

Kinderergotherapie, waar te beginnen?

Via de huisarts is mevrouw Duin voor haar dochter Sarah verwezen naar de ergotherapie. Het aankleden is een probleem. Vanuit de cliëntgerichte aanpak willen wij dat de cliënt meedenkt, maar zit deze moeder wel te wachten op 'vertelt u uw verhaal en welke oplossing wilt u'. Verwacht zij niet van de ergotherapeut dat die haar dochter behandelt, zodat Sarah zich netjes kan aankleden en haar kleren niet gedraaid en binnenste buiten zitten? Wil deze moeder wel dat de ergotherapeut de behandeling op basis van bewijs uitvoert?

Theone Kampstra

In de intro worden verschillende vragen gesteld die ergotherapeuten wellicht hebben over *client-centered practice* (CCP) en *evidence-based practice* (EBP). Werken volgens CCP en EBP vraagt een andere invulling van de ergotherapiebehandeling dan voorheen. Vanuit de traditionele aanpak zijn veel kinderergotherapeuten gewend te werken vanuit een bottom-up-benadering. Door de verschuiving van aanbodgericht naar vraaggericht werken, wordt een andere benadering van ergotherapeuten gevraagd; een top-down-benadering. In dit artikel wordt geïllustreerd dat CCP- en EBP-werken geïntegreerd kan worden in een top-down-benadering. Dit komt onder andere tot uiting in het *Occupational Performance Process Model* (OPPM). Hieronder worden de bottom-up- en top-down-benadering tegen elkaar afgezet. Vervolgens wordt duidelijk gemaakt op welke wijze zowel CCP als EBP kan worden toegepast in de kinderergotherapiebehandeling en hoe dit kan leiden tot een effectievere behandeling. Aan de

hand van een beschrijving van het OPPM wordt inzichtelijk gemaakt dat CCP en EBP kunnen samengaan in een top-down-benadering.

Bottom-up versus top-down

Bij een bottom-up-benadering wordt het probleem van het kind en/of het gezin geanalyseerd en probeert men de oorzaak te achterhalen. Met andere woorden: de functies van het kind worden vastgesteld en vervolgens wordt daaraan gewerkt door de ergotherapeut. In de ergotherapie wordt het vraaggestuurd werken echter steeds belangrijker. Om vraaggestuurd te werken, kan gebruik worden gemaakt van een top-down-benadering, waarbinnen gewerkt wordt volgens CCP en EBP. Vraaggestuurd werken is meer dan alleen het inventariseren van de hulpvraag en deze hulpvraag beantwoorden. Via de top-down-benadering worden in de eerste plaats de betekenisvolle handelingen in kaart gebracht. In een dialoog met de ouders worden vervolgens doelen opgesteld en wordt gewerkt aan deze doelen. Vraaggestuurd werken houdt dus niet in dat de ouders de volledige verantwoordelijkheid krijgen over het nemen van de beslissingen tijdens de behandeling. In een gesprek nemen de ouders samen met de ergotherapeut bepaalde beslissingen op basis van bepaalde overwegingen. Vandaar dat in plaats van vraaggestuurd werken beter gesproken kan worden van dialooggestuurd werken.

Niet elke beslissing hoeft ondersteund te worden met onderzoeksbewijs. Het is een proces dat de ergotherapeut samen met de ouders aangaat en waarin wordt besloten of het zinvol is op zoek te gaan naar bewijs. Zo kan men beslissen op zoek te gaan naar de effectiviteit van een bepaalde behandelmethode om de vastgestelde doelen te bereiken. In dit proces kan zowel CCP als EBP worden gewerkt, zonder dat dit elkaar in de weg staat.

