

Toepassing van sensorische integratie bij kinderen met een beperking in Suriname

Bachelor thesis

Namen	Myrthe Verhoog - 500676715 Marceline Wolters - 500677081 Niki Yocarini - 500677110
Plaats	Paramaribo, Suriname
Datum	30-05-2016
Periode	1 februari 2016 tot 30 juni 2016
Coach	Soemitro Poerbodipoero
Opdrachtgever	Marinthe Goedschalk
Opleiding	Faculteit Gezondheid, Bachelor Opleiding Ergotherapie
Instelling	Hogeschool van Amsterdam
Aantal woorden	8839

Junioradviseurs

Myrthe Verhoog
Marceline Wolters
Niki Yocarini

Senioradviseur

Soemitro Poerpodipoero

Datum

30 mei 2016

In opdracht van

Revalidatie Centrum Paramaribo, te Suriname

Opdrachtgever

Marinthe Goedschalk

Opleiding

Ergotherapie, Hogeschool van Amsterdam

Bron illustratie voorblad: www.azp.sr en www.hogeschoolvanamsterdam.nl

Trefwoorden: sensorische integratie, ergotherapie, kinderen, Suriname.

© 2016 Hogeschool van Amsterdam Uitgegeven in eigen beheer

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Samenvatting

In deze scriptie wordt omschreven en onderbouwd op welke manier het adviesrapport met betrekking tot sensorische integratie (SI) tot stand is gekomen.

Naar aanleiding van een scholing over SI ontstonden er vragen bij de opdrachtgever over de toepasbaarheid en de manier waarop het tegenwoordig gebruikt moet worden.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om een behandeling te structureren en te onderbouwen voor een optimaal resultaat. De resultaten uit de literatuur onderzoeken en het praktijkonderzoek zijn samengevoegd tot een adviesrapport. Middels dit adviesrapport krijgt de ergotherapeuten in het revalidatiecentrum advies om de werkzame componenten van SI toe te passen in de praktijk. Om dit te realiseren is de volgende doelstelling geformuleerd:

‘Aan het einde van het project is er een advies over welke werkzame componenten van SI er zijn en toegepast kunnen worden om de kwaliteit van de behandelingen in het revalidatiecentrum van Paramaribo te verbeteren.’

Door middel van literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek, waarbij een veldonderzoek aan de hand van interviews en observaties heeft plaats gevonden, is er gekeken de werkwijze, diagnostiek, doelgroep en interventies van toepassing in het revalidatiecentrum in Paramaribo door structureren en onderbouwen van de ergotherapeutische behandelingen middels (theoretische) onderbouwing vanuit de SI.

Het geschreven adviesrapport geeft aan de hand van methodisch handelen de aanbevelingen weer voor de opdrachtgever waarbij rekening wordt gehouden met de implementatie in de Surinaamse context.

De uitkomst is dat er geen eenduidige consensus is over wat de meest werkzame componenten zijn van SI en hoe deze toegepast kunnen worden. de uitkomsten van dit onderzoek geven desondanks inzicht in de werkzame componenten en de toepassing hiervan bij verschillende groepen kinderen. Om SI te promoten en handvatten te bieden aan therapeuten hoe zij de kwaliteit van hun behandeling kunnen verbeteren, kunnen de volgende werkzame componenten worden genoemd: het gebruik maken van gestandaardiseerde testen en assessments voor diagnostiek, probleemdefiniëring en evaluatie en bepaalde interventies zoals de Sensory Integration Therapy (SIT). Voor een uitgebreid overzicht verwijzen wij naar bijlage 4.

Voorwoord

Als afsluiting van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA) heeft de projectgroep een afstudeerscriptie geschreven in Suriname. De projectgroep heeft zich verdiept in de werkzame componenten van sensorische integratie bij kinderen met een beperking. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het revalidatiecentrum van Paramaribo.

De HvA en het revalidatiecentrum van Paramaribo hebben goede onderlinge contacten. Jaarlijks wordt er door de ergotherapeuten van het revalidatiecentrum gekeken of er vragen zijn die gekoppeld kunnen worden aan een afstudeerproject. Voor het tweede semester van schooljaar 2015-2016 betreft dit een project omtrent kinderen. Naar aanleiding van de grote interesse van de projectleden in ergotherapie in een andere cultuur is er besloten om naar Suriname te gaan. De projectgroep zou graag willen bijdragen aan de kwaliteit van de ergotherapie in Paramaribo.

Tijdens de uitvoering van het afstudeerproject zijn er meerdere mensen geweest die dit project mede mogelijk hebben gemaakt. Hierbij willen wij de volgende mensen hartelijk bedanken: Soemitro Poerbodipoero (senioradviseur), Marinthe Goedschalk (ergotherapeut en opdrachtgever), Marianne Fleurkens-Peeters (kinder-fysiotherapeut), Mereille Artist (logopedist), de cliënten waarbij we hebben meegekeken tijdens behandelingen en de werknemers en kinderen van De Anniecrèche.

Gedurende het afstudeerproject hebben we met veel enthousiasme, motivatie en plezier gewerkt aan het project.

Myrthe Verhoog
Marceline Wolters
Niki Yocarini

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Voorwoord	6
1. Inleiding	10
1.1 <i>Aanleiding</i>	10
1.2 <i>Doelstelling</i>	11
1.3 <i>Vraagstelling</i>	11
1.3.1 <i>Hoofdvraag</i>	11
1.3.2 <i>Deelvragen</i>	11
2. Methode	13
2.1 <i>Design</i>	13
2.2 <i>Data verzameling</i>	14
2.2.1 <i>Onderzoeksgroep</i>	14
2.2.2 <i>Literatuuronderzoek</i>	15
2.2.3 <i>Interviews</i>	15
2.2.4 <i>Observaties</i>	16
2.3 <i>Data analyse</i>	16
2.3.1 <i>Interviews</i>	17
2.3.1 <i>Observaties</i>	18
2.4 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	18
3. Resultaten	19
3.1 <i>Literatuuronderzoek</i>	19
3.2 <i>Interviews</i>	21
3.3 <i>Observaties</i>	23
4. Discussie en conclusie	26
4.1 <i>Discussie</i>	26
4.2 <i>Conclusie</i>	28
4.3 <i>Aanbevelingen</i>	29
5. Literatuurlijst	31
6. Bijlagen	33
<i>Inhoudsopgave bijlages</i>	33
Bijlage 1 definities begrippen	34
Bijlage 2 Informed consent	35
Bijlage 3 interviews therapeuten	36
Bijlage 5 observaties ergotherapeut	45
Bijlage 6 uitkomsten literatuuronderzoeken	51
Bijlage 7 Adviesrapport	55

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Voor u ligt de theoretische onderbouwing van het afstudeerproject '*Hoe sensorische integratie wordt toegepast bij kinderen met een beperking in Suriname*' wat geschreven is door de studenten, Myrthe Verhoog, Marceline Wolters en Niki Yocarini, van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA), en heeft betrekking op het onderwerp sensorische integratie bij kinderen met een beperking in Suriname. De projectgroep heeft in opdracht van het revalidatiecentrum in Paramaribo gewerkt aan het geven van adviezen omtrent de behandeling van kinderen met sensorische integratie problematiek. In dit verslag zijn alle aanbevelingen die in het adviesrapport te vinden zijn, onderbouwd op basis van resultaten uit de literatuur en observaties van een ergotherapeut en op, de uitkomsten van interviews met een ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedisten die werkzaam zijn in het revalidatiecentrum van Paramaribo. Met behulp van bovenstaande informatiebronnen is door de projectgroep een adviesrapport opgesteld voor het behandelen van kinderen met sensorische problematiek in Suriname.

Het principe sensorische integratie (SI) is ontstaan uit het werk van Dr. A. Jean Ayres en is geïntroduceerd bij het beroep ergotherapie (ET) in de eind jaren zestig. Het perspectief van Ayres heeft een belangrijke invloed op de ET praktijk gehad (Parham & Mailoux, 2005). Zicht, gehoor, reuk, smaak en tast zijn de zintuigen die men de gehele dag gebruikt. Daarnaast zijn er ook verborgen zintuigen, zoals het evenwichtsorgaan. Alle zintuigen werken de hele dag samen en dit stelt mensen in staat tot perceptie. Anders gezegd, is het een orgaan dat ervoor zorgt om een bepaald gedeelte waar te nemen. Alhoewel de zintuigen afzonderlijk van elkaar bestaan, moeten ze samen functioneren (Riet, 1985). Wanneer er geen sprake is van deze samenwerking, noemen we dat een sensorische informatieverwerking probleem. Het kan zijn dat bepaalde prikkels sterker binnen komen, of juist minder sterk, en dat heeft invloed op het gedrag van het kind. Hierdoor kan een kind informatie uit de omgeving rommelig waarnemen (NSSI, Z.D.).

De opdrachtgever, Marinthe Goedschalk, is ergotherapeut bij het revalidatiecentrum in Paramaribo. Naar aanleiding van een scholing in Nederland wilde de opdrachtgever meer zicht op de werkzame onderdelen van SI en de bijbehorende interventies en benaderingen. In dit project wordt er gekeken naar de werkwijze van de ergotherapeut vanuit de hoofdbenadering van SI.

In Suriname zijn alleen in het revalidatiecentrum van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo twee ergotherapeuten werkzaam. De voornaamste werkzaamheden worden in het revalidatiecentrum gedaan. Daarnaast worden behandelingen verzorgd in het ziekenhuis en voor de mytylschool, welke aan het revalidatiecentrum grenst (Academisch Ziekenhuis Paramaribo, 2016). Kinder-ergotherapeuten richten zich op een positieve ontwikkeling van het handelen op gezondheid en welzijn van het kind en de jongeren. Zij richten zich op actieve participatie in de variëteit waarin zij verkeren. De uitkomst is participeren als actieve deelnemer in de maatschappij vanuit het competentiegevoel vaardig te zijn om (handelings) uitdagingen aan te gaan (Benedixen & Kreider, 2011; Hartingsveldt, Houten, Leij-Hemmen & Velden, 2014). Om goed in kaart te brengen welke onderdelen van SI een meerwaarde zou kunnen hebben voor de ergotherapie in Paramaribo worden de verschillende aspecten van een behandeling onderzocht: diagnostiek en evaluatie, de verschillende diagnose groepen en de interventies. Op deze manier kunnen de werkzame componenten worden uitgelicht.

Een uitleg van lastige begrippen is terug te vinden in bijlage 1.

1.2 Doelstelling

Uit de literatuur komt naar voren dat er veel bekend is over sensorische integratie. Zo stimuleert het cliënten om prikkels die via de zintuigen binnenkomen op een samenhangende, betekenisvolle manier te verwerken en te gebruiken (Rengenhart, 2012). Echter, over de toepasbaarheid en de manier waarop het tegenwoordig gebruikt moet worden zijn nog vragen. Het is belangrijk dat ook de ergotherapeuten in Suriname deze methode en werkwijze juist kunnen hanteren. Door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek zal er meer gekeken worden naar welke werkwijze, diagnostiek, doelgroep en interventies van toepassing zijn in het revalidatiecentrum in Paramaribo. In de theoretische onderbouwing zijn de ondernomen acties beschreven, opgenomen en onderbouwd.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om een behandeling te structureren en te onderbouwen voor optimaal resultaat. Het uiteindelijke doel is dat de geboden zorg ten aanzien van SI overdraagbaar, bruikbaar en toepasbaar wordt en er continuïteit ontstaat binnen de afdeling.. De resultaten uit de literatuur onderzoeken en het praktijkonderzoek kunnen worden samengevoegd tot een adviesrapport. Om dit te realiseren is de volgende doelstelling geformuleerd:

'Aan het einde van het project is er een advies over welke werkzame componenten van SI er zijn en toegepast kunnen worden om de kwaliteit van de behandelingen in het revalidatiecentrum van Paramaribo te verbeteren.'

1.3 Vraagstelling

Om de kwaliteit van de ergotherapeutische behandelingen in Suriname te verbeteren is het van belang om het gehele behandelproces in kaart te brengen. Op deze manier kunnen alle aspecten van SI worden geïnventariseerd, gestructureerd en onderbouwd. Ergotherapeuten maken vaak gebruik van het methodisch handelen om een proces te doorlopen, dit geeft het professioneel redeneren structuur. Op deze manier wordt inzichtelijk dat het proces doordacht en doelgericht is (Logister-Proost & Steensels, 2012). De opdrachtgever vraagt zich af *hoe zij het behandelproces met betrekking tot SI problematiek het beste kan vorm geven.*

1.3.1 Hoofdvraag

De centrale vraag van het project luidt als volgt: *"Welke werkzame componenten van SI worden toegepast en kunnen de kwaliteit van de behandeling in het revalidatie centrum van Paramaribo verbeteren?"*

1.3.2 Deelvragen

De hoofdvraag is onderverdeeld in verschillende deelvragen, uitgewerkt voor het voorbereidende literatuuronderzoek, dat per project lid is onderzocht en het praktijkonderzoek dat gezamenlijk is uitgevoerd. verschillende componenten van SI worden afzonderlijk en uitgebreid van elkaar onderzocht om een completer antwoord worden te formuleren op de hoofdvraag middels de volgende deelvragen *"Wat is de effectiviteit van diagnostische en evaluatie instrumenten bij kinderen met sensorische problemen?"*

- *"Bij welke doelgroepen kinderen is sensorische integratie als methodiek het meest effectief/werkzaam?"*
- *"Wat zijn de meest werkzame interventies bij kinderen met sensorische problemen ter verbetering van de participatie?"*

Vragen voor het praktijkonderzoek

- *Wat is de huidige werkwijze van de ergotherapeut in Suriname?*
- *Hoe geeft de ergotherapeut haar behandelingen vorm?*
- *Waarom werkt de ergotherapeut op deze eigen wijze?*
- *Hoe werken andere kindertherapeuten in Suriname?*
- *Op welke manier wordt er samengewerkt in het revalidatiecentrum?*
- *Hoe verloopt de communicatie tussen therapeut en cliënt/cliëntensysteem?*

2. Methode

Op verzoek van de opdrachtgever is er onderzoek gedaan naar de behandeling van kinderen met SI problematiek in Suriname. Meestal is er sprake van een probleem dat met behulp van onderzoek mogelijk kan worden opgelost (Verhoeven, 2007).

Door een aantal gesprekken zijn de wensen van de opdrachtgever geïnventariseerd. Het hierboven beschreven probleem, de vraag, doelstelling en aanleiding zijn vooraf aan het project vastgesteld. Met de vragen en doelstelling van de opdrachtgever is het onderwerp afgebakend.

Er is besloten om via verschillende manieren antwoord te vinden op de vraag. Er zijn een aantal factoren waarbij rekening gehouden moet worden bij het bepalen van de onderzoeksopzet zoals tijd, geld, type vraag, populatie en omgeving. Na deze probleemanalyse is er een keuze gemaakt voor een opzet en is het onderzoeksvoorstel voorgelegd aan de opdrachtgever. In de opzet staan de keuzes voor methoden toegelicht en onderbouwd, en hoe deze methoden kunnen bijdragen aan het geheel.

2.1 Design

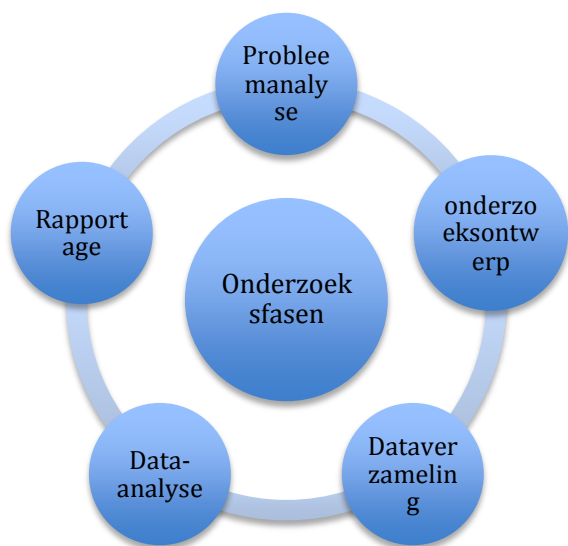
Binnen dit onderzoek vormt het plan van aanpak de leidraad van het onderzoek. Dit biedt structuur tijdens het gehele proces. Er zijn deelvragen opgesteld om de vraagstelling te specificeren met de combinatie van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek is aan de hand van interviews en observaties uitgevoerd en geanalyseerd.

