeut een overeenkomst af met de onderwijssetting. De kinderergotherapeut is niet in dienst van de school maar zelfstandig werkzaam en dus zelf eindverantwoordelijk.

11. De kinderergotherapeut beschikt (voor de situaties zoals genoemd onder 10) binnen de onderwijssetting over een geschikte behandelruimte die voldoet aan de inrichtingseisen van Ergotherapie Nederland. De school draagt verantwoording voor de beschikbaarheid van de ruimte voor de kinderergotherapeut in de afgesproken tijden.
12. Incidentele observaties/behandelingen op school worden gedeclareerd als behandelingen in de thuissituatie, zoals bij een huisbezoek. Bij structurele behandeling op een school wordt er geen aan huis toeslag gerekend.
14. Incidentele observatie/ behandeling, met toestemming van de ouders, op school die onderdeel uitmaakt van de behandeling in de praktijk, hoeft niet gemeld te worden aan de zorgverzekeraar en onderhavig protocol is hier niet van toepassing.
15. De continuïteit van de behandeling wordt ongeacht de locatie te allen tijde door de ergotherapeut gewaarborgd, dus ook buiten schooltijd en tijdens schoolvakanties.
16. Ergotherapeutische behandelingen op school vallen binnen de aanspraak op de Zorgverzekeringswet. Behandelingen in het kader van een onderwijsopdracht vallen buiten de aanspraak Zorgverzekeringswet en komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorbeelden hiervan zijn:

- De overlegstructuren waar evt. ook ergotherapeuten aan deelnemen t.b.v. doelmatigheid en afstemmen van zorg en onderwijs. Deze dienen te worden gefinancierd door ouders, of vanuit de LGF (rugzak) of door de onderwijssetting en vallen dus niet ten laste van de ZVW.
- Indien er voor de betreffende aandoening reeds een aanspraak ten aanzien van paramedische zorg van het kind vanuit de AWBZ bestaat.

17. Binnen de context 'Speciaal onderwijs' geldt voor ergotherapeutische zorg ten laste van de zorgverzekeringswet dezelfde voorwaarden zoals gedefinieerd in onderhavig protocol. Ergotherapeutische zorg die onderdeel uitmaakt van het (zorg/diensten)pakket van de school voor speciaal onderwijs en/of binnen de indicatiestelling PGB of LGF wordt verleend, valt nadrukkelijk buiten de aanspraak Zorgverzekeringswet en komt niet voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking.

Bijlagen

1. Kinderergotherapiepraktijken Nederland (Ketp)
2. Canadian Practice Process Framework (CPPF)
3. Position paper kinderkoepels
4. Factsheet AWBZ en onderwijs d.d. 26-06-2013
5. Passend onderwijs

Bijlage 1

Kinderergotherapiepraktijken Nederland (Ketp)

Kinderergotherapiepraktijken Nederland (Ketp Nederland) is het kwaliteitsnetwerk voor kindergoetheapeuten werkzaam in vrijgevestigde praktijken. Binnen dit netwerk worden afspraken gevormd en nageleefd over de kwaliteit van behandelingen en bedrijfsvoering. Kijk voor meer informatie op www.ketp.nl

De geregistreerde 'Ketp Nederland deelnemer' heeft door middel van deelname aan de Ketp audit aangetoond te voldoen aan de vastgestelde eisen op het gebied van scholing, methodologisch werken en kwaliteit in praktijkvoering. Ketp Nederland is nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van de richtlijn.

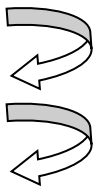



Bijlage 2

Canadian Practice Process Framework (CPPF)

Uit: Adviesdocument Ergotherapie bij het schoolgaande kind, Ergotherapie Nederland en Ketp, 2013.

Hieronder volgt de tabel en een samenvatting van de uitwerking zoals deze in het adviesdocument staat.

Om inzicht te geven in de stappen van het ergotherapeutisch behandelproces wordt gebruik gemaakt van het procesmodel: Canadian Practice Process Framework (CPPF).