Toepassen van CCP en EBP

De huidige tendens is dat steeds meer ouders graag willen participeren in de zorg voor hun kind. Zij willen zelf een keuze maken over de zorg en over de hulp die zij daarbij willen. Werken volgens CCP sluit daar goed bij aan. Daarnaast willen veel ouders weten in hoeverre de behandelinterventie effectief is.¹ Zij willen weten hoeveel tijd met interventie gemoeid is en hoeveel het gaat kosten om bepaalde doelen te bereiken. Zeker als

het gaat om een vergoeding van tien uur voor eerste-lijns ergotherapie, die meestal niet toereikend is voor een behandeling van kinderen.

Tickle-Degnen doet allerlei suggesties wanneer EBP kan worden toegepast in het CCP-werken met cliënten.² Zo kan bewijs over de effectiviteit van bepaalde behandelinterventies zowel door de cliënt als door de ergotherapeut worden gezocht. De ergotherapeut zal goed bij de ouders moeten nagaan of zij meer of minder behoefte hebben aan informatie over onderzoeksbewijs voordat een beslissing wordt genomen. De bedoeling van EBP is niet de ouders de taal en de begrippen van onderzoek uit te leggen, maar de ouders in staat te stellen verstandige beslissingen te nemen over factoren die de kwaliteit van leven van hun kind en van het gezin beïnvloeden.

Vraaggestuurd werken is meer dan alleen het inventariseren van de hulpvraag

Vanuit CCP kan het praten over onderzoeksbewijs een element zijn van de werkrelatie tussen de ergotherapeut en de ouders.³ In haar onderzoek over CCP toonde Law aan dat respect en samenwerking de elementen van een therapeutische relatie zijn die belangrijke voorspellers zijn van het revalidatieresultaat.⁴ Daarbij zijn openheid en gevoeligheid van belang. Om deze relatie goed te houden, is het belangrijk informatie met elkaar te blijven uitwisselen. Dus de therapie begint wanneer er een goede werkrelatie bestaat tussen de ergotherapeut en de ouders.

EBP en CCP gaan hand in hand wanneer individuele cliënten participeren in de besluitvorming over behandelmethoden. Sterker nog, Egan et al. geven aan dat de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de individuele cliënt een centrale rol spelen bij de besluitvorming.^{5,6}

OPPM

Craik et al. hebben aangetoond dat ergotherapeuten het *Occupational Performance Process Model* (OPPM) als raamwerk kunnen gebruiken bij EBP-werken en bij het maken van cliëntgerichte keuzes.⁷ Het OPPM is een probleemoplossend model, ontworpen om in de praktijk als richtlijn te kunnen gebruiken. De behandeling volgens het OPPM richt zich op de personen, de omgeving en de betekenisvolle handelingen, en niet in de eerste plaats op het verbeteren van de functies van het kind. Het model gaat uit van een top-down-benadering en is een procesmodel. Het voert te ver om in dit artikel de zeven fases van het OPPM te beschrijven. Daarvoor wordt verwezen naar het artikel van Fearing et al.¹ Hieronder worden de belangrijkste kenmerken weergegeven.

Voor een verandering in het cliëntstelsel is het van belang dat het kind en zijn hele omgeving worden meegenomen in de behandeling. Er wordt in de eerste plaats informatie verzameld over wat een kind nodig heeft of wil doen, over de omgeving waarin hij of zij de betekenisvolle handelingen uitvoert en over de huidige beperkingen waardoor niet aan de persoonlijke verwachtingen kan worden voldaan. De cruciale rollen die het kind nodig heeft of wil vervullen, de specifieke taken en de omgeving die de verwachtingen van deze rollen voor het kind definiëren, worden in kaart gebracht. In deze intakefase kan door middel van een open interview zo veel mogelijk informatie worden verzameld. Vervolgens is van belang het ondersteunen en coachen van ouders en eventueel van de leerkracht in hun proces met het kind.