Er is middels systematisch literatuuronderzoek zorgvuldig gezocht naar beschikbare literatuur voor het beantwoorden van de deelvragen. Tijdens het onderzoek werkt de projectgroep van theorie naar praktijk, van abstract naar concreet door eerst theoretische kennis op te doen, de ergotherapeut te observeren in haar algemene werk en deze te specificeren naar de huidige toepassing van SI. Om na te gaan welke informatie er over het onderwerp te vinden is, zijn er drie literatuuronderzoeken uitgevoerd. Er wordt gekeken naar bruikbare methode, theorieën en resultaten van eerder onderzoek. Via deze manier kan de richting van de verwachtingen van de uitkomsten worden opgesteld.

Na het theoretische antwoord op de onderzoeksvraag is de volgende stap om te onderzoeken of deze verwachtingen ook gelden voor de specifieke onderzoeksvraag voor de opdrachtgever. Dit wordt in de vorm van een praktijkonderzoek uitgevoerd. Er zijn verschillende fases die worden doorlopen bij het praktijkonderzoek, namelijk in de vorm van interviews en observaties.

Er is binnen het praktijkonderzoek gekozen voor een kwalitatief onderzoek zodat de gegevens open en flexibel verzameld kunnen worden. Ook geeft kwalitatief onderzoek de meeste informatie over de processen die van belang zijn in dit project. Op deze manier kan er worden in gesprongen op onverwachte situaties. Het belangrijkste aspect van kwalitatief onderzoek is dat er waarde wordt gehecht aan de betekenis die mensen (deelnemers aan het onderzoek) aan zaken geven. Dit resulteert in een interpretatieve stroming binnen het onderzoek, de interpretatie die personen aan een situatie of onderwerp geven (Verhoeven, 2007).

Tijdens het onderzoek zijn er veel keuzes gemaakt ten aanzien van het proces en de inhoud van het onderzoek. Om tijdens en na het onderzoek terug te kijken op bepaalde keuzes is er voor gekozen een gezamenlijk logboek bij te houden waarin keuzes, argumenten, ideeën, planning, inhoud, methodes, en vragen zijn gerapporteerd.



Figuur 1: Flowchart

2.2 Data verzameling

Voor de dataverzameling zijn verschillende methoden toegepast om een compleet beeld te krijgen van het gehele behandel proces van SI problematiek en de huidige situatie binnen het revalidatiecentrum. Deze methoden staan in de volgende hoofdstukken beschreven.

2.2.1 Onderzoeksgroep

Binnen dit onderzoek zijn de ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist, van het revalidatiecentrum in Paramaribo, die werken met kinderen geïnterviewd. Zij zijn door middel van een mail benaderd voor het maken van een afspraak om het interview af te nemen. Voor het afnemen van de interviews hebben de therapeuten de informatiebrief gelezen en hebben zij een informed consent ondertekend. Vanwege privacy redenen zijn de getekende informed consent niet toegevoegd maar gearchiveerd. Er is gekozen om naast de ergotherapeut ook de andere kinder-therapeuten te interviewen om inzicht te verkrijgen in de verschillende handelwijze van de behandeling in deze context.

In bijlage 2 is een voorbeeld van het informed consent toegevoegd.

De volgende personen zijn in Suriname door de onderzoeksgroep geïnterviewd:

- M. G., ergotherapeut in het revalidatiecentrum van Paramaribo.
- M. F., fysiotherapeut in het revalidatiecentrum van Paramaribo.
- M. A., logopedist in het revalidatiecentrum van Paramaribo.

Gezien de lage instroom van kinderen met sensorische problematiek op de poli van het revalidatiecentrum, is er door de opdrachtgever contact opgenomen met de Anniecrèche. De Anniecrèche is een therapeutisch dagcentrum voor jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Door middel van begeleiding, therapie, spel en onderwijs wordt met het kind gewerkt aan diverse ontwikkelingsdoelen (De Anniecrèche, 2015).

Met de Anniecrèche zijn een wekelijks meerdere afspraken gemaakt waarin van 08:30 tot 10:00

uur juffen werden gezien voor het afnemen van de Sensory Profile of de Infant/Toddler Sensory Profile. Daarbij was de opdrachtgever de interviewer en de projectgroep de observatoren. De manager van de Anniecrèche heeft hiervoor toestemming gegeven en stelt een ruimte beschikbaar om het interview af te kunnen nemen.

De volgende personen zijn benaderd:

- I. (assistent manager), werkzaam bij De Anniecrèche.
- Juffen die werkzaam zijn bij De Anniecrèche.

2.2.2 Literatuuronderzoek

Naar aanleiding van de vraag van de opdrachtgever heeft de projectgroep gezamenlijk een hoofdvraag met deelvragen opgesteld. De deelvragen zijn onder de drie studenten onderverdeeld en zullen individueel worden uitgewerkt door middel van literatuurstudies. Voor iedere literatuurstudie zijn specifieke zoektermen opgesteld waarbij door middel van in- en exclusie criteria werd gezocht in de databases naar het best beschikbare bewijs. Door uiteindelijk de uitkomsten van de literatuurstudies samen te voegen zal er hopelijk een verband gelegd kunnen worden tussen de laatste bevindingen op het gebied van SI en de praktijk. Er is gebruik gemaakt van artikelen die gebruik maken van praktisch onderzoek en zijn in de laatste jaren (<10 jaar) gepubliceerd.

2.2.3 Interviews

Er is gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen bij de deskundige om informatie te verzamelen over het onderwerp. Bij kwalitatief onderzoek wordt de onderzoeker direct betrokken bij het onderwerp en sta je dichterbij degene die aan het onderzoek mee werkt. Bij kwalitatief onderzoek kan er gebruik gemaakt worden van een semigestructureerde vorm zodat er ruimte is voor eigen inbreng van de respondent maar er wel een bepaalde structuur is binnen het interview. Daarnaast heeft het interview een specifiek onderwerp en is dit aan te duiden met de zogenoemde topic-interview, waarmee een interview wordt aangeduid dat een specifiek onderwerp behandelt (Boeije, 2014). Het interview is gevormd door middel van de stappen van het methodisch handelen (Logister-Proost & Steensels, 2012).

Voor het afnemen van de interviews hebben de therapeuten de informatiebrief gelezen en hebben zij een informed consent ondertekend. De intentie van het interview is om de focus te leggen op kinderen met SI problematiek. De vooraf opgestelde vragen waren allen gericht op SI en het behandelen van kinderen met SI problematiek. Via deze manier is er een beeld gevormd over de verschillende werkwijze binnen het team en om te kijken welke mogelijkheden er zijn met betrekking tot het behandelen van kinderen in Suriname.

Tijdens het afnemen van de interviews bij de fysiotherapeut en logopedist werd duidelijk dat er niet specifiek SI problematiek behandeld wordt. Wel wordt er opgemerkt als een kind problemen heeft in de SI. Bij hen zijn hierdoor de vragen aangepast naar een algemene situatie, maar waren de vragen van de ergotherapeut wel gericht op het behandelproces bij kinderen SI problematiek, omdat de ergotherapeut er wel mee werkt.

De uitwerking van de interviews bij de therapeuten is terug te vinden in bijlage 3.1.

2.2.4 Observaties

Om een goed beeld te vormen van de populatie heeft de projectgroep twee weken mee gekeken. Er is kennis gemaakt met de therapeuten en de manier van werken in Suriname.

Na deze twee weken is er gekozen voor een participerende observatie methode omdat er op deze manier goed waargenomen kan worden wat er gebeurt, direct geregistreerd kan worden wat er plaats vindt, en zowel de situatie als de sfeer goed ervaren kan worden. Tijdens de observaties doen de onderzoekers mee aan de behandeling van de onderzochte cliënten met mogelijk SI problemen, terwijl er wordt geobserveerd (Boeije, 2014). Zo wordt er met het kind gespeeld als er ondertussen een gesprek wordt gevoerd met de ouder in dezelfde ruimte. Eén onderzoeker observeert de ergotherapeut en de ouder terwijl twee andere onderzoekers met het kind spelen, observeren en participeren tijdens de behandeling. Er worden verschillende mogelijkheden toegepast om de prikkels die het kind binnen krijgt zoveel mogelijk te dempen of te stimuleren.

Daarnaast is er direct geobserveerd, dit houdt in dat de geobserveerde zien dat zij geobserveerd wordt (Verhoeven, 2007). Er is gekozen voor een ongestructureerde vorm van observeren. Hierbij kan je een breder beeld vormen van de situatie en het gedrag omdat je niet op een bepaald element focust, maar naar het geheel kijkt (Dingemanse, 2016). Een nadeel van deze methode is dat onze aanwezigheid de geobserveerde kan beïnvloeden.

Het aantal observaties was afhankelijk van het aantal kinderen met SI problematiek dat werd gezien door de ergotherapeut. Daarnaast is vooraf afgesproken hoeveel kinderen er minimaal en maximaal nodig waren om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag. Er is gekozen voor een minimum van 3 kinderen en een maximum van 8 kinderen. Ook is er een streven opgesteld om minimaal 5 keer de ergotherapeut te observeren tijdens een behandelsessie. Er is maar net aan het minimum kinderen voldaan, dit komt omdat het momenteel financieel niet goed gaat met Suriname. De cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor de kosten. Hierdoor zien de cliënten vaak niet de noodzaak van ergotherapie en het revalidatiecentrum. Daarnaast is ergotherapie maar bekend bij een kleine groep mensen. Door deze twee redenen is het rustig in het revalidatiecentrum. De keuze is daarom gemaakt om de ergotherapeut te observeren tijdens behandelingen bij de Anniecrèche om zo toch aan het streven van het vooraf opgestelde minimum te komen.

De uitwerking van de observaties bij de ergotherapeut is terug te vinden in bijlage 4.

2.3 Data analyse

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen worden meerdere methode gebruikt om zo meerdere onderzoek aspecten goed te belichten. Op deze manier wordt de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot (Verhoeven, 2007). De gegevens van de interviews en de observaties zullen worden geanalyseerd en verwerkt om structuur aan te brengen in het proces. Deze gegevens zullen uiteindelijk verwerkt worden in de resultaten.

2.3.1 Interviews

Ten eerste wordt er een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste gevonden antwoorden/ thema's van de interviews, zoals welke antwoorden geven verwarring of wat is overkoepelend. Nadat dit vervolgens per interview is gedaan zijn deze gezamenlijk verwerkt in een tabel. Ten slotte is er gekeken naar verbanden tussen de begrippen, naar associaties, verschillen, overeenkomsten en combinaties van de antwoorden.

Vooraf zijn er een aantal vragen gesteld als beeldvorming van de therapeuten. Op basis van werkervaring zijn de interviews op maat aangepast omdat de fysiotherapeut niet specifiek werkt aan SI problematiek bij kinderen maar dit wel waarneemt tijdens haar behandelingen. De fysiotherapeut heeft de antwoorden beantwoord met betrekking tot de kinderen die zij behandelt in Suriname. De logopedist had op het moment van het interview 2 jaar werkervaring en daarnaast geen ervaring in het werken met kinderen met SI problematiek. Zij heeft net als de fysiotherapeut de vragen geïnterpreteerd met betrekking tot de kinderen die zij behandelt.

Vragen	12. Voorwaarde	26. Adviezen
<i>A. Vraagstelling</i>	13. Specifiek	<i>E. Evaluatie en nazorg</i>
1. Ervaring	14. Overige therapiedoelen	27. Uitbehandeld
2. Doelgroepen	15. Behandeldoelen	28. Evaluatie/nazorg
3. Kennismakingsgesprek	16. Bereiken	29. Meetmoment
4. Instrumenten	17. Opbouw	30. Rapportage
5. Lijsten	18. Materialen	31. Aanvullingen
<i>B. Probleeminventarisatie en</i>	19. Ruimte	32. Baas v.d. afdeling
- analyse		
6. Observatie	<i>D. uitvoering plan van aanpak</i>	<i>Vragen voor therapeuten</i>
7. Lijsten	20. Interventies	Inhoud SI
8. Testen	21. Handvatten	Cursus
9. Scoren	22. Hoe vaak	Principes
10. Tijd	23. Hoelang	SI effectief
11. Diagnose	24. Ouders	
<i>C. Doelbepaling en plan van</i>	25. Huiswerk	
<i>aanpak</i>		

Tabel 1: themas Vragen interview

De volledig uitwerking van de interview vragen zijn te vinden in bijlage 3.2.

2.3.1 Observaties

Om de observaties te kunnen interpreteren worden deze gecodeerd. De uitkomsten van de observaties worden thematisch gecodeerd, dat wil zeggen dat de observatiepunten worden ingedeeld op type behandeling en gedrag tijdens de behandelingen. Op deze manier kunnen de verschillende aspecten van een behandeling vergelijken. De projectgroep heeft hierbij een eigen coderingssysteem ontworpen dat aansloot op de onderzoeksvraag. Er is gekozen voor inductief coderen. Bij deze manier van coderen hangt de codering af van wat er naar voren komt tijdens een observatie. Het wordt ook wel open coderen genoemd. De projectgroep wist op voorhand nog niet wat er gezegd gaat worden (Verhoeven, 2007).

2.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Het onderzoek richt zich voornamelijk op één ergotherapeut aangezien het niet mogelijk was dit te vergelijken met andere ergotherapeuten in Suriname. Het onderzoek vond plaats op het

revalidatiecentrum en De Anniecrèche. De betrouwbaarheid van de bevindingen en uitkomsten zijn vergroot doordat de projectgroep zich heeft opgesplitst en heeft gerouleerd. Elke behandeling was een andere samenstelling van onderzoekers. Op deze manier worden vanuit verschillende invalshoeken bekeken (Verhoeven, 2007).

Met dit soort onderzoek is subjectiviteit niet te vermijden. Om te dit te beperken is er vooraf duidelijk afgestemd waar de focus ligt en zijn er een aantal technieken toegepast om de subjectiviteit te beperken, zoals de gesprekken zijn opgenomen met een dictafoon en gestructureerd middels een mondelingen vragenlijst. Daarnaast is de projectgroep zich ervan bewust dat de aanwezigheid de geobserveerde (ergotherapeut) kan beïnvloeden.

Bij dit kwalitatief onderzoek wordt een open benadering gehanteerd waardoor de herhaalbaarheid van het onderzoek op de proef wordt gesteld. Omdat er met een open benadering te veel uitgeweken kan worden met het antwoord op de vraag. Echter wordt het interview zo meer een gesprek dan een vragenvuur. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er wekelijks kritische gereflecteerd op de handelwijze van de projectgroep en om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten zijn de stappen geregistreerd in een logboek. Er is kritisch gereflecteerd door te kijken of het vooraf gestelde doel behaald was, hoe de uitvoering verliep, waar projectleden tegen aanliepen en wat is de aanpak voor de volgende keer.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is bij elk interview op dezelfde manier vragen gesteld en er evenveel tijd voor ingepland.

De projectgroep was zich ervan bewust dat ondanks de gemeenschappelijke taal er toch miscommunicaties kunnen ontstaan. De verschillen in cultuur en handelen zijn regelmatig besproken met de opdrachtgever en benoemd om misvattingen te vermijden. Door te benoemen wat de projectgroep opviel tijdens verschillende observaties werd er gesproken over hoe sommige dingen hier worden uitgevoerd en die kunnen verschillen met de Nederlandse gewoontes.

3. Resultaten

Met behulp van de verschillende informatie bronnen zijn er resultaten verzameld die kunnen bijdragen aan een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek.

3.1 Literatuuronderzoek

De projectgroep heeft drie literatuuronderzoeken verricht, om alle theoretische bevindingen rondom SI te kunnen onderbouwen in het uiteindelijke advies. Hieronder volgt een conclusie van elk afzonderlijk onderzoek en een gezamenlijke conclusie.

“Wat is de effectiviteit van diagnostische en evaluatie instrumenten bij kinderen met sensorische problemen?”