Stap- pen	CPPF	Omschrijving	Taak	Vormgeving	
Stap 1	Enter / initiate	Beoordelen of er een indicatie voor ergotherapie is	Verwijzing/Intake	Op basis van verwijzing/DTE en intake	
Stap 2	Set the stage	Onderhandelen over de invulling van de samenwerking	Intake	Afspraak op de praktijk COPM, COSA, PACS	
Stap 3	Assess / evaluate	Persoonlijke, omgevings- en handelingsgerichte problemen in kaart brengen	Observatie	Activiteit	
			Screening	PEDI, SP, SSI, SFA	
			Assessments	KOEK, SOESSS, Beery VMI, BHK, SchoolAMPS	
Stap 4	Agree on objectives and plan	Opstellen van plan van aanpak met behandeldoelen	Plan van aanpak	Behandelplan i.o.m. kind en ouders	
Stap 5	Implement the plan	Het plan van aanpak uitvoeren	Behandeling	Behandelsessies	
Stap 6	Monitor and modify	Evalueren van behandeldoelen en plan van aanpak	Evaluatie doelen en plan van aanpak	Herobservatie en evaluatie i.o.m. kind en ouders	
Stap 7	Evaluate outcome	Evalueren van behandel-uitkomsten	Evaluatie uitkomsten	Evaluatief gesprek met ouders en kind (evt. met screeningsinstrument)	
Stap 8	Conclude /exit	Het gezamenlijk beëindigen van de behandeling	Afronding	Afrondend gesprek, CEE	

COPM, Canadian Occupational Performance Measurement; COSA, The Child Occupational Self Assessment; PACS, Paediatric Activity Card Sort; PEDI, Pediatric Evaluation of Disability Inventory; SP, Sensory Profile; SSI, School Setting Interview; SFA, School Function Assessment; KOEK, Korte Observatie Ergotherapie Kleuters; SOESSS, Standaard Observatie Ergotherapie Schrijven en Sensorische Schrijvoorwaarden; Beery VMI, Beery Developmental Test of Visual Motor Integration; BHK, Beknopte beoordeling Handschrift Kind; School-AMPS, School Assessment of Motor and Process Skills; CEE, Cliënten Ervaren Ergotherapie.

Toelichting:

1 Enter / initiate: beginpunt

Tijdens de startfase krijgen kind/ouders en ergotherapeut samen meer duidelijkheid over de problemen ten aanzien van het dagelijks handelen in de context. De therapeut geeft aan wat zijn/haar mogelijkheden zijn betreffende de vraag van de cliënt en verwijst zo nodig direct door naar een andere ergotherapeut of professional.

2 Set the stage: cliëntgerichte intake

De hulpvraag wordt concreet geformuleerd en geobjectiveerd. De therapeut nodigt kind/ouders en eventuele betrokkenen uit hun verhaal te vertellen, de problemen in het dagelijks handelen uiteen te zetten en aan te geven welke betekenis deze problemen hebben voor hen. Er vindt uitwisseling plaats van gemeenschappelijke verwachtingen.

Gebruik van theoretische kaders wordt overlegd naar de laatste evidence en werkervaring van de therapeut.

3 Assess / evaluate: onderzoek en analyse

Hier vindt gericht onderzoek plaats naar de oorzaak van de beperking in het handelen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van (gestandaardiseerde) observaties en testen:

De ergotherapeut interpreteert de resultaten van het onderzoek zodat een aannemelijke verklaring vastgesteld kan worden voor de problemen in het handelen van het kind en het kindsysteem. Sterke kanten en hulpbronnen van het kind(systeem) worden hierin meegenomen. Dit wordt vastgelegd in een korte rapportage. De bevindingen worden met kind en ouders gedeeld en de doelen voor behandeling worden samen opgesteld. Indien er sprake is van een ergotherapeutische indicatie worden doelstellingen SMART geformuleerd.

4 Agree on objectives and plan: overeenstemming plan

Het handelen dat problemen oplevert is middel en doel van de ergotherapie (occupation-based). De interventie vindt plaats in de context van het handelen dat problemen oplevert en is gericht op het kind(systeem), zijn omgeving en zijn handelen. Samenwerking staat centraal en krijgt vorm door het aangaan van de dialoog met kind, ouders en overige betrokkenen.

5 Implement plan: implementatie plan

Om verandering in te zetten in persoon, de omgeving en het dagelijks praktisch handelen wordt van diverse referentiekaders gebruik gemaakt

Samenwerking met kind, ouders en andere betrokkenen in de keten is hierbij uitgangspunt.