In het OPPM wordt de ergotherapeut als expert gezien. Voor het coachen van de ouders is een complexe combinatie van kennis en vaardigheden nodig. Door de coaching kunnen de ouders de verschillende fases doorlopen om tot een oplossing van een probleem te komen of om te besluiten een andere weg in te slaan. Ergotherapeuten ondersteunen ouders - en indien mogelijk kinderen - bij moeilijke gebeurtenissen en bij veranderingen. Het gaat niet om het aandragen van oplossingen.

De ouders worden eveneens als expert, ervaringsdeskundigen, beschouwd. Van jongs af aan doen de ouders en het kind verschillende ervaringen op. Zij leren met vallen en opstaan en komen in hun leefomgeving verschillende problemen tegen die zij moeten oplossen. Zij leren bepaalde probleemoplossende strategieën die in hun omgeving werken. Ouders vinden daardoor hun eigen oplossingen.⁸

Het relatie die de ergotherapeut en de ouders en het kind aangaan is een zeer dynamisch proces. Werken volgens dit model zorgt ervoor dat de ergotherapeut op een systematische manier CCP en EBP kan werken.¹

Een bottom-up-benadering

Mevrouw Duin komt met haar dochter Sarah van 6 jaar oud voor de eerste keer bij de ergotherapeut. De ergotherapeut inventariseert de problemen met behulp van een ADL-vragenlijst en brengt de voorgeschiedenis in kaart. Samen met de moeder wordt de Oudervragenlijst van de sensorische integratietheorie ingevuld, waaruit blijkt dat Sarah ook moeite heeft met zelfstandig spelen. Op de ergotherapieafdeling wordt Sarah geobserveerd bij het aan- en uittrekken van de kleren. In een vervolgspraak wordt de sensorische integratietest afgenomen. De ergotherapeut analyseert de gegevens en komt tot de conclusie dat Sarah waarschijnlijk dyspraxie heeft en dat de sensorische integratiemethode zinvol is. Vervolgens wordt eenmaal per week gedurende één uur gestart met de sensorische integratietherapie. Tijdens deze behandeling wordt gewerkt aan de stoornis van het kind die ten grondslag ligt aan het probleem.

Een top-down-benadering

Mevrouw Duin komt met haar dochter Sarah van 6 jaar oud voor de eerste keer bij de ergotherapie. De ergotherapeut houdt een open interview met de moeder en verzamelt gegevens over Sarah, haar familie, de omgeving en de betekenisvolle handelingen. Uit dit gesprek blijkt dat vader al vroeg naar zijn werk gaat en dat moeder 's morgens behalve Sarah ook nog een tweeling van 2 jaar moet verzorgen. Moeder heeft 's morgens even tijd nodig om op gang te komen en verwacht dat haar dochter van 6 jaar zich toch wel vlot en snel zelf kan aankleden zodat ze op tijd naar school kunnen gaan. Het is nu iedere morgen een race tegen de klok. Vervolgens worden de problemen geïnventariseerd met behulp van de COPM. Hieruit blijkt dat naast het aankleden ook het zelfstandig spelen een probleem is.

In de thuissituatie wordt Sarah geobserveerd bij het aan- en uittrekken van de kleren en bij het zelfstandig spelen. De ergotherapeut vermoedt op basis van deze observatie dat er sprake is van dyspraxie. De ergotherapeut legt dit uit aan moeder en samen met haar wordt bekeken op welke manier Sarah 's morgens het best haar kleren kan aantrekken. Moeder vertelt dat zij met Sarah een weekend bij oma heeft gelogeed. Toen was het aankleden geen probleem. Geanalyseerd wordt wat er anders was en waardoor het Sarah toen wel lukte. Het lukte Sarah om zichzelf vlot en snel aan te kleden omdat de slaapkamer vrij rustig was en moeder de tijd nam. Moeder had alle kleren overzichtelijk op de grond neergelegd. Deze strategie wordt nu ook thuis toegepast. Sarah kleedt zich in de badkamer aan waar moeder de kleding overzichtelijk neerlegt en waar zij niet wordt afgeleid.