Uit het literatuuronderzoek naar instrumenten binnen de SI is gebleken dat er een aantal instrumenten zijn op het gebied van diagnostiek en evaluatie. De onderzoeksvraag in deze literatuurstudie luidde: ‘Wat is de effectiviteit van diagnostische en evaluatieve instrumenten bij kinderen met sensorische problemen?’. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat *The Test of Sensory Function in Infants*, *Sensory Rating Scale* en *Infant/Toddler Sensory Profile* instrumenten zijn die veel informatie goed in kaart kunnen brengen. Daarnaast wordt ook de *Sensory Integration and Praxis Tests* (SIPT), *Goal Attainment Scaling* (GAS) en de *Short Sensory Profile* (SSP) aanbevolen. Voor verschillende diagnoses worden er nog specifieke assessments aanbevolen. Er zijn een aantal artikelen die van laag niveau van kwaliteit blijken te zijn. Hierdoor wordt het lastig om de uitkomsten te generaliseren en is het lastig om een concreet antwoord te geven op de vraag die geformuleerd is. Er zal echter meer specifiek onderzoek gedaan moeten worden. Om deze reden kunnen de uitkomsten van dit onderzoek slechts gebruikt worden om inzicht te geven in de verschillende instrumenten. De werkzame onderdelen binnen de instrumenten kunnen gebruikt worden om een onderbouwd advies te geven. De gegevens zullen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden.

“Bij welke doelgroepen kinderen is sensorische integratie als methodiek het meest effectief/werkzaam?”

Uit het literatuuronderzoek naar doelgroepen kinderen binnen de SI is gebleken dat er vele doelgroepen zijn die onder verschillende omstandigheden zijn onderzocht. De onderzoeksvraag in deze literatuurstudie luidde: ‘Bij welke doelgroep kinderen is Sensorische Integratie als methodiek het meest effectief/werkzaam?’. In de verschillende onderzoeken zijn de meest voorkomende doelgroepen met SI problematiek onderzocht, onder verschillende voorwaarden. Gezien de verschillende gebruikte methodiek, interventies en assessments is het lastig om een expliciet antwoord te geven op de deelvraag. De artikelen bezitten ook een lage level of evidence waardoor het lastig is om de resultaten te interpreteren en te includeren in het onderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om een inzicht te geven in de verschillende doelgroepen en welke methodes er bij die specifieke doelgroepen worden gebruikt. De werkzame onderdelen die van belang zijn bij de doelgroepen kunnen gebruikt worden om een onderbouwd advies te geven. Ook deze gegevens zullen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, waarbij rekening gehouden wordt met de beperkingen van de resultaten. Er zal meer onderzoek nodig zijn om de bevindingen te bevestigen en er zal rekening gehouden moeten worden met de toepasbaarheid in de Surinaamse setting.

“Wat zijn de meest werkzame interventies bij kinderen met sensorische problemen ter verbetering van de participatie?”

Uit het literatuuronderzoek naar SI interventies en SI gebaseerde interventies is gebleken dat er een breed scala aan interventies is. De onderzoeksvraag in deze literatuurstudie luidde: “Wat zijn de meest werkzame interventies bij kinderen met sensorische problemen ter verbetering van de participatie?”. Uit de literatuur komen interventies naar voren die specifiek ontwikkeld zijn voor SI problematiek maar ook interventies die voor andere beperkingen worden gebruikt. Uit de meeste onderzoeken blijkt dat de interventies een positieve uitwerking hebben op kinderen met sensorische problematiek, de onderzoeken sluiten maar gedeeltelijk aansluiten op de onderzoeksvraag. Tevens zijn er ook artikelen van een lager niveau van kwaliteit geïncludeerd in het onderzoek. Er worden interventies aangekaart die geen positieve, maar ook geen negatieve uitwerking hebben.

Om deze redenen kunnen de uitkomsten van dit onderzoek slechts gebruikt worden om inzicht te geven in de verschillende interventies en hoe deze toegepast worden op bepaalde doelgroepen kinderen. De werkzame componenten van bepaalde interventies kunnen worden benoemd om de kwaliteit van de SI gerichte behandelingen te verbeteren. Voor deze interventies worden toegepast moet helder zijn dat er meer onderzoek nodig is om te kunnen bevestigen welke SI interventies het meest effectief zijn bij kinderen met sensorische problemen.

Gezamenlijke conclusie literatuuronderzoeken

Uit de drie literatuuronderzoeken komt naar voren dat SI een veel besproken onderwerp is binnen de ergotherapie. Er is in de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar alle aspecten, die bij het behandelen van SI problematiek, aanbod komen.

Vanuit de literatuur is voornamelijk gebleken dat er voor evaluatie en diagnostiek bij SI verschillende specifieke SI instrumenten en assessments zijn, en dat deze kunnen bijdragen aan het in kaart brengen van SI problematiek. Daarnaast zijn er nog andere assessments die ook toepasbaar zijn op andere doelgroepen, maar ook voor SI problematiek gebruikt kunnen worden.

Ervaringen uit de literatuur stellen dat er veel interventies toegepast kunnen worden bij kinderen met SI problematiek. Sommige daarvan zijn specifiek ontwikkeld voor SI problematiek, andere worden ook voor andere doelgroepen en beperkingen gebruikt. De meeste interventies hebben een positieve uitkomst op SI problematiek.

Daarnaast komt uit de literatuur naar voren dat er meerdere doelgroepen zijn die problemen ervaren in de SI. Er zijn meerdere doelgroepen die baat hebben bij de SI methodiek, maar kan geen antwoord gegeven worden op de vraag bij welke doelgroep SI als methodiek het meest effectief is.

De werkzame componenten kunnen worden benoemd om de kwaliteit van de behandelingen te verbeteren maar moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat er meer onderzoek nodig is om te bevestigen waar het meest effectief is.

Bovenstaande conclusie hebben geleid tot de vragen / topics voor het praktijkonderzoek; interviews en observaties, die beschreven staan onder het hoofdstuk *deelvragen*.

Een overzicht van de uitkomsten van de literatuuronderzoeken is terug te vinden in bijlage 5.

3.2 Interviews

Met een ergotherapeut, fysiotherapeut en een logopedist hebben semigestructureerd interviews plaatsgevonden. Dit is gedaan om met deze disciplines van gedachten te wisselen over hun werkwijze met betrekking tot kinderen met SI problematiek en over het algemeen met kinderen met een beperking in Suriname. Hieronder volgen de samenvattingen per interview.

Samenvatting resultaten interview ergotherapeut

De ergotherapeut heeft vorig jaar een cursus over SI gevolgd in Nederland, die bestemd was voor artsen en psychologen. De ergotherapeut heeft naar haar idee 5 á 6 jaar ervaring in het behandelen van kinderen. De ergotherapeut behandelt kinderen met verschillende diagnoses, zoals ontwikkelingsachterstanden, cerebrale parese en syndromen. De ergotherapeut heeft daarbij nooit specifiek SI problematiek behandeld maar wel SI principes toegepast in haar behandelingen. De ergotherapeut geeft aan volgens een bepaalde structuur te werken, waarbij zij gebruikt maakt van verschillende observaties- en vragenlijsten. Aandachtspunten tijdens een observatie zijn gedrag, motoriek en het kind zelf.

Een voorwaarde om te behandelen is dat het kind de ergotherapeut kan volgen en er een respons van het kind is.

“Uhm ik wil zeggen dat het kind mij moet kunnen volgen, en dan heb ik het niet over een half uur lang maar uhm heb ik bijvoorbeeld kind C die heel kort van z'n aandacht kan richten, maar als ik hem roep komt die wel. Dat is voor mij al voldoende om te kunnen volgen. Behandelen echt behandelen, dan heb ik iets meer voor nodig dan dat maar dat is wel het minimale wat ik vraag.”

Quote ergotherapeut.

Samen met de ouders stelt de ergotherapeut behandeldoelen op. Doelen zijn behaald als beide partijen tevreden zijn, zowel ouders, het kind en de therapeut.

Er wordt tijdens de behandelingen gebruikt gemaakt van verschillend (spel) materiaal, waarbij er vaak aan een tafel gewerkt wordt. Het is per kind verschillend met welke frequentie er behandeld wordt. De ergotherapeut bepaald ook per kind of de ouders aanwezig mogen zijn bij de behandeling. Zodra de doelen zijn bereikt is een kind uitbehandeld. Het verschilt per kind wanneer het weer wordt opgeroepen voor een evaluatiemoment. Er wordt niet standaard een rapportage gemaakt bij elk behandelmoment een kind.

Samenvatting resultaten interview fysiotherapeut

De kinderfysiotherapeut werkt sinds 1982 als fysiotherapeut. Bij haar is het niet bekend hoe lang zij al met kinderen met SI problemen werkt, wel kan ze uitleggen wat het is maar heeft geen cursus gevolgd over SI. Wel merkt ze op als er problemen zijn in de prikkelverwerking van het kind. Er komen bij de kinderfysiotherapeut vaak kinderen met ontwikkelingsachterstand, syndromen, CP en prematuur. Er wordt met een vaste structuur gewerkt binnen een behandelplan, daarnaast worden er verschillende instrumenten gebruikt. Tijdens observaties wordt vooral gekeken naar de motoriek, afwijking van de norm en of het problemen oplevert. Een diagnose wordt altijd met de arts besproken. De fysiotherapeut stelt als voorwaarde dat er een hulpvraag moet zijn vanuit het kind of de ouder en daar worden doelen bij opgesteld via de SMART methode. Ze wil graag met haar behandelingen bereiken dat de kinderen beter functioneren in hun omgeving en doet dit door spelenderwijs oefeningen te doen. Ouders zijn vaak aanwezig zodat ze weten hoe ze met het kind thuis kunnen oefenen. De frequentie qua behandelingen verschilt per kind. Als nazorg worden alle kinderen na 3 maanden nog is opgeroepen om te evalueren en een gestandaardiseerde test af te nemen ter controle.

“uh evaluatie, we evalueren of we dat specifieke behandelgoal voor die periode gehaald

hebben en uh vaak laat ik de kinderen dan na drie maanden nog een keer komen om te kijken van hoe is het het, lukt het, blijft het op die manier en uh zijn er weer nieuwe problemen die drie maanden."

Quote fysiotherapeut.

Van elk behandelmoment wordt een rapportage gemaakt voor ouders, arts en eigen administratie.

Samenvatting resultaten interview logopedist

De logopediste in het revalidatiecentrum heeft twee jaar werkervaring, maar heeft geen ervaring met kinderen die problematiek laten zien met SI. Zij heeft daarom de vragen in het algemeen geïnterpreteerd en daar op die manier ook antwoord op gegeven. Zij ziet kinderen op de poli van 0 tot 18 jaar oud die problemen hebben in het slikken, stotteren, articulatie of stem problemen. Voornamelijk gebruikt zij de intakelijsten en om de kinderen te testen gebruikt zij de daar bijbehorende testen voor. De materialen die worden gebruikt hangt af van het probleem en wat het kind leuk of interessant vindt.

Een voorwaarde om aan het werk te gaan met het kind is dat het kind alert is en went aan de situatie. De ouders geven aan wat zij verwachten en de logopediste stelt SMART doelen op. Het uiteindelijk doel zal bereikt moeten worden en het kind en de ouders moeten tevreden zijn. Zij geeft zelf wel duidelijk aan de ouders aan wanneer het kind is uitbehandeld of wanneer zij vindt dat de behandelingen voortgezet moeten worden. Vervolgens zal er na twee maanden een evaluatie moment zijn die fysiek of telefonische word afgehandeld. Van ieder kind wordt een rapportage gemaakt die terug wordt gekoppeld aan de doorverwijzende arts en de huisarts.

"Aan de huisartsen en de persoon die het kindje verwezen heeft, meestal komt de verwijzing niet van de huisarts. eehm ik vind niet dat het verplicht is maar het is wel handig, het is wel nodig. Niet verplicht, maar wel nodig."

Quote logopedist.

Een uitgebreide uitwerking van het interviews zijn terug te vinden in bijlage 3.2.

Gezamenlijke conclusie interviews

De therapeuten in het revalidatiecentrum werken allen met kinderen en zijn daarom geïnterviewd voor het onderzoek. Gezien hun eigen kennis en beroep werken de therapeuten op een eigen, maar ook verschillende manier van elkaar. De logopedist laat duidelijk weten dat zij geen ervaring heeft met kinderen die SI problemen laten zien maar daar graag wel meer over zou willen weten. Zij ziet vaak kinderen met andere problematiek zoals slik-, stotter-, articulatie- of stem problemen. De fysiotherapeut heeft al jaren ervaring en geeft aan sensorische integratie problematiek bij kinderen te herkennen. Echter heeft zij geen cursus gedaan over dit onderwerp. De ergotherapeut heeft afgelopen jaar een SI cursus gevolgd, maar die was bestemd voor

artsen en psychologen. Kinderen op de ergotherapie en fysiotherapie poli worden niet specifiek behandeld voor SI, maar er worden SI principes toegepast. Bij alle therapeuten wordt er op een eigen manier gebruik gemaakt van de intake- en observatielijsten. De kinderen worden behandeld onder de voorwaarde dat zij een respons vertonen en dat er een hulpvraag is vanuit het kind of de ouders. De doelen worden, soms samen met de ouders, door middel van de SMART-methode geformuleerd. De frequentie en materialen hangen af van de behoefte van het kind. Na de behandelingen wordt er een rapportage gemaakt, behalve door de ergotherapeut. Er wordt (soms) een evaluatie moment ingepland om nogmaals het kind te checken en/of af te sluiten.

3.3 Observaties

De ergotherapeut werkt in Suriname als enige kinder-ergotherapeut. Er komen kinderen met verschillende beperkingen en vragen naar haar toe. Haar behandelingen bestaan om die reden uit diverse werkzaamheden.

Tijdens het behandelen van kinderen (met vermoedelijk) SI problemen lijkt de ergotherapeut op een gegeven moment vast te lopen, het lijkt voor haar lastig om te bepalen wat de volgende stap is die zij moet nemen.

Het behandelen van specifieke SI problemen lijkt voor de ergotherapeut nieuw. Zij is voornamelijk bezig met de beginfase van het methodisch handelen, namelijk met de vraagstelling en de probleemdefiniëring en analyse. Tijdens het screenen laat de ergotherapeut de juffen zelf de screeningsformulieren invullen en verwerkt later de gegevens.

De stappen die hierna zouden volgen konden helaas niet geobserveerd worden.

Hieronder volgt een codeer boom van de gegevens uit de observaties.



Tabel 3: codeerboom

Code	Uitleg
1	Sensorische integratie behandeling
1.1	Gedrag
1.1.1	Weet tijdens behandeling niet goed waar ze mee bezig is
1.1.2	Weet niet wat ze moet doen bij de volgende behandeling
1.1.3	Behandelingen kosten veel energie
1.2	Behandeling met ouder
1.2.1	Hulpvraag uitvragen
1.2.1.1	Voorbeelden geven
1.2.2	Opvallende punten SP bespreken
1.3	Behandeling met kind
1.3.1	Gebruik verschillend materiaal
1.3.2	Druk uitoefenen op kind
1.3.3	Zingen
1.3.4	Schommelen

1.4	Behandeling met Juf
1.4.1	Afnemen SP-NL
1.4.1.1	Ergotherapeut is niet bekend met achtergrond van het kind
1.4.1.2	Uitleg geven over SP-NL
1.4.1.3	Vragen stellen ter verduidelijking
1.4.1.4	SP wordt zelfstandig ingevuld
1.4.1.5	Ergotherapeut leest dossier van kind
1.4.1.6	Ergotherapeut geeft niet aan hoe lang de behandeling duurt
1.4.1.7	Frustratie bij juf
1.4.1.8	Andere lijst nodig vanwege leeftijd
1.4.2	Bespreken van ingevulde SP-NL
1.4.2.1	Ergotherapeut was onvoorbereid
1.4.2.2	Opmerkingen noteren
1.4.2.3	Twijfelachtige antwoorden worden verbeterd
1.4.2.4	ET controleert niet hoe de lijst is ingevuld

Tabel 4: legenda codeerboom

Een uitgebreide uitwerking van de observaties is terug te vinden in bijlage 4.