6 Monitor en modify: volgen en bijstellen

Bij de uitvoering van het plan van aanpak wordt er regelmatig geëvalueerd en worden indien nodig doelstellingen bijgesteld en interventies gewijzigd.

7 Evaluate the outcome: evaluatie

- Samen met ouders, kind en overige betrokkenen wordt de vooruitgang op de gestelde doelen geëvalueerd, met behulp van meetinstrumenten die ook in de eerste fasen gebruikt zijn. De interventie wordt afgerond als gestelde doelen zijn bereikt en kind en ouders geen nieuwe hulpvragen hebben.
- Indien kind en ouders nieuwe problemen in het handelen ervaren, wordt het ergotherapieproces verlengd en worden opnieuw doelen en plan van aanpak afgesproken.
- Indien de doelen niet bereikt zijn bespreken ergotherapeut, kind en ouders een vervolg, waarbij verwijzing naar een andere professional tot de mogelijkheden behoort.
- Ouders worden gevraagd een vragenlijst (CEE) in te vullen om de ervaringen van de klant te meten.

8 Conclude, exit: conclusie, einde

Bij het beëindigen van het ergotherapieproces moet voor beide partijen duidelijk zijn wat de reden hiervoor is. Er wordt een eindverslag geschreven over het resultaat van de interventie aangevuld met eventuele adviezen en afspraken. Dit verslag wordt verstuurd naar de verwijzer, ouders en andere betrokkenen.

Tijdens het hele proces bekijkt de ergotherapeut kritisch of er bij het getoonde handelingsprobleem aangrijpingspunten zijn voor de ergotherapeutische behandeling of dat voor dit probleem het betrekken van andere specialismen wenselijk zou zijn.

Bijlage 3

Position paper kinderkoepels
d.d 26-06-2013



Position paper Kinderplatform paramedische beroepsverenigingen

Initiatiefnemers: EN/kinderplatform; VvOCM/kinderplatform; NVLF; NVFK

We cure *De beroepsgroepen fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie objectiveren en behandelen ontwikkelingsproblematiek van kinderen. Op scholen is het mogelijk om in multi-professionele setting (in samenwerking met ouders en onderwijs) kinderen, in hun dagelijkse omgeving te behandelen. De meerwaarde van samenwerking in een zo breed mogelijke setting bij kinderen met ontwikkelingsproblematiek is groot. De afbakening tussen remediëring op school door het onderwijs en zorg op school door een paramedicus, wordt gemaakt door middel van valide en betrouwbare klinimetrie. Ontwikkelingsproblematiek (d.i. bij een afwijkende ontwikkelingsscore voor het betreffende instrument) en kinderen met een handicap, beperking of ernstige ziekte² wordt binnen de onderwijssetting behandeld.*

Paramedische zorgaanbieders³ zijn binnen verschillende scholen werkzaam als behandelaar van kinderen met een ontwikkelingsachterstand in de motorische ontwikkeling, handicap/beperking of ernstige ziekte. Deze positie is ontstaan vanuit de behoefte aan multidisciplinaire samenwerking tussen onderwijs en zorg. De basis van deze behoefte is doelmatigheid en efficiëntie:

- De (basis)school krijgt in de samenleving een steeds centralere plaats toegedeeld voor opvoeding, gezondheidsontwikkeling en welzijn van kinderen.⁴
- Het behandelen van kinderen is doelmatiger binnen de context waarin het probleem zich manifesteert, dit is in veel gevallen de school.

Therapie in de schoolse omgeving

De context waarbinnen de hulpvraag van het kind zich voordoet is een belangrijk aangrijpingspunt binnen paramedische behandeling. Voor kinderen is deze probleem-gerelateerde context grotendeels de schoolse omgeving. Dit komt doordat:

- Kinderen een groot deel van de dag doorbrengen op school;
- School ten opzichte van thuis een 'meetbare' omgeving vormt, waar vergelijking met leeftijdsgenoten mogelijk is;
- School een duidelijk kader biedt waarin problematiek gesignaleerd wordt.