De ergotherapeut gaat op zoek naar een behandelingsmethode voor kinderen met dyspraxie. Moeder zoekt ook mee op internet en vindt informatie over de *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* (CO-OP). De ergotherapeut vraagt literatuur over de CO-OP op en daaruit blijkt dat deze methode effectief is bij kinderen met *developmental coordination disorder* (DCD). De CO-OP richt zich op vergroting van het functioneel handelen van kinderen door gebruik te maken van bepaalde strategieën. Samen met moeder wordt besloten deze interventie bij Sarah toe te passen. Minimaal eenmaal per maand heeft moeder een gesprek met de ergotherapeut waarin wordt nagegaan hoe het met de therapie en thuis gaat.

Deze behandeling richt zich niet alleen op het kind, maar ook op het gezin, de omgeving en de betekenisvolle handelingen van het kind. Bij deze behandeling wordt gewerkt vanuit het OPPM en wordt uitgegaan van CCP en EBP.

Conclusie

Om dialooggestuurd te kunnen werken, is een top-down-benadering van de ergotherapiebehandeling nodig. In deze benadering gaat het in de eerste plaats het verzamelen van informatie over de personen, de omgeving en de betekenisvolle handelingen en niet om het verbeteren van de functies van het kind. Er wordt niet langer gewerkt aan de stoornis, maar op basis van de hulpvraag van de ouders en/of het kind (CCP) en van de onderbouwing c.q. verantwoording van de gekozen interventies (EBP). Een model dat uitgaat van deze benadering is het *Occupational Performance Process Model* (OPPM). Dit model geeft de ergotherapeut richtlijnen voor de systematische toepassing van CCP en EBP in de ergotherapiebehandeling. De ergotherapeut heeft vanuit een top-down-benadering andere vaardigheden nodig om een goede werkrelatie op te bouwen met de ouders en om de ouders te kunnen begeleiden in hun veranderingsproces.

Om dialooggestuurd te kunnen werken is een top-down-benadering nodig

Nawoord

Er is nog genoeg te onderzoeken en te bedenken hoe wij als kinderergotherapeuten onze behandelingen verder kunnen invullen. Hoeveel tijd wordt besteed aan de intakefase en wanneer wordt het kind hierbij betrokken? Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor een top-down-benadering en brengen zowel het kind en het gezin als de omgeving en de betekenisvolle handelingen in kaart? Welke interventies zijn effectief? Worden de interventies alleen met het kind gedaan of samen met de ouders, of worden ze juist door de ouders uitgevoerd? Wanneer is er een evaluatiemoment met de ouders?

Door hier over na te denken, te discussiëren en verder onderzoek te doen kan de kinderergotherapie in Nederland meer vorm en eenduidigheid krijgen, hetgeen bijdraagt aan de profilering van ons beroep.

Dankwoord

De motivatie voor het schrijven van dit artikel kreeg ik tijdens de cursus kinderergotherapie in maart 2004, die werd verzorgd door Pro Education. Mijn dank aan Barbara Piškur, docent van deze cursus.

Over de auteur

Theone Kampstra werkt als ergotherapeut op de school Visio KIOSB in Huizen en heeft een eigen praktijk voor kinderergotherapie in Nibbixwoud. Zie voor meer informatie: www.kinderergotherapie.nl.

Literatuur

1. Fearing V, Law M, Clark J. An occupational performance process model: fostering client and therapist alliances. *Can J Occup Ther* 1997;64(1):7-15.
2. Tickle-Degnen T. Client-centered practice, therapeutic relationship, and the use of research evidence. *Am J Occup Ther* 2002;56(4):470-4.
3. Polatajko, et al. Cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP). Haworth Press: 2001.
4. Law M. Client-centered occupational therapy. Thorofare: Slack; 1998.
5. Egan M, et al. The client-centered evidence-based practice of occupational therapy. *Can J Occup Ther* 1998;65:136-43.
6. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centered practice: what does it mean and does it make a difference? *Can J Occup Ther* 1995;62:250-7.
7. Craik J, Rappolt S. Theory of research utilization enhancement: a model for occupational therapy. *Can J Occup Ther* 2003;70(5):266-75.
8. Coster W. Occupation-centered assessment of children. *Am J Occup Ther* 1998;52(5):337-44.