4. Discussie en conclusie

4.1 Discussie

Een waarde van dit onderzoek is dat er een duidelijke directe link was met ergotherapie. Dit maakt het makkelijk om de uitkomsten toe te passen in de praktijk. Daarnaast waren de inhoud van de artikelen die in het literatuuronderzoeken zijn meegenomen allen relevant voor de onderzoeksvraag: aan de hand van de resultaten kan de onderzoeksvraag (deels) beantwoord kunnen worden. Er zou een overzicht gemaakt kunnen worden van de instrumenten die toepasbaar zijn, bij welke doelgroepen SI als methodiek toegepast kan worden en welke

interventies werkzaam zouden zijn voor kinderen met sensorische problemen, echter moet er met een aantal factoren rekening gehouden worden.

Er moet rekening gehouden worden met een aantal beperkingen binnen de literatuuronderzoeken, die een groot aandeel hebben gehad op de uitkomsten van dit onderzoek. Er is gezamenlijk gekozen om verschillende doelgroepen, interventies en instrumenten te includeren in de onderzoeken. Het is hierdoor niet mogelijk om direct de uitkomsten met elkaar te vergelijken. Sommige bevindingen zouden bijvoorbeeld niet op een andere doelgroep toegepast kunnen worden. Er kunnen verschillende achterliggende oorzaken zijn bij bepaalde doelgroepen kinderen, waardoor niet alle uitkomsten gebruikt kunnen worden voor alle doelgroepen maar alleen voor die specifieke doelgroep. Apart van elkaar kunnen de bevindingen gebruikt worden om inzicht te geven. De uitkomsten zouden eventueel apart van elkaar geïnterpreteerd kunnen worden, maar kunnen niet op een berg gegooid worden voor dit onderzoek.

Verder moet er bij het generaliseren van de resultaten wel rekening gehouden worden met de kwaliteit van de onderzoeken. Er is geen een artikel met het 'level of evidence' van I, waardoor de artikelen beperkingen met zich mee brengen.

Daarbij is er bij geen een van de literatuuronderzoeken consensus gevonden over wat het meest effectief is met betrekking tot SI. Er wordt gewerkt met verschillende methodes, doelgroepen, benaderingen, instrumenten en interventies, hierdoor ontstaat er geen continuïteit in het behandelen van kinderen met sensorische problemen. Het is voor een therapeut belangrijk om goed af te wegen en te kijken naar wat een kind specifiek nodig heeft om zodoende SI principes toe te passen.

Ten tweede, is na het uitwerken van de interviews de projectgroep duidelijk geworden dat er door te weinig afbakening bij de geïnterviewde er te veel suggestieve vrijheid is gegeven. Omdat de ene therapeut bij het beantwoorden van de vragen een kind met SI problemen in het achterhoofd heeft en de andere niet, zijn de antwoorden soms niet eenduidig genoeg meer. Aangezien de projectgroep hier van tevoren niet genoeg rekening mee heeft gehouden, kan dit een vertekent beeld opleveren bij de resultaten. De antwoorden zijn uiteindelijk op een dusdanige manier geïnterpreteerd zodat deze een beeld geven over het behandelen van kinderen met een beperking in Suriname.

De projectgroep is zich ervan bewust dat een interview ook een momentopname is. Wanneer het interview op een ander moment herhaalt zou worden, zouden de antwoorden kunnen afwijken van de huidige gegevens. De therapeuten hebben meerdere malen benoemd dat het per kind afhankelijk is, en dat een kind een eigen aanpak nodig heeft. Voor hen was het hierdoor moeilijk om een precies antwoord te geven.

Achteraf gezien had de projectgroep een aantal punten met betrekking tot de interviews anders kunnen aanpakken. De voorbereiding was over het algemeen helder en duidelijk. Er was vooraf een duidelijk planning gemaakt, waarbij de projectgroep rekening heeft gehouden met de Surinaamse cultuur en achtergrond. De drie interviews zijn uiteindelijk in twee weken afgenomen. De vragen zijn vooraf opgestuurd naar de coach en opdrachtgever, zodat zij hier eventueel aantekeningen op konden maken. Er zijn tijdens de interviews geluidopnames gemaakt ter ondersteuning van de notulen. Zodoende kon de projectgroep bij onduidelijkheden teruggrijpen op deze opnames. Hierdoor werd het voor de projectgroep gemakkelijk om de gegevens compleet en betrouwbaar te verwerken.

Tijdens de interviews bleek dat er niet goed was gekeken naar de tijdsduur die nodig was, dit verschilde per therapeut. Uiteindelijk heeft het ene interview langer geduurd dan de ander, maar was dit voor niemand een probleem. Het interviewen en notuleren zelf had van te voren beter op elkaar afgestemd moeten worden. Door het te weinig definiëren en afbakenen van een aantal begrippen was er een verschil in de uitwerking van de interviews. Daarnaast vonden sommige therapeuten het lastig om een concreet antwoord te geven op een vraag, er werd vaak aangegeven dat veel antwoorden afhankelijk zijn van een kind. Dit had de projectgroep kunnen voorkomen door grenzen aan te kunnen geven, zoals bijvoorbeeld een casus.

Als er naar de observaties gekeken wordt zijn er een aantal punten die de projectgroep anders had kunnen aanpakken. Er is bewust gekozen voor een vorm van ongestructureerd observeren, omdat hierdoor het gedrag van de geobserveerde duidelijk naar voren komt. Dit heeft er wel voor gezorgd dat bij het uitwerken van de gegevens uit de observaties er veel onduidelijkheid ontstond. Daarnaast is er maar één ergotherapeut geobserveerd, de enige die in Suriname met kinderen werkt. Dit maakt dat er maar een beperkt beeld is gevormd door de projectgroep. Daarnaast waren het merendeel van de observaties beperkt tot het screenen van kinderen met SI problemen, waardoor het lastig was om een beeld te vormen over de andere onderdelen van een behandelproces. De projectgroep is zich hiervan bewust, en neemt dat mee in de adviezen.

Daarnaast wordt de generaliseerbaarheid van het onderzoek beperkt doordat het een kleine groep personen met verschillende professionele achtergronden betreft. Daarnaast bestaan er binnen elk onderzoek externe factoren die afhankelijk zijn van de situatie of de persoon, deze kunnen het onderzoek vertekenen. Het bleek lastig te zijn een vergelijking te maken tussen de therapeuten. Tussen alle geïnterviewde onderling zijn er grote individuele verschillen te zien. De therapeuten hebben allen een verschillende achtergrond, en daarnaast heeft de een veel meer ervaring in het werken met kinderen dan de ander.

Helaas hebben wij de latere stappen in een behandelproces niet kunnen observeren. De ergotherapeut was zelf nog niet klaar om deze stappen te doorlopen en bevond zich nog in de begin fase van het behandelproces. Dit is om die reden niet mee genomen in het onderzoek. De ergotherapeut is degene die zich het meest bezig houdt met SI en het behandelen van kinderen met SI problemen. De fysiotherapeut heeft veel ervaring in het behandelen van kinderen, maar richt zich niet op SI problematiek. Zij merkt door haar ervaring wel op als kinderen problemen hebben in de SI en kan haar werkwijze daar wel op aanpassen, maar zal zich nooit specifiek richten op de SI. De logopedist heeft het minst lang ervaring in het behandelen van kinderen, en daarnaast nooit kinderen behandeld met SI problematiek.

Concluderend is een van de grootste beperkingen van dit onderzoek dat de vertaalslag lastig te maken is naar de Surinaamse context. De uitkomsten van de gevonden literatuur blijkt moeilijk te vergelijken met de situatie in Suriname. In de onderzoeken zijn meestal Westerse kinderen onderzocht, met totaal andere demografische verschillen, wat het vergelijken moeilijker maakt. Daarnaast hebben het kind en ouders veel mogelijkheden om behandeld te worden. In Suriname, en al helemaal op dit moment met de crisis, zijn minder mogelijkheden voor kinderen en ouders om therapie te betalen of bezoeken.

Daarbij komt ook kijken dat er binnen het revalidatiecentrum in Paramaribo minder middelen beschikbaar zijn, die nodig zijn om het behandelproces rondom SI goed te kunnen vormgeven. Daarnaast komt ook kijken dat binnen het revalidatiecentrum de financiële mogelijkheden beperkt zijn. De inwoners van Suriname hebben door het gezondheidssysteem van Suriname ook niet allemaal de mogelijkheid om een ergotherapeut te bezoeken. Dit is ook een van de

redenen dat er een lage instroom van kinderen op de poli is. Daarbij weten ook de meeste Surinamers niet af van ergotherapie en haar mogelijkheden.

Binnen het ziekenhuis en het revalidatiecentrum wordt er op een geheel andere manier gewerkt dan de projectgroep gewend was. De ergotherapeut krijgt vaak kinderen doorgestuurd zonder diagnose of hulpvraag, wat het behandelen een stuk lastiger maakt. Deze andere manier van werken kan ook voor een deel te maken hebben met de andere cultuur die hier heerst. Dit maakt dat bij het geven van adviezen er rekening gehouden moet worden met de mogelijkheden en beperkingen in Suriname. In het adviesrapport naast de adviezen en aanbevelingen beschreven hoe dit in Suriname geïmplementeerd kan worden.

4.2 Conclusie

Om een toepasbaar en overdraagbaar advies te schrijven voor het revalidatiecentrum is er onderzoek gedaan naar het onderwerp SI. Naar aanleiding van een scholing in Nederland wil de opdrachtgever meer zicht op de werkzame onderdelen van SI en de bijbehorende interventies en benaderingen. Er is daarom gekeken naar de beschikbare literatuur en hoe deze kan bijdragen aan het uiteindelijke advies. Verder zijn er interviews afgenomen om de bevindingen te koppelen aan de kennis en mogelijkheden in het revalidatiecentrum van Paramaribo. Daarnaast zijn er observaties uitgevoerd zodat de projectgroep een beeld heeft kunnen creëren hoe de ergotherapeut omgaat met de huidige situatie met betrekking tot SI.

De centrale vraag van het project luidt als volgt: *“ Welke werkzame componenten van SI worden toegepast en kunnen de kwaliteit van de behandeling in het revalidatiecentrum van Paramaribo verbeteren?”*.

Ondanks de vele positieve uitkomsten van dit onderzoek bij kinderen met sensorische problemen kan er niet concreet antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. De reden hiervan is dat er geen consensus is over wat de meest werkzame componenten zijn van SI en hoe deze toegepast kunnen worden. Daarnaast blijft er veel onduidelijk over de werkzame componenten van SI. De redenen maken het generaliseren van de uitkomsten naar de praktijk lastig.

Voor het project (ontwikkelen adviesrapport) en de hoofdvraag binnen dit project (in kaart brengen van de werkzame componenten van SI) houdt in dat de uitkomsten van dit onderzoek slechts alleen inzicht geven in de werkzame componenten en de toepassing hiervan bij verschillende groepen kinderen. Om SI te promoten en handvatten te bieden aan therapeuten hoe zij de kwaliteit van hun behandeling kunnen verbeteren, kunnen de werkzame componenten worden genoemd. Echter moet het overzicht van de werkzame componenten voorzichtig worden geïnterpreteerd en de beperkingen moeten hierbij duidelijk besproken worden. Het moet duidelijk zijn dat er meer onderzoek nodig is om te kunnen bevestigen welke werkzame componenten het meest effectief zijn bij kinderen met sensorische problemen.

Op dit moment zijn / lijken de meest werkzame onderdelen van een SI behandeling die nu worden toegepast dat de ergotherapeut gebruik maakt van speciaal ontwikkelde diagnostische instrumenten voor SI, namelijk de Sensory Profile. Zij heeft een deel van de instrumenten tot haar beschikking en maakt hier gebruik van. Daarbij heeft de projectgroep wel aanvullende adviezen met betrekking tot het toepassen van deze instrumenten.

Daarnaast probeert de ergotherapeut SI principes toe te passen in haar werkzaamheden. Zij omschrijft wat voor activiteiten / spelletjes zij bij bepaalde zintuigen toepast en oefent zij bepaalde druk oefeningen uit.

Ten slotte benoemd de ergotherapeut een lijst met materialen en middelen die zij gebruikt in haar therapie. Vanuit de literatuur blijken dit (sommige) bruikbare middelen te zijn voor kinderen met SI problematiek, zoals water, klei en krijt.

4.3 Aanbevelingen

De projectgroep is van mening dat er een aantal werkzame onderdelen van een SI behandeling zijn die nog kunnen worden toegepast binnen het revalidatiecentrum om de kwaliteit te verbeteren en/of waarborgen met betrekking tot SI.

Het lijkt de projectgroep verstandig om behandelingen te structureren door middel van een vast procesmodel. Het methodisch handelen zou toegepast kunnen worden om dit te realiseren. De ergotherapeut werkt methodisch met een persoon of het systeem van de persoon. Op deze manier handel je bewust, doelgericht en professioneel, en volg je bepaalde fase in een proces. Tijdens het methodisch handelen maakt de ergotherapeut professioneel redenerend met de cliënt een bewuste afweging tussen de verschillende mogelijkheden om de hulpvraag te inventariseren, te interpreteren en op te lossen (Satink & Van Loon, 2006). Daarbij wordt meegenomen dat een ergotherapeutische interventie zich richt op het handelen (*occupation-based*) in de omgeving (*context-based*), cliënt gecentreerd en *evidence-based* is (Hartingsveldt et al., 2010). Daarbij raadt de projectgroep aan standaard na elke behandeling te rapporteren en vaste momenten in te plannen voor evaluatie en nazorg.

De projectgroep is van mening dat het van belang is om gebruik te maken van richtlijnen en/of protocollen om goed *evidence-based* te werk te gaan. Richtlijnen vormen het uitgangspunt van medisch handelen door zorgverleners. Ze beogen de diversiteit van handelen te verminderen, en waar mogelijk meer te laten aansluiten op *evidence-based practice* en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende opties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011). In protocollen wordt vooral aangegeven hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden meer in detail vastgelegd (Everdingen, 2004). In het adviesrapport is naar een richtlijn voor SI verwezen.

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek, de interviews en observaties kan er gezegd worden dat er een aantal interventies zijn die op het moment niet worden toegepast door de ergotherapeut maar wel een rol kunnen spelen bij de behandeling van een kind met SI problematiek. Op dit moment is de ergotherapeut alleen nog bezig met screenen met behulp van assessments, aan het behandelen is zij nog niet toegekomen. Daarnaast beschrijft ze wel dat ze probeert in te spelen om bepaalde zintuigen en probeert ze druktechnieken toe te passen. Over het algemeen is meer onderzoek van hoger niveau nodig om te kunnen bepalen welke interventies het meest effectief zijn voor kinderen met SI problematiek. Daarnaast is het van groot belangrijk dat bij het interpreteren van de uitkomsten rekening gehouden moet worden dat de uitkomsten niet alle doelgroepen kinderen betrekken maar vaak onderzocht zijn voor een specifieke doelgroep. Daarnaast zijn de uitkomsten vaak niet significant (genoeg) om te zeggen dat ze het meest effectief zijn.

Uit de literatuur komen een aantal instrumenten naar voren die goed toepasbaar zijn bij SI problematiek en op het moment nog niet worden gebruikt in het revalidatiecentrum. Dit komt doordat hier een scholing of meer financiële middelen voor nodig zijn. Daarnaast zijn er een aantal aanvullingen op de werkwijze van de ergotherapeut, die ervoor kunnen zorgen dat de kwaliteit van haar behandelingen wordt vergroot. Hierbij kan gedacht worden aan spel materiaal, benaderingen, interventies, instrumenten en manieren van werken.

De uitgebreide adviezen zijn terug te vinden in het adviesrapport, deze is te vinden in bijlage 6.

Tot op vandaag is het onderwerp SI niet opgenomen in het onderwijsprogramma van de opleiding ergotherapie aan de HvA, waarschijnlijk doordat er geen consensus is over de werkzame componenten en de effectiviteit binnen de SI. Indien de effectiviteit aantoonbaar blijkt te zijn kan de opleiding overwegen SI op te nemen in het kindergedeelte van het curriculum. De projectgroep denkt dat dit een waardevolle aanvulling is op de inhoud van het bestaande onderwijs. Het is voor ergotherapeuten gemakkelijk een manier van handelen te ontwikkelen, als zij een andere kijk naar kinderen voorgelegd krijgen.