² Bijvoorbeeld een progressieve- of spierziekte

³ Fysiotherapie, logopedie, oefentherapie en ergotherapie

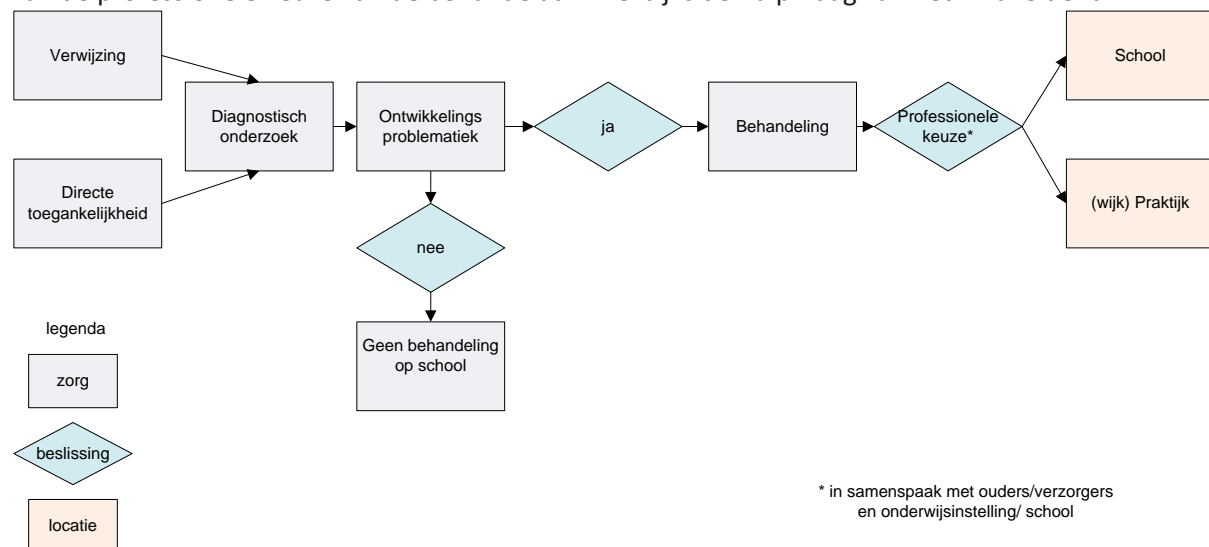
⁴ Denk hierbij aan de verplichting binnen het onderwijs tot het aanbieden van buitenschoolse opvang, zorgroutes, etc.

- School om activiteiten vraagt waarbij specifieke vaardigheden nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan het schrijven waarin vastgestelde normen en verwachtingen gedefinieerd zijn.

Het overdragen van kennis en het aanleren van schoolse vaardigheden is de primaire verantwoordelijkheid van het onderwijs; de leerkracht, intern begeleider of het zorgpad binnen of buiten de school, op dit moment in de vorm van WSNS of ambulante zorg⁵. Het aandachtsgebied van de therapeut is gericht op de probleemtaken/hulpvraag ten gevolge van een ontwikkelingsstoornis of ontwikkelingsachterstand van het kind:

- 1] die ontwikkeling van procesvaardigheden van de leerling verhinderen of belemmeren en/of
- 2] die condities of omstandigheden die het functioneren of het ontwikkelen van motorische vaardigheden of taalvaardigheid van de leerling verhinderen of belemmeren.

De keuze tussen behandeling op school of in de praktijk is per paramedische discipline afhankelijk van de professionele keuze van de behandelaar. Hierbij is de hulpvraag van het kind leidend.



Figuur 2 schema paramedische zorg op de beste locatie voor het kind⁶

Een landelijke tendens in het speciaal- en regulier onderwijs is, dat schoolbesturen de discussie voeren over de primaire onderwijstaken. Hiertoe worden ze gedwongen door een structurele wijziging van het onderwijs; het z.g.n. 'Passend Onderwijs'. Het omschrijven van de onderwijs mogelijkheden binnen de school setting en het zich moeten richten op speciale arrangementen voor kinderen creëert een heterogene groep kinderen binnen school. De zorg die binnen het schoolarrangement gegeven moet worden is gericht op het geven van onderwijs. Binnen de onderwijstermen wordt dit 'zorg' genoemd, wat een spraakverwarring veroorzaakt. Deze 'onderwijzorg' wordt vanuit de paramedie gezien als preventieve zorg die gericht is op het aangepast aanbieden van onderwijs. Deze kinderen kunnen ook een zorgvraag hebben in curatieve zin; passende zorg, gericht op bijvoorbeeld een ontwikkelingsachterstand of beperking door handicap of ziekte. Tijdig oplossen van deze curatieve problematiek, in samenwerking met het onderwijs kan een optimale situatie creëren voor deze groep kinderen. Het passend onderwijs

⁵ Met de invoering van het passend onderwijs verdwijnt WSN en de huidige vorm waarin ambulante begeleiding wordt geboden.