Samenvatting

Door de verschuiving van aanbodgestuurd werken naar dialooggestuurd werken zal de ergotherapiebehandeling er anders gaan uitzien. In plaats van een bottom-up-benadering is een top-down-benadering gevraagd. Bij deze benadering gaat het in de eerste plaats om het verzamelen van informatie over de personen, de omgeving en de betekenisvolle handelingen en niet om het verbeteren van de functies van het kind. Er wordt niet langer gewerkt aan de stoornis, maar op basis van de hulpvraag van de ouders en/of het kind (CCP) en van de onderbouwing c.q. verantwoording van de gekozen interventies (EBP). Het *Occupational Performance Process Model* (OPPM) laat zien op welke wijze CCP en EBP systematisch kan worden toegepast in de ergotherapiebehandeling.

Door een voorbeeld uit de kinderergotherapie wordt duidelijk gemaakt hoe een bottom-up- en een top-down-benadering er in de praktijk kan uitzien.

Docentenopleiding HGZO

U bent ergotherapeut en u wilt docent worden?

Per september 2005 start de twee jaar durende eerstegraads Docentenopleiding HGZO, voor didactische en beroepsinhoudelijke scholing.

Voorlichtingsdagen zijn op donderdagavond 24 februari, zaterdag 12 maart, dinsdagavond 22 maart en zaterdag 16 april.

Voor informatie en brochure:
Vrije Universiteit
Faculteit Bewegingswetenschappen
Docentenopleiding HGZO
Van der Boechorststraat 9
1081 BT Amsterdam
tel: 020-4448600



Post HBO cursussen voor ergotherapeuten Voorjaar 2005, periode april - juni Er zijn nog plaatsen vrij!

Ganganalyse en looptraining (NIEUW)

Data: 18-19 april en 30 mei 2005, 9.00-17.00 uur
Kosten: € 570 inclusief syllabus, lunches, koffie/thee

Studiedag De Praktijk van het Adviseren over Voorzieningen door een Ergotherapeut (herhaling vanwege positieve reactie)

Datum: 23 mei 2005
Kosten: € 197 inclusief reader, lunch, koffie/thee

Enabling Occupation (in children with mild motor difficulties): The CO-OP Approach Cognitive practice model. Helene Polatajko, PhD, OT(C) OT Reg., Canada (NIEUW)

Data: 13-14 juni 2005
Kosten: € 380 inclusief boek, lunches, koffie/thee

Improving Function & Upper Extremity Facilitation in the Treatment of Adult Hemiplegia. Jan Davis, OTR, NDT Instructor. Jos Halfens, PT, Senior Instructor IBITA (NIEUW)

Data: 30 en 31 mei, 1, 2 en 3 juni 2005
Kosten: € 825 inclusief reader en koffie/thee

Cursuslocaties: Hogeschool Zuyd, locatie Heerlen, Hoensbroek - Hoensbroeck Revalidatie Centrum - of Maastricht.

Aanmelding en meer informatie

Een aanmeldingsformulier kunt u downloaden via www.kenniswerk.nl of telefonisch aanvragen bij: Secretariaat Hogeschool Zuyd Contracting BU Welzijn en Zorg Mw. J. Persoon - Starremans, managementassistente, T 045 4006204, E-mail j.persoon@hszuyd.nl Mw. drs. M.H.C.A. Doijen, manager bedrijfsopleidingen paramedische zorg, T 045 4006213, E-mail m.doljen@hszuyd.nl

HOGESCHOOL ●●● ZUYD

Contracting