5. Literatuurlijst

Academisch Ziekenhuis Paramaribo. (2016). *Ergotherapie*. Geraadpleegd op 27 april 2016, van <http://www.azp.sr/nl/revalidatiecentrum/ergotherapie>

Benedixen, R. & Kreider, C. (2011). Centennial version: Review of occupational therapy research in practice area of children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 351-359.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Boeije, H. (2014). *De kwalitatieve onderzoeksopzet: In Analyseren in kwalitatief onderzoek* (2e druk). Den Haag: Boom Lemmen

De Anniecrèche. (2015). *Welkom*. Geraadpleegd op 27 april 2016, van <http://www.anniecreche.org>

Dingemanse, K. (2016). *Observatie in je scriptie*. Geraadpleegd op 19 mei 2016, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observatie-je-scriptie/>

- Everdingen, J. E. E. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hartingsveldt, M. van, Houten, J. van den, Leij-Hemmen, I. van der & Velden, M. ten. (2014). *Profiel specialisatie kinderergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland / Boom Lemma
- Hartingsveldt, M.J. van, Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland / Boom Lemma
- Le Ganse, M., Hartingsveldt, M. van & Kinébanian, A. (2012). Nota bene. In Le Ganse, Hartingsveldt & Kinébanian, *Grondslagen van de Ergotherapie* (pp. 26). Amsterdam: Reed Business
- Logister-Proost, I. & Steensels, M. (2012). 20 methodisch handelen. In Le Ganse, Hartingsveldt & Kinébanian, *Grondslagen van de Ergotherapie* (pp. 503-528). Amsterdam: Reed Business
- NSSI. (z.d.). *Wat is het ?*. Geraadpleegd op 10 februari 2016, van <http://www.nssi.nl/index.php/2013-12-01-12-49-19/wat-is-het>
- Parham, L. & Mailoux, Z. (2005). Sensory integration. In J. Case Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (pp. 356-409). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2011). *Richtlijn voor richtlijnen*. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- Regenhardt, E. (2012). *Hoe gebruik je je zintuigen?* Geraadpleegd op 24 mei 2016, van <http://www.sensomotorische-integratie.nl/14-15-16-Onder%20de%20loep-Hoe%20gebruik%20je%20je%20zintuigen.pdf>
- Regenhardt, E. (2013). *Wat is sensomotorische integratie?* Geraadpleegd op 12 februari 2016, van <http://www.sensomotorische-integratie.nl>
- Riet, G. van der. (1985). *Sensorische Integratie: Een therapeutische behandelingsmogelijkheid voor kinderen met psychomotorische stoornissen*. Lochem Gent: De Tijdstroom
- Ros, A., Veeke, I., Stallaert, M. (2009). *Kwaliteitscriteria praktijkonderzoek*. Rosmalen: Academische school Signum.
- Satink, T. & Loon, H. van. (2006). Methodisch handelen. In A. Kinébanian & M. le Granse (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (2e dr., pp. 665-686). Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.

SLO (nationaal expertisecentrum leerplanontwikkeling). (z.d.). *Informatieverwerking*.
Geraadpleegd op 12 februari 2016, van
<http://www.slo.nl/primair/leergebieden/ned/taalsite/lexicon/00808/>

Stock Kranowitz, C. (2005). *Uit de pas: omgaan met sensorische integratiestoornis bij kinderen*.
Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* (tweede, herziene druk). Amsterdam: Boom
onderwijs

6. Bijlagen

Inhoudsopgave bijlages

1. Definities begrippen
2. Informed consent
3. Interviews therapeuten
 - 3.1 Interview vragen
 - 3.2 Uitwerking interviews therapeuten
4. Observaties ergotherapeut
 - 4.1 Uitwerking observaties ergotherapeut
 - 4.2 Analyse observaties ergotherapeut
5. Uitkomsten literatuuronderzoeken
 - 5.1 Interventies
 - 5.2 Doelgroepen
 - 5.3 Instrumenten
6. Adviesrapport

Bijlage 1 definities begrippen

<u>Begrippen</u>	<u>Betekenis</u>
Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP)	Het academische ziekenhuis van Paramaribo. Ze zijn als enige voorzien van diensten als pathologische anatomie, heeft een spoedeisende hulp (SEH) en ondersteunende rol vervult in de opleiding van artsen, verpleegkundigen en medische assistenten.
Ergotherapie (ET)	ET is een <u>paramedische discipline</u> die zich richt op het weer mogelijk maken van dagelijkse handelingen bij mensen die door ziekte of handicap een lichamelijke of psychische beperking hebben opgedaan (Wikipedia, 2015). Kenmerkend voor ET is de kijk op zowel de persoon, de omgeving, als de activiteit.
HvA	Hogeschool van Amsterdam.
Informatieverwerking	Het verwerken van wat we met behulp van onze zintuigen waarnemen (SLO, 2016).
Interventies	Een ander woord voor behandeling (Le Ganse, Hartingsveldt & Kinébanian, 2012).
Projectgroep	De projectgroep bestaat uit de studenten: Marceline Wolters, Myrthe Verhoog en Niki Yocarini
Practice based evidence (PBE)	Practice based evidence is een manier van onderzoek doen.
Sensorische intergratie (SI)	SI betekent letterlijk 'zintuigelijk'. Het verband tussen wat mensen waarnemen en hoe ze daar met bewegingen op reageren, wordt SI genoemd. Aan die bewegingen liggen zintuigprikkelers ten grondslag. Dit proces wordt daarom ook wel SI of sensorische informatieverwerking genoemd (Rengenhart, 2013).
SP-NL	Sensory Profile - Nederland meet via een vragenlijst hoe goed kinderen sensorische informatie kunnen verwerken in alledaagse situaties. De referentiekaders van de vragenlijst zijn theoretisch rond sensorische informatieverwerking en de neurowetenschappen. De SP-NL bestaat uit 125 items.

Bijlage 2 Informed consent

Toestemmingsverklaring

voor deelname aan het vervolgonderzoek van de Opleiding Ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam naar de
Sensorische integratie bij kinderen in Suriname

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd.
- Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen.
- Ik heb over mijn deelname aan het onderzoek kunnen nadenken.
- Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden behoef op te geven.

Ik stem toe met deelname aan het onderzoek en geef toestemming om het gesprek op te nemen.

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Ondergetekende, verantwoordelijke interviewer, verklaart dat de informatie van het interview alleen wordt gebruikt bij het afstudeerproject naar sensorische integratie bij kinderen in Suriname.

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum:



Hogeschool van Amsterdam

Bijlage 3 interviews therapeuten

3.1 Interview vragen

Vragenlijst interview

Allereerst stellen wij het erg op prijs dat u mee wilt doen aan dit onderzoek.

In het kader van het afstudeerproject van de opleiding ergotherapie wordt onderzoek gedaan naar sensorische integratie bij kinderen met een beperking in Suriname. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de werkzame componenten van sensorische integratie en deze in kaart te brengen voor de afdeling ergotherapie van het revalidatiecentrum in Paramaribo.

U bent gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat uw ervaringen en kennis een toegevoegde waarde kunnen hebben voor dit onderzoek. De interview vragen zijn gebaseerd volgens de onderdelen van het methodisch handelen van ergotherapie vanuit Grondslagen (Logister-Proost & Steensels, 2012). Deze onderdelen zijn in dit interview opgedeeld in de kopjes A tot en met D. Vooraf worden er een aantal algemene vragen gesteld om een beeld te krijgen van de geïnterviewde. Het interview zal ongeveer 30 tot 60 minuten duren.

In de bijlage is het toestemmingsformulier toegevoegd. Wij vragen u deze te ondertekenen als u deel neemt aan het onderzoek.

Alvast hartelijk bedankt,

Niki Yocarini, Marceline Wolters en Myrthe Verhoog
Hogeschool van Amsterdam

Vragen voor therapeuten (beeldvorming studenten)

Wat is uw naam?

Wat is uw professionele achtergrond/opleiding?

Hoelang beoefend u dit vak?

Wat houdt volgens u sensorische integratie in?

Heeft u een cursus gevolgd over sensorische integratie, zo ja waarom?

Zijn u behandelingen verbeterd door het toepassen van de sensorische integratie principes?

Is volgens u sensorische integratie effectief?

A. Vraagstelling

1. Hoe lang heeft u al ervaring met het behandelen van kinderen met sensorische integratie problemen?
2. Welke specifieke doelgroepen kinderen behandelt u? (m.b.t. sensorische integratie)
3. Wat zijn de belangrijkste punten die aan bod komen tijdens het kennismakingsgesprek? (m.b.t. sensorische integratie)
4. Gebruikt u instrumenten tijdens een kennismakingsgesprek, zo ja welke? (m.b.t. sensorische integratie)
5. Gebruikt u lijsten tijdens een kennismakingsgesprek, zo ja welke? (m.b.t. sensorische integratie)

B. Probleeminventarisatie en -analyse

6. Waar kijkt u naar bij een observatie tijdens het in kaart brengen van de problemen/beperkingen van het kind? (m.b.t. sensorische integratie)
7. Gebruikt u observatielijsten tijdens het onderzoek, zo ja welke? (m.b.t. sensorische integratie)
8. Welke testen gebruikt u? (m.b.t. sensorische integratie)

9. Hoe gaat het scoren van de assessments? (m.b.t. sensorische integratie)
10. Hoeveel tijd kost een gemiddeld onderzoek? (m.b.t. sensorische integratie)
11. Hoelang duurt het gemiddeld voordat er een diagnose gesteld is? (m.b.t. sensorische integratie)

C. Doelbepaling en plan van aanpak

12. Welke voorwaarde moeten namens u aanwezig zijn om te kunnen behandelen? (m.b.t. sensorische integratie)
13. Werkt u specifiek aan deze voorwaarden ?
14. Hoe worden deze geïntegreerd in de overige therapiedoelen? (m.b.t. sensorische integratie)
15. Op welke manier worden er behandeldoelen opgesteld? (m.b.t. sensorische integratie)
16. Wat hoopt u te bereiken met uw behandelingen? (m.b.t. sensorische integratie)
17. Hoe ziet de opbouw van een behandeling eruit? (m.b.t. sensorische integratie)
18. Welke materialen gebruikt u in het algemeen tijdens een behandeling? (m.b.t. sensorische integratie)
19. Op welke manier maakt u gebruik van de ruimte tijdens een behandeling? (m.b.t. sensorische integratie)

D. Uitvoering plan van aanpak

20. Welke interventies past u toe? (m.b.t. sensorische integratie)
21. Werkt u bij deze interventies volgens principes/protocollen/handleidingen? (m.b.t. sensorische integratie)

22. Hoe vaak wordt een kind met sensorische integratie problemen gemiddeld behandeld? (m.b.t. sensorische integratie)
23. Hoelang duurt één behandelsessie gemiddeld? (m.b.t. sensorische integratie)
24. Zijn de ouders/verzorgers tijdens de behandeling aanwezig? Zo ja, waarom? Zo niet, waarom niet? (m.b.t. sensorische integratie)
25. Geeft u huiswerk mee naar huis, zo ja op welke manier? (m.b.t. sensorische integratie)
26. Geeft u ouders/verzorgers adviezen, zo ja op welke manier? (m.b.t. sensorische integratie)

E. Evaluatie en nazorg

27. Wanneer is in u ogen een kind uitbehandeld? (m.b.t. sensorische integratie)
28. Op welke manier werkt u aan evaluatie/nazorg? (m.b.t. sensorische integratie)
29. Op welke manier meet u of de resultaten op een later moment nog aanwezig zijn? (m.b.t. sensorische integratie)
30. Bent u verplicht rapportage en evaluatie te doen ; ? zo ja aan wie moet u verantwoording afleggen?
31. Heeft u nog aanvullingen, opmerkingen of mist u nog bepaalde vragen?
32. Morgen bent u de baas van de afdeling: wat zou u als eerste willen veranderen om de besproken behandelingen te verbeteren?

3.2 Uitwerking interviews therapeuten

Vragen	Ergotherapeut (M. G.)	Fysiotherapeut (M. F.)	Logopedist (M. A.)
<i>A. Vraagstelling</i>			
1. Ervaring	Niet perse SI problemen, 5 a 6 jaar.	Sinds 1982 fysiotherapeut. Niet	Geen ervaring met SI, 2 jaar werk ervaring

			bekend hoe lang ze al werkt met SI problemen.
2. Doelgroepen	Ontwikkelingsachterst and CP Syndromen Onbekende diagnosen	Ontwikkelingsachterst and Syndromen (op basis van hersenbeschadiging) CP Prematuriteit	Stotter kindjes, kinderen met slikproblemen, met articulatieproblemen, stemproblemen (van 0 -18 jaar)
3. Kennismakingsgesprek	Probleem definiëren Gesprek met ouders Kijken naar wat het kind op die leeftijd zou moeten kunnen Vragenlijst	Gesprek met de ouders Anamnese Hulpvraag uitvragen Vertellen wat de FT kan bieden	Gesprek met de ouders Anamnese Hoe is de geboorte geweest is het erfelijk Wordt het kind gepest of heeft hij er last van
4. Instrumenten	Vroeger PEDI-NL of ET vragenlijst	AIMS PEDI-NL Movement abc GMFM	Geen instrumenten
5. Lijsten	Vragenlijst (zelf samengesteld)	Geen lijsten	Intake lijsten anamnese lijsten
B.			
<i>Probleeminventarisatie en - analyse</i>			
6. Observatie	Motoriek Kind Gedrag	Motoriek Afwijking van de norm Levert het problemen op	Hoe de ouders omgaan met het kind Hoe de kinderen zich gedragen Stel zelf vragen(hoe, wat, waarom)
7. Lijsten	Geen lijsten	Geen lijsten	Geen lijsten
8. Testen	Beery VMI KOEK McMaster	PEDI Movement abc GMFM	Mappen met testen kaarten speeltjes
9. Scoren	Scoren volgens de richtlijnen In kaart brengen	AIMS algemene referentiewaarde PEDI Amerikaanse referentiewaarde Movement abc NL	Alle testen hebben eigen manier van scoringslijst Articulatietest: kijken naar de klanken die

		referentiewaarde	ze wel en niet kunnen uitspreken
10. Tijd	10 min afnemen (VMI) 60 min, 2 behandelingen afnemen (KOEK/MCmaster) 30 min scoren 60 min scoren +verslaglegging	30 tot 60 minuten	30 tot 60 minuten
11. Diagnose	30 min 60 min Of doorverwijzen	Direct na de test afwijking te zien Bespreken met arts over diagnose	Meteen, bij een articulatietest meteen stotteren duurt langer want dan moet er gekeken worden naar het soort stotteren
<i>C. Doelbepaling en plan van aanpak</i>			
12. Voorwaarde	Kind moet kunnen volgen Respons	Hulpvraag	Het kindje moet alert zijn Het kindje moet gewent raken
13. Specifiek	Nee	-	Ja
14. Overige therapiedoelen	In doelen		In doelen
15. Behandeldoelen	Verschilt per kind Samenspraak met ouders Doe ik zelf	Samenspraak met de ouders SMART	SMART Korte en lange termijn doelen, wat wil ik over 2 weken bereiken en wat over 6 maanden
16. Bereiken	Tevredenheid ouders/kind Tevredenheid mijzelf	Beter functioneren in zijn/haar omgeving	Dat de doelen bereikt worden. In ieder geval de moeder, de ouders moeten tevreden zijn, de leerkrachten moeten tevreden zijn, het kindje moet nu het verschil wel kunnen merken