⁶ Voor logopedie binnen het reguliere onderwijs gaat dit schema niet op. Hiervoor gelden de standaard praktischeisen voor een eerstelijns praktijken. Het schema kan wel van toepassing zijn voor logopedie binnen het speciaal onderwijs .

creëert een verandering van de bestaande situatie waarbij al door de paramedische beroepen zorg werd geleverd aan de homogene groep kinderen binnen het speciaal onderwijs. Sinds 1998 is hier al differentiatie ingekomen door de toentertijd veranderende onderwijsbeleid⁷.

De huidige en toekomstige verandering in geldstromen in zowel onderwijs⁸ als zorg⁹, maakt dat de afbakening tussen onderwijs (en bijbehorende preventie) en paramedische zorg (en bijbehorende curatie) een actueel punt is. Zo wordt er gekeken op welke wijze de curatieve zorg binnen de school bekostigd moet worden¹⁰. Hierdoor ontstaat een scheiding tussen enerzijds onderwijs gerelateerde zorg ten laste van het onderwijs, en anderzijds paramedische zorg via de bekostiging van de zorgverzekeraar. De paramedische beroepen binnen de eerste lijn pleiten voor het mogelijk maken van curatieve zorg, vergoed vanuit de ZVw, bij kinderen met een hulpvraag die klinimetrisch vastgesteld wordt op een voor het kind beste locatie. Wat ook de school locatie moet kunnen zijn. De beroepsverenigingen staan voor het meewerken aan landelijke afspraken en beleid over de afbakening en gaan hier graag het gesprek over aan.

Juni 2013

Dr Janjaap van der Net, voorzitter NVFK, Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie

Rens van Wijngaarden, voorzitter Platform Kinderoefentherapie, VvOCM

Theo de Koning, bestuursvoorzitter, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie

Theo van der Bom MBA, Directeur/Bestuurder Ergotherapie Nederland



⁷ Het verkleinen van het special onderwijs door afschaffing van de LOM en MLK scholen

⁸ Afschaffen van individuele rugzak gelden

⁹ AWBZ naar de ZVw

¹⁰ Logopedische ondersteuning binnen het speciaal onderwijs aan het onderwijsproces neemt hierbij een door de historie gecreëerde bijzondere positie in. Schoollogopedie behelst ook ondersteuning van het onderwijsproces en ondersteuning van de leerkracht en het team om een optimale begeleiding van het kind mogelijk te maken.

Bijlage 4

Factsheet AWBZ en onderwijs d.d. 26-06-2013

FACTSHEET tbv afbakening onderwijs – AWBZ - zorgverzekering

Met de transitie van de zorg voor jeugd, de herziening van de langdurige zorg, en de stelselwijziging passend onderwijs verandert er veel in het domein Jeugd. Er zijn kinderen die, op het snijvlak van deze transities, onderwijs, ondersteuning en zorg nodig hebben die niet los van elkaar georganiseerd kan worden. Op dit moment kan er via de AWBZ-indicatie extra begeleiding (BG), persoonlijke verzorging (PV), of verpleging (VP) ingezet worden tijdens onderwijs bovenop wat een school redelijkerwijs kan bieden. In de brief over de herziening van de langdurige zorg zijn veranderingen aangekondigd die gevolgen hebben voor deze ondersteuning en zorg. Deze factsheet geeft een overzicht van de huidige situatie en de verwachte veranderingen. Hierbij wordt ook ingegaan op de inzet van paramedische zorg op school.