17. Opbouw	Chaotisch Opbouwend; stijgende lijn naar het doel	Spelenderwijs 5 oefeningen (4 zijn vaak al bekend)	Aanmelding Intake gesprek/anamnese Meestal observeren meteen Cliënt krijgt tips mee Volgende keer gegeven tips observeren en testen
18. Materialen	Potlood Papier Schaar Tweehandig spelmateriaal Rijgen Duplo/blokken Kraaltjes Boeken Klei (puti) Kleurplaten Verf Lijm Scheerschuim Bal Knuffels Flessen	Matten Ballen Knotsen Stokken Klimrek Touw voor touwtje spring Hoepels	Het hangt van het probleem af, de problemen verschillen Geen (mondeling) Boekjes Kaartjes
19. Ruimte	Vooral aan tafel	Hele ruimte en de spiegels	Wat prettig is voor het kind Aan tafel, op de vloer, (niet buiten)
<i>D. uitvoering plan van aanpak</i>			
20. Interventies	Tactiel Bewegingsprikkels Auditief Vestibulair	Druk uitoefenen op het kind Verschillend materiaal gebruiken (knuffels, rubberen ballen, sliertjes aan ballen) Verschillende kleuren ballen	Wel bezig met mijn therapie maar ook met datgene wat het kind graag op dat moment wilt doen dus het hangt er eigenlijk vanaf hoe dat kind naar binnen komt stotteren: kind wilt zingen = zingend

			praten kind wilt rollen op de grond, dan pas ik me aan
21. Handvatten	Nee	Nee	Sommige wel, maar dan pas ik het aan op mijn manier (volwassen krijgen water, kinderen krijgen melk)
22. Hoe vaak	Hangt van het kind af 1 keer in de week 1 keer in de twee weken	Afhankelijk van het kind 2 keer per week tot 1 keer per maand (komen geen kinderen specifiek voor SI problemen maar wel motorische problemen)	Hangt van het probleem af. Om de 2 weken Taalbegrip gaat meestal sneller Stotteren: gemiddeld 6-8 maanden
23. Hoelang	30 min	30 min	30 min
24. Ouders	Soms wel Soms niet Jonge kindjes altijd wel	Over het algemeen wel	Ja Ze moeten zien hoe ik het doe Ouders een vertrouwen geven door ze me te laten kijken Ouders erbij betrekken door hen over te laten nemen wat ik doe
25. Huiswerk	Mondeling feedback	Ja, oefeningen en verschillende technieken	Ja, altijd schriftje, tekeningen of uitprinten en mee geven
26. Adviezen	Mondeling feedback	Heel veel	Ja, altijd Print het uit, schrijf het op of laat het de ouders opschrijven
<i>E. Evaluatie en nazorg</i>			
27. Uitbehandeld	Als de doelen zijn	Als behandel doel is	Als ik tevreden ben,

28. Evaluatie/nazorg	bereikt Verschilt per kind 3 maanden terug 6 maanden terug komen 12 maanden terug komen	bereikt Verschilt per kind na 3 maanden terug	dit geef ik ook aan na 2 maanden weer contact via de telefoon of ze komen langs voor een evaluatie gesprek
29. Meetmoment	Laat het kind iets doen	Na 3 maanden gestandaardiseerde test afnemen	Evaluatie gesprek
30. Rapportage	Niet verplicht Doe het soms wel en soms niet	Niet verplicht Maar rapporteer voor verwijzende arts, ouders, zichzelf, doorverwijzing naar andere therapeut of crèche	Niet verplicht, maar wel handig en nodig Rapporteren aan huisarts, verwijzende arts (kno-, kinderarts)
31. Aanvullingen	Nee	Nee	Nee, wil wel meer informatie over SI
32. Baas v.d. afdeling	Een college erbij	Gespecificeerde mensen erbij	Bij kinderen die ook worden gezien bij de ergo en fysio, samen doelen opstellen die overeen komen. aparte intake lijsten maken waar alle problemen apart op staan
<i>Vragen voor therapeuten</i>			
Inhoud SI	Het proces van verwerken van sensorische prikkels en hoe daar mee om te gaan	Sensorische prikkels (tast, geluid, visuele prikkels) die binnenkomen en het verwerken hiervan	Dat zou ik niet weten
Cursus	Ja, verkorte cursus voor artsen en psychologen	Nee, wel wat van gehoord bij andere cursussen	Nee
Principes	Ja/nee	ja, ik begrijp de kinderen meer	n.v.t.
SI effectief	Kan ik niet zeggen, geen ervaring. Maar	Ja denk het wel, maar weet er te weinig	n.v.t. (wil wel graag meer weten)

denk wel dat het vanaf
effect heeft, anders
had ik niet de cursus
gevolgd

Bijlage 4 observaties ergotherapeut

4.1 Uitwerking observaties ergotherapeut

Observaties Marceline:

Observatie 1

09.05.16

Juf groep rood (Esselien)

Screeing; SP afnemen

Kind Kevin (2010)

- Marinthe legt kort uit wat zij komt doen en waar we dit gesprek hebben.
- M. legt kort uit wat de SP inhoudt.
- M. laat de juf zelf de lijst invullen en geeft aan dat ze vragen mag stellen wanneer er onduidelijkheden zijn. Juf loop bij de eerste 2 vragen al vast.
- M. geeft toelichting bij de vragen. Neemt hierbij niet het gesprek over, laat de juf verder zelfstandig de lijst in vullen.
- Bij elke vraag is toelichting nodig en geeft M. praktische voorbeelden.
- M. geeft aan dat als juf geen antwoord op de vraag kan geven ze deze open mag laten.
- Tijdens het screen leest M. het dossier van het kind. M. leest andere test gegevens terwijl de juf de SP invult.
- Juf vraagt bv verduidelijking bij de vraag: 'kind heeft de voorkeur voor lange mouwen'. Juf zegt: ' hij heeft toch geen keus, hij krijgt gewoon kleren aan'. M reageert: 'dan is het toch nooit'.
- M. leunde achterover in haar stoel.
- Juf vond de termen af en toe/atlijd/zelden etc. lastig te interpreteren bij de vragen.

Observatie 2

11.05.16

Juf groep rood (Esselien)

Screeing; SP afnemen

Kind Lakhsya (2007)

- M. had vooraf de SP aan juf gegeven, zodat zij deze zelf kon invullen (ivm met tijd).
- M. was niet geheel voorbereid, had een aantal belangrijke spullen nog in de auto liggen.
- M. en juf nemen samen de lijst door. M. stelt vragen ter verduidelijking, maar doet dit niet bij alle vragen.
- M. maakt zelf geen aantekeningen als juf iets verteld. Uiteindelijk krabbelt ze nog wat op de SP, iets wat ze niet moest vergeten.
- Soms verbeterd M. kruisjes van het antwoord van de juf. M. heeft het kind zelf nog nooit gezien.

Observatie 3

11.05.16

Juf groep groen (Joan)

Screeing; SP afnemen

Kind Danishya

- M. legt uit wat de SP is. Ze legt de begrippen uit (vaak/zelden/nooit) en daarbij de indeling op basis van zintuigen.
- Als juf om verduidelijking vraagt legt M. dit uit aan de hand van voorbeelden.
- Na 10 minuten komen ze er achter dat het ontwikkelingsniveau van het kind de laag is voor deze SP. Ze heeft een andere SP nodig, die nog in de auto ligt.
- M. vraagt vooraf geen informatie of achtergrond van het kind. Hierdoor kwamen ze er pas laat achter dat deze SP niet geschikt was voor het kind.
- Begint met juf de SP te laten invullen.
- Juf stelt weinig vragen, M. vraagt niet na of het lukt of juf er uit komt.
- M. is tijdens het invullen van de SP dossiers aan het doorlezen en zegt af en toe wat tegen ons (observanten).
- Dit was geen interview/gesprek.
- M. geeft juf een lijst mee voor het volgende kindje en geeft aan dat zij deze vrijdag gaan bespreken.

Observaties Myrthe:

Observatie Marinthe 26-4

Setting: revalidatiecentrum

Aanwezig: client 4 jaar, moeder van de client, ET, 3x ET studenten

Doel: hulpvraag uit vragen bij moeder

Bij vorige behandeling is de SP-NL afgenomen. Hierbij kwamen twee onderdelen naar voren die opvallend waren. Vandaag gaat de ET in gesprek met moeder welke hulpvraag zij heeft. De client werd bezig gehouden door de ET studenten.

Het was lastig om de hulpvraag duidelijk naar voren te krijgen. ET heeft hierbij voorbeelden gegeven. Moeder vind het grootste probleem dat hij alles wat hij in zijn omgeving tegen komt in zijn mond steekt. Vervolgens heeft de ET zich gericht tot de client.

De studenten waren ondertussen liedjes aan het zingen met de client, hierbij werd hij stevig vast gehouden tussen de benen van een student.

De client werd rustig van de muziek. ET heeft nog geprobeert om het kind in te bakenen. Echter lukte dit niet en gaf ze het snel op. Ook heeft ze geprobeert om op verschillende plekken op het lichaam druk uit te oefenen. Merkt op dat de client meer dan 1 prikkel nodig heeft om rustig te worden. Van alleen zingen word hij niet rustig maar wel als je tijdens het zingen druk uitoefend op zijn lichaam en ook nog heen en weer gaat schommelen op het ritme van de muziek.

Opvallende punten bij ET

- Ze weet niet goed wat ze tijdens de behandeling moet doen.
- Ze weet niet goed wat ze moet doen bij de vervolg behandelingen. Geeft dit zelf ook aan.
- Uitstraling en houding geeft weer dat ze maar iets doet.
- Gebruikt een boek waar verschillende behandel technieken in staan.
- De behandeling kost haar veel energie.

Observatie Marinthe 9-5

Setting: Anniecreche.

Aanwezig: ET, juf van groep rood en 3x ET studenten.

Doel: Afnemen van SP-NL over client K.

- Gesprek tussen juf van groep rood en Marinthe.
- Marinthe geeft korte uitleg en geeft hierbij aan dat er vragen gesteld mogen worden als er onduidelijkheden zijn.
- Juf vult zelfstandig de lijst in -> heeft hierbij veel vragen. Snapt niet goed wat er bedoeld wordt bij verschillende punten. Marinthe geeft verschillende voorbeelden om het te verduidelijken.
- Ondertussen is Marinthe bezig met het lezen van het dossier van client K.
- Marinthe heeft niet vooraf of tijdens het invullen van de vragenlijst, aangegeven hoe lang het gaat duren. Je merkt aan de juf dat ze het lang vindt duren (zuchten).
- Verschillende woorden zijn lastig voor de juf.

Observatie Marinthe 11-5

Setting: Anniecreche.

Aanwezig: ET, juf van groep rood en 3x ET studenten.

Doel: doornemen van vooraf ingevulde SP-NL over client L. Geboortedatum: 31-10-07

- Lijst is vooraf ingevuld door de juf. Samen met Marinthe wordt de lijst doorgenomen. Opvallende punten worden besproken. Hierbij noteert Marinthe opmerkingen. Marinthe vult vervolgens zelf de aanpassing in op het formulier, laat niet de juf het doen.

Observatie Marinthe 11-5

Setting: Anniecreche

Aanwezig: ET, juf van groep groen en 3x ET studenten

Doel: Afnemen van SP-NL over client D.

- Marinthe geeft uitleg aan de juf over de SP-NL. De juf geeft aan hier nog niet bekend mee te zijn. Geeft aan dat als er vragen of onduidelijkheden zijn, er vragen gesteld mogen worden.
- Marinthe geeft niet aan hoe lang het invullen van de lijst duurt. Vraagt ook niet naar de achtergrond van het kind, leeftijd enz.
- Marinthe laat de juf de lijst zelfstandig invullen. Is zelf ondertussen dossier van andere clienten aan het doornemen.
- Juf geeft aan dat ze vragen niet kan invullen omdat het kind een ontwikkeling leeftijd van 4 maanden heeft. Marinthe komt erachter dat deze lijst dus niet gaat werken en een andere lijst erbij moet pakken.
- Marinthe heeft vaak een excuus voor verschillende situatie. Lijkt zichzelf hiermee in te dekken.
- Lijst voor de andere client wordt thuis ingevuld door de juf en vrijdag besproken.

Observaties Niki:

Observatie Marinthe 25-04

Setting: revalidatiecentrum

Aanwezig: Client 11 maanden (9 maanden ontwikkeling?), oma van de client, ET, 1x ET student

Doel: Infant SP uit vragen bij oma en onderzoeken waar het kindje op reageert.

Vragen van Marinthe(M) aan de oma(O) van het kind:

M: Gaat het kind huilen voor of na het baden? Vanmorgen na het baden aankleden?

O: Ja, daarna stil

Marinthe pakt een zachte dobbelsteen, klein balletje, vliegtuigje en neemt het kindje op de mat. Legt het kindje met het hoofd op schoot en de benen omhoog → wordt niet stil.

Oma wiegt + speen + klikken (geluid) en het kindje wordt stiller.

Lijst Infant SP doornemen + uitleg:

Prikkels, verwerking welke prikkels, bij oma gewend: oma gevraagd het formulier in te vullen

Omschakeling naar mat + andere persoon, is dat teveel voor het kind?

(7 min later: oma geen vraag ingevuld)

Marinthe geeft voorbeelden drukke omgeving: straat, met veel kinderen om zich heen.

Geeft voorbeelden bij de vraag (kindje ligt op de mat tussen oma's benen)

Kindje pakt het knuffeltje niet. Kijkt wel, begint weer te huilen.

M: kijkt naar bewegende dingen: klimmende dingen? Ventilator? Vind ze dat leuk? (

O: ja

Kindje ligt op de buik: reageert niet op het balletje, wel op de stemmen. Maar begint weer te huilen.

M: heeft ze speeltjes

O: ja, maar houdt ze zelf niet vast

Linker hand/arm wordt meer bewogen dan de rechter.

M: gaat ze huilen als ze een vieze luier heeft?

O: ja

M: bij haren wassen?

O: ja, mag niet aan het haar zitten

M: Neus vegen?

O: niet zo leuk. Draait haar hoofd weg

M: nagels knippen?

O: nee dat niet

M: Houdt van optillen:?

O: Wel even, kort

M: En door een onbekende?

O: Nee niet leuk om opgetild te worden

- Wel leuk als iemand met met kindje bezig is.
- Leuk om in de lucht te worden gegooit.
- Schommelen, auto rijden: zit rustig → slapen

- Verschoenen: soms rustig, soms huilen
- Slapen: verplaatsen zonder dat ze wakker wordt? Voelt ze snel → wakker → huilen

Kind ligt op de mat: buiklig: omrollen naar rug → huilen

Maandag 09-05-2016

Kind: K.

Groep Rood

Lijst in de map → vergelijken met ouders en leerkracht

- Uitleg SP lijst: onderdelen, oudervragenlijst
- SP zelf laten lezen en invullen door de leerkracht en geeft aan dat zij vragen mag stellen wanneer het niet duidelijk is. Eerste vragen zijn lastig.
- De vragen en het antwoorden zijn vaak wat onduidelijk (voorbeelden nodig)
- Er wordt bij de meeste vragen een voorbeeld gegeven wanneer het niet duidelijk is
- Lastig in te vullen met de tegenstelling in de vragen.

Woensdag 11-05-2016

Kind: L.

Groep Rood

- Lijst na de vorige keer invullen al mee gegeven om in te vullen
- Docent had de lijst al ingevuld → doornemen
- Marinthe geeft af en toe een voorbeeld en vraagt hoe de docent dat opmerkt bij het kind (schrijft ze niet (meteen) op)
- Sommige vragen worden verbeterd

Woensdag 11-05-2016

Kind: D.

Groep Groen

- Marinthe geeft uitleg over de SP lijst met de verschillende onderwerpen aan de hand van de zintuigen en het invullen van de vragen (100%, 75% etc) en dat misschien niet alles ingevuld kan worden doordat het een oudervragenlijst is
- De docent leest weer zelf de vragen en vult deze in
- Wanneer zij een vraag heeft, geeft Marinthe een voorbeeld.
- De docent merkt op dat het kind nog niet alles kan: de andere SP is nodig: van te voren duidelijk welke lijst af te nemen! Leeftijd + ontwikkelingsleeftijd kind.
- De docent vult deze vragenlijst verder in. Er worden bijna geen vragen gesteld en Marinthe gaat ervan uit dat de docent de lijst goed heeft ingevuld: is er een check nodig?
- Er wordt een nieuwe lijst mee gegeven zodat ze deze vrijdag kunnen bespreken voor het volgende kind.

Bijlage 5 uitkomsten literatuuronderzoeken

5.1 Interventies

Interventie	Componenten	Werkzaam
Sensory integratie therapy (SIT)	Klinisch kindgerichte gebaseerde interventie, dat spel gerichte activiteiten aanbiedt om de adaptieve reacties te verbeteren en versterken, zoals: Schommelen, tactiele perceptie, bilaterale integratie en reacties bij sensorische ervaringen.	Ja, bij kinderen met <i>autisme spectrum stoornis (ASS)</i> , <i>milde retardatie</i> , <i>developmental coordination disorder (DCD)</i> .
Sensory-based intervention (SBI)	Gestructureerde volwassen gerichte zintuiglijke strategieën die worden geïntegreerd in de dagelijkse routine van het kind om regulatie van het gedrag te verbeteren, zoals: gewichtsvestjes of dekens, therapie ballen en borstelen zijn onderdelen van SBI.	Nee.
Neurodevelopmental treatment (NDT)	Faciliteren van controle over het lichaam. Ontwikkelen van een bewegingspatroon, lopen, fijne motoriek, trainen van de spieren.	Ja, bij kinderen met <i>milde retardatie</i> .
Perceptual-motor benadering (PM)	Fijne en grof motorische training zoals knippen en plakken, doolhoven, puzzels en rollen.	Ja, bij kinderen met <i>milde retardatie</i> .
Ergotherapie met een SI benadering (ET-SI)	De ET-SI interventie heeft vaste stappen en onderdelen. Het doel is om zintuiglijke responsiviteit, sociaal gedrag, motorische competentie, en deelname aan zinvolle activiteiten te verbeteren.	Ja, bij kinderen met <i>sensory modulation disorders (SMD)</i> .

Sensorisch perceptuele-motor (SPM) training	Sensorische, vestibulaire, tactiele, motorische activiteiten om stap voor stap vaardigheden aan te leren.	Ja, bij kinderen met <i>cerebrale parese</i> .
Gedragsinterventies	Bij gedragsinterventies kun je denken aan operante conditionering gebaseerd op een functionele gedragsanalyse.	Ja, bij kinderen met <i>ASS</i> .
Le Bon Départ (LBD)	LBD is een vorm van therapie waarbij ritme de motorische uitvoering positief kan beïnvloeden.	Ja, bij kinderen met <i>DCD</i> .

5.2 Doelgroepen

Doelgroepen	Onderzoek	Werkzaam
Autisme	Zintuigelijke interventies	Een klein gerandomiseerde gecontroleerde studies resulteerden in positieve effecten voor de sensorische integratie therapieën.
Autisme	Sensorische integratie en Praxis Tests (SIPT)	Kinderen met ASD laten sterke punten in de visuele praxis zien en laten moeilijkheden zien in het lichaamsgebruik en vestibulaire functies
Autisme	Piep geluid (piep geluid met een flits)	kinderen met ASS hebben de flitsen minder goed waargenomen ten opzichte van de controle groep.
Autisme	Short Sensory Profile (SSP)	De bevinding van ouders suggereren dat een subgroep van kinderen met ASS en adaptief gedrag geen sensomotorische integratie problemen hebben. Echter zijn er wel problemen te zien na aanleiding van het onderzoek

kinderen met een moeilijke verwerking en sensorische informatie problemen	Literatuur verzameling	De resultaten suggereren dat de SI aanpak kan leiden tot positieve resultaten in sensomotorische vaardigheden en motorische planning
Cerebrale parese	Sensorische integratie therapie (SIT)	SIT programma had een significant positief effect op het zitten, kruipen en staan
fragiele-X-syndroom (FXS)	Observatie en ouderrapport The sensory Processing Assessment for Young Children (SPA) The Sensory Experiences Questionnaire (SEQ), The Test of Sensory Function in Infants (TSFI)	SI problemen zijn waarneembaar en zijn in toenemende waarde problematisch. Vroegtijdige signalering kan problemen op de lange termijn verminderen
DCD	Movement ABC, Praxis Test, een ritme test	Bij beide behandelingen waren de M-ABC en de visuele analoge schaal significant beter dan de baseline.

5.3 Instrumenten

Instrumenten	Componenten	Werkzaam
The Test of Sensory Function in Infants.	Observatielijst	Ja
Sensory Rating Scale	Lijst wordt ingevuld door de ouders	Ja
Infant/Toddler Sensory Profile	Lijst wordt ingevuld door de ouders	Ja
Ayres Sensory Integration (ASI)	Structurele aspecten ontwikkelen van ASI interventie	Ja, maar alleen als het door gespecialiseerde beoordelaars wordt beoordeeld
Sensory Integration and	Verschillende onderdelen	Nee want je kan kinderen met

Praxis Tests (SIPT)	worden gemeten zoals visuele waarnemen, tactile input en planning	ADHD niet onderscheiden met de SIPT
GAS	Gestandaardiseerde en variabele test. Evaluatie instrument om kijken of de aanpak van SI interventies werken	Ja
Sensory Processing Disorder (SPD)	Drie verschillende groepen gecreerd om zo een betere diagnose gesteld kan worden en een betere behandeling toepassen	Nog meer onderzoek nodig. Is alleen een voorstel
Short Sensory Profile (SSP)	Korte versie van de SP. Bevat 38 items, verdeelt over vijf schalen, die gescoord worden door de ouder of verzorger	Ja
PDMS, VMI, BOTMP, TVPS en Sensory integration and praxis test	Evaluatieve instrumenten die veel gebruikt worden bij kinderen met DCD en SI problemen	Ja
PDMS, VMI, BOTMP, SP, COMPS en MVPT	Evaluatieve instrumenten die veel gebruikt worden bij kinderen met PDD-NOS en SI problemen	Ja
SensOR	Meten van sensorische hyperactiviteit in de zeven zintuiglijke domeinen	Meer onderzoek is nodig

Bijlage 6 Adviesrapport

Toepassing van sensorische integratie bij kinderen met een beperking in Suriname

Adviesrapport

Namen	Myrthe Verhoog - 500676715 Marceline Wolters - 500677081 Niki Yocarini - 500677110
Plaats	Paramaribo, Suriname
Datum	30-05-2016
Periode	1 februari 2016 tot 30 juni 2016
Coach	Soemitro Poerbodipoero
Opdrachtgever	Marinthe Goedschalk
Opleiding	Faculteit Gezondheid, Bachelor Opleiding Ergotherapie
Instelling	Hogeschool van Amsterdam

Junioradviseurs

Myrthe Verhoog
Marceline Wolters
Niki Yocarini

Senioradviseur

Soemitro Poerpodipoero

Datum

31 mei 2016

In opdracht van

Revalidatie Centrum Paramaribo, te Suriname

Opdrachtgever

Marinthe Goedschalk

Opleiding

Ergotherapie, Hogeschool van Amsterdam

Bron illustratie voorblad: www.azp.sr en www.hogeschoolvanamsterdam.nl

Trefwoorden: sensorische integratie, ergotherapie, kinderen, Suriname.

© 2016 Hogeschool van Amsterdam Uitgegeven in eigen beheer

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorwoord

In het kader van ons afstudeerproject aan de opleiding ergotherapie, van de Hogeschool van Amsterdam, hebben wij ons verdiept in de werkzame componenten van sensorische integratie bij kinderen binnen het revalidatiecentrum en de Anniecrèche in Paramaribo. Naar aanleiding van het uitgevoerde onderzoek zijn in dit adviesrapport de adviezen en aanbevelingen te lezen. Tijdens het uitvoeren van dit afstudeerproject zijn er meerdere mensen die ervoor hebben gezorgd om dit project mogelijk te maken. Via deze weg willen we deze mensen dan ook hartelijk bedanken. Onze dank gaat uit naar alle mensen die ons hebben gesteund en geholpen in Nederland en Suriname.

In het bijzonder willen we onze senioradviseur, Soemitro Poerbodipoero, bedanken. Hij heeft een belangrijke rol gespeeld in het tot stand brengen van de opdracht, de kritische blik tijdens de opdracht en de enthousiaste begeleiding. Tot slot willen we onze opdrachtgever Marinthe Goedschalk bedanken voor de samenwerking het afgelopen semester.

We hebben met veel enthousiasme en motivatie aan het tot stand komen van het adviesrapport gewerkt.

Myrthe Verhoog
Marceline Wolters
Niki Yocarini

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Aanleiding	6
1.1 <i>Doelstelling</i>	7
1.2 <i>Doelgroep</i>	7
2. Werkwijze	8
2.1 <i>Hoofdvraag</i>	8
2.2 <i>Deelvragen</i>	8
Deelvraag 1	8
Deelvraag 2	8
Deelvraag 3	8
2.3 <i>Dataverzameling</i>	8
Literatuuronderzoek	8
Interviews	9
Observaties	9
2.4 <i>Validiteit en betrouwbaarheid</i>	10
3. Advies	11
3.1 <i>Vraagstelling</i>	12
3.2 <i>Probleemdefiniëring</i>	12
3.3 <i>Doelbepaling en plan van aanpak</i>	13
3.4 <i>Uitvoering van plan van aanpak</i>	14
3.5 <i>Evaluatie en nazorg</i>	16
4. Implementatie	17
5. Conclusie	18
6. Literatuurlijst	20
7.1 <i>Aanbevelingen</i>	22
7.2 <i>SI interventies</i>	24
7.3 SI instrumenten	25

1. Aanleiding

Voor u ligt het adviesrapport van het afstudeerproject *'Hoe sensorische integratie wordt toegepast bij kinderen met een beperking in Suriname'* wat is geschreven door de studenten, Myrthe Verhoog, Marceline Wolters en Niki Yocarini, van de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA), en heeft betrekking op het onderwerp sensorische integratie (SI) bij kinderen met een beperking in Suriname. De projectgroep heeft in opdracht van het revalidatiecentrum in Paramaribo gewerkt aan het geven van adviezen omtrent de behandeling van kinderen met SI problematiek.

Het principe SI is ontstaan uit het werk van Dr. A. Jean Ayres en is geïntroduceerd bij het beroep ergotherapie (ET) in de eind jaren zestig. Het perspectief van Ayres heeft een belangrijke invloed op de ET praktijk gehad (Parham & Mailoux, 2005). Zicht, gehoor, reuk, smaak en tast zijn de zintuigen die men de gehele dag gebruikt. Daarnaast zijn er ook verborgen zintuigen, zoals het evenwichtsorgaan. Alle zintuigen werken de hele dag samen en dit stelt mensen in staat tot perceptie. Anders gezegd, is het een orgaan dat ervoor zorgt om een bepaald gedeelte waar te nemen. Alhoewel de zintuigen afzonderlijk van elkaar bestaan, moeten ze samen functioneren (Riet, 1985). Wanneer er geen sprake is van deze samenwerking, noemen we dat een sensorische informatieverwerking probleem. Het kan zijn dat bepaalde prikkels sterker binnen komen, of juist minder sterk, en dat heeft invloed op het gedrag van het kind. Hierdoor kan een kind informatie uit de omgeving rommelig waarnemen (NSSI, Z.D.).

De opdrachtgever, Marinthe Goedschalk, is ergotherapeut bij het revalidatiecentrum in Paramaribo. Naar aanleiding van een scholing in Nederland wilde de opdrachtgever meer zicht op de werkzame onderdelen van SI en de bijbehorende interventies en benaderingen. Het uiteindelijke doel van dit adviesrapport is dat de geboden zorg ten aanzien van SI overdraagbaar, bruikbaar en toepasbaar wordt en er continuïteit ontstaat binnen de afdeling.

In Suriname zijn in het revalidatiecentrum van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo twee ergotherapeuten werkzaam, waarvan een met kinderen. De voornaamste werkzaamheden worden in het revalidatiecentrum gedaan. Daarnaast worden behandelingen verzorgd in het ziekenhuis en voor de mytilschool, welke aan het revalidatiecentrum grenst (Academisch Ziekenhuis Paramaribo, 2016). Kinderergotherapeuten richten zich op een positieve ontwikkeling van het handelen op gezondheid en welzijn van het kind en de jongeren. Zij richten zich op actieve participatie in de variëteit waarin zij verkeren. De uitkomst is participeren als actieve deelnemer in de maatschappij vanuit het competentiegevoel vaardig te zijn om (handelings) uitdagingen aan te gaan (Benedixen & Kreider, 2011).

Om goed in kaart te brengen welke onderdelen van SI een meerwaarde zou kunnen hebben voor de ergotherapie in Paramaribo worden de verschillende aspecten van een behandeling zoals diagnostiek en evaluatie, de verschillende diagnose groepen en de interventies onderzocht. Op deze manier kunnen de werkzame componenten worden uitgelicht.

1.1 Doelstelling

Uit de literatuur komt naar voren dat er veel bekend is over SI. Echter zijn er nog vragen over de toepasbaarheid en de manier waarop het tegenwoordig gebruikt moet worden. Het is belangrijk dat ook de ergotherapeuten in Suriname deze methode en werkwijze juist kunnen hanteren. Door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek zal er meer gekeken worden naar welke werkwijze, diagnostiek, doelgroep en interventies van toepassing zijn in het revalidatiecentrum in Paramaribo. Daarbij hoort het structureren en onderbouwen van de ergotherapeutische behandelingen middels (theoretische) onderbouwing vanuit de SI. Vanwege

de beperkte tijd en de financiële middelen is er gekozen om een kleinschalig onderzoek te doen. In de theoretische onderbouwing zijn de ondernomen acties beschreven, opgenomen en onderbouwd.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om een behandeling te structureren en te onderbouwen voor optimaal resultaat. De resultaten uit de literatuur onderzoeken en het praktijkonderzoek kunnen worden samengevoegd tot een adviesrapport. Middels dit adviesrapport kunnen de ergotherapeuten in het revalidatiecentrum handvatten krijgen om de werkzame componenten van SI toe te passen in de praktijk. Om dit te realiseren is de volgende doelstelling geformuleerd:

‘Aan het einde van het project is er een advies over welke werkzame componenten van SI er zijn en toegepast kunnen worden om de kwaliteit van de behandelingen in het revalidatiecentrum van Paramaribo te verbeteren’.

1.2 Doelgroep

De projectgroep maakt het adviesrapport voor de afdeling ergotherapie van het revalidatiecentrum van Paramaribo, behorend bij het Academisch Ziekenhuis Paramaribo. Het advies wordt voor ergotherapeuten geschreven en gaat over de kinderen in Suriname die problemen laten zien in de SI/informatieverwerking.

Aan de hand van de literatuurstudie met de deelvraag *‘Bij welke doelgroep kinderen is Sensorische Integratie als methodiek het meest effectief/werkzaam?’* is naar voren gekomen dat bij de doelgroep kinderen met cerebrale parese, developmental coordination disorder (DCD), Fragiele-X-syndroom en autisme artikelen zijn te vinden die aansluiten op de vraag. Uit deze artikelen blijkt dat er voor ieder van deze doelgroep wel verbetering wordt gezien op bepaalde punten bij het gebruik van de omschreven SI principes. De uitkomsten van de artikelen onderbouwen adviezen die worden gegeven in de stappen van het methodisch handelen.

2. Werkwijze

2.1 Hoofdvraag

Om een advies te kunnen formuleren is er literatuuronderzoek en praktijkonderzoek uitgevoerd. Om hier richting aan te geven is er een vraag geformuleerd.

De centrale vraag van het project luidt als volgt: *“Welke werkzame componenten van SI worden toegepast en kunnen de kwaliteit van de behandeling in het revalidatie centrum van Paramaribo verbeteren?”*.

2.2 Deelvragen

De hoofdvraag is onderverdeeld in verschillende deelvragen dat per project lid werd uitgewerkt. Op deze manier worden verschillende componenten van SI afzonderlijk en uitgebreid van elkaar onderzocht. Hierdoor kan er uiteindelijk een completer antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag. Om te onderzoeken welke componenten van SI effectief zijn voor het revalidatiecentrum in Paramaribo zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Deelvraag 1

- *“Wat is de effectiviteit van diagnostische en evaluatie instrumenten bij kinderen met sensorische problemen?”*

Deelvraag 2

- *“Bij welke doelgroepen kinderen is sensorische integratie als methodiek het meest effectief/werkzaam?”*

Deelvraag 3

- *“Wat zijn de meest werkzame interventies bij kinderen met sensorische problemen ter verbetering van de participatie?”*

2.3 Dataverzameling

Voor de dataverzameling zijn verschillende methoden, die hieronder worden toegelicht, toegepast om een compleet beeld te krijgen van de het gehele behandel proces van SI problematiek en de huidige situatie binnen het revalidatie centrum.