Onderwijs (*betaald vanuit onderwijsbekostiging*)

NU	WORDT
<p>1. Onderwijsondersteuning en beperkte zorg:</p> <p>a) Toegang via indicatie CVI van kind.</p> <p>b) Bekostiging aan school:</p> <ul style="list-style-type: none">- (v)so: hogere rijksbekostiging o.b.v. aantal Ilen.- Reguliere school via LGF. <p>c) Aanvullende ondersteuning mogelijk via compensatieregeling, voor die begeleiding bovenop wat een school redelijkerwijze kan bieden maar sinds 2009 niet meer door de AWBZ wordt geboden. Aanvraag via REC cl. 3 en 4.</p> <p>(v)so biedt meer ondersteuning en zorg dan een reguliere school. Heeft een kind meer nodig dan de school kan leveren, dan kan dit geleverd worden via de awbz (richtlijn).</p>	<p>1. Onderwijsondersteuning en beperkte zorg:</p> <p>a) Toegang via samenwerkingsverband.</p> <p>b) Bekostiging: vanuit budget voor extra ondersteuning samenwerkingsverband.</p> <ul style="list-style-type: none">- (v)so: bekostigt op basis van aantal Ilen;- Reguliere school: doet beroep op ondersteuningsbudget van zijn swv. <p>c) Middelen vanuit compensatieregeling opgenomen in ondersteuningsbudget samenwerkingsverbanden.</p> <p>Over de ondersteuning en zorg die de mogelijkheden van de school te boven gaan, maken onderwijs en gemeente afspraken (OOGO), resp. ouders voor inzet VP (zie hierna).</p>

AWBZ – extramuraal (betaald vanuit zorgbekostiging)

NU

1. Noodzakelijke AWBZ-zorg (BG/PV):
 - a) Toegang via AWBZ indicatie van CIZ of BIZ aan kind, omvang voor tijdens onderwijs (richtlijn) in indicatie opgenomen.
 - b) Bekostiging uit AWBZ .
 - c) Geïndiceerde zorg wordt in natura of via PGB verstrekt; keuze is aan ouders.
2. VP: is gelijk aan 1a en b. Alleen met AWBZ-indicatie CIZ.
3. Paramedische zorg:
 - a) Bekostigd door zorgverzekering.
 - b) Gespecialiseerde paramedische therapie bekostigd vanuit de AWBZ als kind aanspraak heeft op AWBZ-behandeling. AWBZ-behandeling staat los van onderwijs (want niet te combineren tijdens onderwijs aan kind)

Inzet op school:

PGB's kunnen worden ingezet op school. School en ouders maken hier individueel afspraken over.

WORDT

1. Noodzakelijke zorg (BG/PV):
 - a) Toegang via de gemeenten/Jeugdwet
 - b) Bekostiging door gemeente.
 - c) Procedures en PGB/natura kan per gemeente verschillen en moet nog worden uitgewerkt.
2. VP bekostigd door zorgverzekering.
3. Paramedische zorg bekostigd door zorgverzekering.

Inzet op school:

- Gemeenten en onderwijs moeten in OOGO afspraken maken over de inzet van extra BG en PV op school.
- Over de inzet van VP moeten school en ouders afspraken maken.

AWBZ – intramuraal

NU

1. Toegang tot BG, PV en/of VP:
Deze AWBZ-zorg is onderdeel van geïndiceerde verblijfszorg (ZZP: zorgzwaartepakket) ook als het gaat om BG, PV of VP tijdens onderwijs.
2. Bekostiging: uit AWBZ.
3. Inzet op school:
School en AWBZ-instelling maken afspraken over deel awbz-zorg uit ZZP tijdens onderwijs. Idem met ouders als ouders ZZP in de vorm van PGB hebben.

WORDT

1. Toegang tot BG, PV en/of VP:
 - a) zeer kwetsbare kinderen met een lichamelijke of zintuiglijke beperking, of met een zeer ernstige verstandelijke beperking = geïndiceerde verblijfszorg kern-AWBZ.
 - b) kinderen met een verstandelijke beperking of een psychische stoornis = Jeugdwet.
2. Bekostiging: door verzekeraars (kern-AWBZ) of gemeenten (Jeugdwet)
3. Inzet op school:
 - a) Voor groep 1a moeten school en AWBZ-instelling afspraken maken, of school en ouders in het geval van PGB.
 - b) Voor groep 1b moeten gemeenten en onderwijs afspraken maken in OOGO.

Afbakening: wat is de ondersteuning en zorg die een school moet kunnen leveren?

In de huidige situatie indiceert het CIZ conform de awbz-richtlijn de zorgaanspraak die, via ouders, ingezet kan worden op school voor extra zorg en ondersteuning. In de toekomstige situatie is het aan samenwerkingsverbanden passend onderwijs en gemeenten om afspraken over de noodzakelijke zorg te maken. Een belangrijke vraag hierbij is welke zorg en ondersteuning een school redelijkerwijze moet kunnen bieden respectievelijk welke zorg en ondersteuning geleverd zou moeten worden door de gemeente of de zorgverzekering. Hieronder volgt enige informatie over wat een school kan leveren.

1. Onderwijs ondersteunend personeel

Voor kinderen met een beperking biedt het speciaal onderwijs gespecialiseerde inzet van personeel en middelen. Scholen krijgen een lumpsum bekostiging en bepalen zelf welk type personeel en zorg zij op school nodig hebben en betalen. De lumpsum is opgebouwd uit een aantal componenten. Eén daarvan is de component onderwijs ondersteunend personeel. Onderstaande tabel geeft aan hoeveel FTE per schooljaar, per schoolsoort wordt berekend voor onderwijs ondersteunend personeel.

De formatie Onderwijs ondersteunend personeel wordt o.a. gebruikt voor:
 Conciërge /technisch medewerker/ Administratief personeel/ Schoonmaker
 Maatschappelijk deskundige
 Paramedische ondersteuning ten behoeve van het onderwijs*
 Orthopedagoog/ Psycholoog
 Verpleegkundige

Onderwijs ondersteunend personeel in FTE per leerling

Onderwijssoort	Speciaal onderwijs		Voortgezet speciaal onderwijs
	Jonger dan 8 jaar	8 jaar en ouder	
a. dove kinderen	0,1993	0,0531	0,0471
b. slechthorende kinderen	0,1636	0,0676	0,0663
c. kinderen met ernstige spraakmoeilijkheden die niet tevens behoren tot de onder a of b bedoelde kinderen	0,1573	0,0613	
f. lichamelijk gehandicapte kinderen	0,2287	0,2287	0,1962
h1°. langdurig zieke kinderen met een lichamelijke handicap	0,2087	0,0775	0,0572
h2°. langdurig zieke kinderen anders dan met een lichamelijke handicap	0,1251	0,0573	0,0438
j. zeer moeilijk lerende kinderen	0,0892	0,0892	0,0717
k. zeer moeilijk opvoedbare kinderen	0,1251	0,0573	0,0438
m. kinderen in scholen verbonden aan pedologische instituten	0,1251	0,0573	0,0438
n. meervoudig gehandicapte kinderen met de combinatie:			
a + j	0,2066	0,1067	0,0603
b + j	0,1724	0,0993	0,0831
f + j	0,2896	0,2896	0,2892
a + blind	0,2309	0,0847	0,0847

*** Afbakening paramedische zorg ten behoeve van het onderwijs en paramedische zorg onder de zorgverzekering:**

Scholen voor speciaal onderwijs kunnen zelf bepalen waar zij het onderwijsondersteunend personeel voor inzetten. Vaak hebben zij ook één of meerdere paramedische therapeuten in dienst, of huren ze deze tijdelijk in. De paramedische zorg die door deze therapeuten verleend wordt is echter altijd gericht op onderwijsondersteuning en het heeft geen therapeutisch doel.

Paramedische zorg onder de zorgverzekering (bron: Besluit Zorgverzekering)

- 1) Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadviesing.
- 2) Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste twintig behandelingen.
- 3) Fysiotherapie omvat tevens bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar of ouder ten hoogste negen behandelingen.
- 4) Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.
- 5) Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
- 6) Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandelingen per kalenderjaar.
- 7) Dieetadviesing omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Toevoeging:

Voor paramedische zorg geldt dat deze niet per definitie in een praktijklocatie gegeven moet worden. Deze zorg kan ook op locatie worden gegeven, daar gelden geen andere tarieven voor.

Gezegd kan worden dat het bij ZVW-zorg gaat om:

- Individuele therapie
- Het heeft een therapeutisch doel
- Het is vaak kortdurend, gericht op herstel (of om te voorkomen dat de ziekte/probleem verergerd)
- Voorbeelden: stottertraining, revalidatie,

Paramedische zorg onder het onderwijs:

- Meestal groepsgericht
- Het is onderwijsondersteunend en heeft een onderwijsdoel
- Therapeut geeft ook instructie aan docent
- Voorbeelden: rolstoeltraining tbv diploma, schrijfles, aanpassen meubilair op nieuwe leerlingen.

Bijlage 5

Passend onderwijs