Literatuuronderzoek

Naar aanleiding van de vraag van de opdrachtgever heeft de projectgroep gezamenlijk een hoofdvraag met deelvragen opgesteld. De deelvragen zijn onder de drie studenten onderverdeeld en zullen individueel worden uitgewerkt. Door de uitkomsten van de literatuurstudies samen te voegen zal er hopelijk een verband gelegd kunnen worden tussen de laatste bevindingen op het gebied van SI en de praktijk. Er is gebruik gemaakt van artikelen die gebruik maken van praktisch onderzoek en zijn in de laatste jaren (<10 jaar) gepubliceerd.

Interviews

Er is gekozen om semigestructureerd interviews af te nemen bij de deskundige om informatie te verzamelen over het onderwerp. Bij kwalitatief onderzoek wordt de onderzoeker direct betrokken bij het onderwerp en sta je dichterbij degene die aan het onderzoek mee werkt. Bij kwalitatief onderzoek kan er gebruik gemaakt worden van een semigestructureerd vorm zodat er ruimte was voor eigen inbreng van de respondent maar er wel een bepaalde structuur was binnen het interview. Daarnaast heeft het interview een specifiek onderwerp en is dit aan te duiden met de zogenoemde topic-interview, waarmee een interview wordt aangeduid dat een specifiek onderwerp behandelt (Boeije, 2014). Het interview is gevormd door middel van de stappen van het methodisch handelen (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De interviews zijn afgenomen bij de ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist van het revalidatiecentrum in Paramaribo, die werkzaam zijn met kinderen. De intentie was om de focus te leggen op kinderen met problematiek in de SI. De vooraf opgestelde vragen waren allen gericht op SI en het behandelen van kinderen met SI problematiek. Via deze manier kon er een beeld gevormd worden over de verschillende werkwijze binnen het team en om te kijken welke mogelijkheden er zijn met betrekking tot het behandelen van kinderen in Suriname.

Tijdens het afnemen van de interviews bij de fysiotherapeut en logopedist werd duidelijk dat er niet specifiek SI problematiek behandeld wordt. Wel wordt er opgemerkt als een kind problemen heeft in de SI. Bij hen zijn hierdoor de vragen aangepast naar een algemene situatie, maar waren de vragen van de ergotherapeut wel gericht op het behandelproces bij kinderen SI problematiek, omdat de ergotherapeut er wel mee werkt.

Observaties

Om een goed beeld te vormen van de populatie heeft de projectgroep twee weken mee gekeken. Er is kennis gemaakt met de therapeuten en de manier van werken in Suriname.

Na deze twee weken is er gekozen voor een participerende observatie methoden. Er is voor deze methode gekozen omdat er op deze manier goed waargenomen kan worden wat er gebeurt, direct geregistreerd kan worden wat er plaats vindt, en zowel de situatie als de sfeer goed ervaren kan worden. Tijdens de observaties doen de onderzoekers mee aan de behandeling van de onderzochte cliënten met mogelijk SI problemen, terwijl er wordt geobserveerd (Boeije, 2014). Zo wordt er met het kind gespeeld als er ondertussen een gesprek wordt gevoerd met de ouder in dezelfde ruimte. Eén onderzoeker observeert de ergotherapeut en de ouder terwijl twee andere onderzoekers met het kind spelen, observeren en participeren tijdens de behandeling. Er worden verschillende mogelijkheden toegepast om de prikkels die het kind binnen krijgt zoveel mogelijk te dempen of te stimuleren.

Daarnaast is er direct geobserveerd, dit houdt in dat de geobserveerde zien dat zij geobserveerd worden (Verhoeven, 2007). Er is gekozen voor een ongestructureerde vorm van observeren. Hierbij kan je een breder beeld vormen van de situatie en het gedrag omdat je niet op een bepaald element focust, maar naar het geheel kijkt (Dingemanse, 2016). Een nadeel van deze methode is dat onze aanwezigheid de geobserveerde kan beïnvloeden.

Het aantal observaties was afhankelijk van het aantal kinderen met SI problematiek dat werd gezien door de ergotherapeut. Daarnaast is vooraf afgesproken hoeveel kinderen er minimaal en maximaal nodig waren om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag. Er is gekozen voor een minimum van drie kinderen en een maximum van acht kinderen. Daarnaast is er een streven opgesteld om minimaal vijf keer de ergotherapeut te observeren tijdens een behandelsessie. Er is maar net aan het minimum kinderen voldaan, dit komt omdat het momenteel financieel niet goed gaat met Suriname. De cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor de kosten. Hierdoor zien de cliënten vaak niet de noodzaak van (ergo)therapie en het revalidatiecentrum. Daarnaast is ergotherapie maar bekend bij een kleine groep mensen. Door deze twee redenen is het rustig in het revalidatiecentrum. De keuze is daarom gemaakt om de ergotherapeut te observeren tijdens het uitvoeren van behandelingen bij de Anniecrèche om zo toch aan het streven van het vooraf opgestelde minimum te komen.

2.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Het onderzoek richt zich voornamelijk op één ergotherapeut aangezien het niet mogelijk was dit te vergelijken met andere ergotherapeuten in Suriname. Het onderzoek vond plaats op het revalidatie centrum en De Anniecrèche. De betrouwbaarheid van de bevindingen en uitkomsten zijn vergroot doordat de projectgroep zich heeft opgesplitst en heeft gerouleerd. Elke behandeling was een andere samenstelling van onderzoekers. Op deze manier worden vanuit verschillende invalshoeken bekeken (Verhoeven, 2007).

Met dit soort onderzoek is subjectiviteit niet te vermijden. Om dit te beperken is er vooraf duidelijk afgestemd waar de focus ligt en zijn er een aantal technieken toegepast om de subjectiviteit te beperken, zoals de gesprekken zijn opgenomen met een dictafoon en gestructureerd middels een mondelinge vragenlijst. Daarnaast is de projectgroep zich ervan bewust dat de aanwezigheid de geobserveerde (ergotherapeut) kan beïnvloeden.

Bij dit kwalitatief onderzoek wordt een open benadering gehanteerd waardoor de herhaalbaarheid van het onderzoek op de proef wordt gesteld. Dit omdat er met een open benadering te veel uitgeweken kan worden met het antwoord op de vraag. Echter wordt het interview zo meer een gesprek dan een vragenvuur. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er kritische gereflecteerd op de handelswijze van de projectgroep en om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten zijn de stappen geregistreerd in een logboek. Er is kritisch gereflecteerd door te kijken of we het doel hebben gehaald dat vooraf opgesteld was, hoe de uitvoering verliep, waar projectleden tegen aanliepen en wat is de aanpak voor de volgende keer.

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten is bij elk interview op dezelfde manier vragen gesteld en er evenveel tijd voor ingepland.

De projectgroep was zich ervan bewust dat ondanks de gemeenschappelijke taal er toch miscommunicaties kunnen ontstaan. De verschillen in cultuur en handelen zijn regelmatig besproken en benoemd om misvattingen te vermijden. Door te benoemen wat ons opviel tijdens verschillende observaties werd er gesproken over hoe sommige dingen hier worden uitgevoerd en die kunnen verschillen met de Nederlandse werkwijze.

3. Advies

Door een integratie van de verzamelde gegevens (hoofdstuk 2) heeft de projectgroep de onderstaande adviezen vormgegeven. De gemaakte keuzes staan beschreven in de bijgeleverde theoretische onderbouwing. De adviezen zijn aan de hand van het methodisch handelen vorm gegeven. Ergotherapeuten maken vaak gebruik van het methodisch handelen om een proces te doorlopen, dit geeft het professioneel redeneren structuur. Op deze manier wordt inzichtelijk dat het proces doordacht en doelgericht is (Logister-Proost & Steensels, 2012).

op handelen gebaseerd	theoretisch kader	vraagstelling	de aanvraag (verwijzing) de kennismaking de prioritering	<ul style="list-style-type: none"> • ontmoet de cliënt • cliëntstelsysteem, samenwerken • voorlichting ergotherapie • therapeutische relatie • oriëntatie mogelijkheden en (potentieel) probleem • verwachtingen • taakafbakening • selecteer procesmodel 		
		↓	probleemdefiniëring	de probleeminventarisatie de probleemanalyse de probleemdefiniëring	<ul style="list-style-type: none"> • bronnen, samenwerken • mogelijkheden en beperkingen • assessment • kern in taal cliënt • begrijp belang en samenhang • analyseer, interpreteer • prioriteitstelling • selecteer inhoudsmodel • samenvatting 	
		↓	doelbepaling en plan van aanpak	formuleren van doelen opstellen plan van aanpak	<ul style="list-style-type: none"> • einddoel • langetermijndoelen • kortetermijndoelen • RUMBA of SMART (IE) & taal cliënt • handelen • context • middelen • referentiekader • therapeutische houding • samenwerken 	
	context-based	cliëntgecentreerd	↓	uitvoering plan van aanpak	implementatie van interventieplan adviesplan	<ul style="list-style-type: none"> • uitvoeren, evalueren • resultaat doelen • generaliseren, borgen • samenwerken • reflectie
			↓	evaluatie	evaluatie van het resultaat evaluatie van het proces	<ul style="list-style-type: none"> • assessment • meetbaar resultaat • tevredenheid cliënt • zelfreflectie • terug in proces
			↻	nazorg	generaliseren follow-up	<ul style="list-style-type: none"> • overdracht • zelfmanagement • vervolgspraak • transfer handelingscontext
evidence-based						

Bron: Methodische handelen in Grondslagen (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep heeft adviezen opgesteld die in hun opzicht het meest effectief zijn. Echter realiseert de projectgroep zich dat niet alle adviezen op dit moment even haalbaar zijn in Suriname.

3.1 Vraagstelling

3.1.1. Aanvraag

De eerste stap bij de vraagstelling is de aanvraag (Logister-Proost & Steensels, 2012). Ouders in Suriname komen met hun kinderen naar het revalidatiecentrum van Paramaribo wanneer zij vinden dat hun kind zich anders gedraagt dan de andere kinderen. Zij komen terecht bij de arts of een van de therapeuten. Wanneer de therapeuten vinden dat de kinderen meer aandacht nodig hebben op bepaalde gebieden worden zij doorgestuurd naar de juiste therapeut. Zij dienen dan een garantiebrieff mee te nemen met akkoord van de arts/verzekering. In de verwijsbrief staat vaak weinig informatie over het kind en is het nog onduidelijk of het kind een bepaald probleem of diagnose heeft. Er wordt vervolgens een afspraak gemaakt voor een kennismaking. De ergotherapeut zal als voorbereiding voor de kennismaking een inschatting maken welk referentiekader gebruikt zal gaan worden.

De projectgroep adviseert een indruk te maken van het kind wanneer hij/zij met de ouders komt voor een afspraak.

3.3.2. Kennismaking

De ouders of grootouders komen met het kind naar het revalidatiecentrum voor de kennismaking. Er wordt door de ergotherapeut een intake-lijst gebruikt om de punten uit te vragen die te maken kunnen hebben met SI problematiek. Aan het eind van het kennismakingsgesprek zal er duidelijk moeten zijn wat de problemen zijn die het kind of de ouders ervaren. De ergotherapeut bepaald wanneer het kind terug moet komen voor een nieuwe afspraak en laat de ouders weten wat de vervolg stappen kunnen. De ergotherapeut heeft een voorlopige indruk gemaakt van het kind (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert gebruik te maken van een vaste intake-lijst zodat er geen punten over het hoofd worden gezien. Daarnaast zal er een dossier aangemaakt moeten worden.

3.2 Probleemdefiniëring

3.2.1 Probleeminventarisatie

Tijdens de probleeminventarisatie wordt ingezoomd op de door de cliënt genoemde zorgen/beperkingen/(potentiële) problemen. De ergotherapeut gebruikt betrouwbare en valide meetinstrumenten waarmee zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens verzameld worden (Logister-Proost & Steensels, 2012). Door gebruik te maken van meetinstrumenten zal er meer duidelijkheid komen in de problemen van de cliënt. Bij de selectie van meetinstrumenten focust de ergotherapeut op meetinstrumenten die passen bij de voorkeuren van de cliënt, zijn persoonlijke doelen en betekenisvolle activiteiten (Logister-Proost, 2007).

De projectgroep adviseert om gebruikt te maken van betrouwbare en valide meetinstrumenten bij het behandelen van kinderen met SI problematiek.

3.2.2 Prioriteiten stellen

Tijdens het opstellen van de prioriteiten zal de cliënt of cliëntsysteem zijn/haar ervaren problemen in het handelen voorleggen. Het is belangrijk te luisteren (en door te vragen) naar de argumenten van de cliënt voor zijn/prioriteiten. De prioriteitstelling kan te maken hebben met alle vlakken waarbinnen de cliënt een probleem heeft. Zo zijn er verschillende meetinstrumenten en assessments die ervoor zorgen dat de prioriteit van de cliënt wordt vastgesteld.

De projectgroep adviseert om gebruikt te maken van betrouwbare en valide meetinstrumenten en assessments om de prioriteiten van te stellen bij kinderen met SI problematiek.

3.2.3 Probleemanalyse

Tijdens de probleemanalyse volgt verder onderzoek en analyse. Er zal in overleg met de cliënt gekeken moeten worden hoe verdere informatie verzameld kan worden. Er kan vanuit de *bottom-up* of *top-down* methode gewerkt worden. Ook informatie van andere professionals kan bijdragen aan extra informatie voor een goede probleemanalyse. Om nog meer informatie te winnen over de cliënt kan het cliëntsysteem, de hulpverleners en regelgevende organisaties ingeschakeld worden. Door een inhoudsmodel te gebruiken kan de ergotherapeut tijdens het inventariseren en analyseren van de problemen/bependingen in de participatie en/of het handelen, de gegevens zodanig ordenen dat er een logische orde ontstaat. Met elkaar in verband staande factoren worden duidelijk en de ergotherapeut krijgt zicht op ontbrekende informatie (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert een inhoudsmodel te gebruiken om de gegevens te ordenen en een overzicht te hebben van nog niet voldoende verkregen informatie.

De projectgroep adviseert om met verschillende disciplines wekelijks te overleggen over gezamenlijke cliënten.

3.2.4 Probleemdefiniëring

Bij deze laatste stap worden de resultaten besproken met de cliënt zodat er een eventuele verklaring geformuleerd kan worden. Het gewilde resultaat is een korte en duidelijke samenvatting (probleemdefiniëring) zodat de cliënt het kan begrijpen. Uiteindelijk kan dit helpen bij het formuleren van het einddossier en/of een terugkoppeling aan de verwijzer (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert om zoveel mogelijk met de ouders/kind te bespreken/overleggen

3.3 Doelbepaling en plan van aanpak

3.3.1 Formuleren van doelen

Nadat alle beschikbare informatie is geïnventariseerd, gecombineerd, geanalyseerd en geïnterpreteerd kunnen er door de cliënt en ergotherapeut doelen geformuleerd worden. Het vast stellen van doelen gericht op resultaat kunnen een positieve invloed hebben op de duur van de therapie (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert om doelen in samenspraak met de cliënt en/of het cliëntsysteem op te stellen.

De projectgroep adviseert om bij het opstellen van doelen gebruik te maken van vaste criteria zoals RUMBA of SMART(IE).

Om overzicht te bewaren tijdens een behandelproces kan een doelenhiërarchie handig zijn. Met een doelenhiërarchie blijft het verband tussen de doelen en het uiteindelijke streven van de cliënt en/of cliëntstelsel duidelijk. In een doelenhiërarchie zijn einddoel, langer termijn doelen en korter termijn doelen te onderscheiden (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert om gebruik te maken van een doelenhiërarchie.

3.3.2 Opstellen plan van aanpak

In deze fase bepalen de cliënt en/of cliëntstelsel en de ergotherapeut gezamenlijk welk plan van aanpak het meest effectief zal zijn. Het plan van aanpak biedt structuur binnen het behandelproces. In het plan van aanpak kunnen de gewenste activiteiten en vormen interventies worden opgenomen.

3.4 Uitvoering van plan van aanpak

De vierde fase van het ergotherapie proces staat uit één stap; uitvoering van het plan van aanpak. Afhankelijk van de setting en de cliënt wordt er praktisch gewerkt, worden er adviezen gegeven, gecoacht of getraind ten aanzien van betekenisvol handelen in de context van de cliënt. Op deze manier kunnen vooraf gestelde doelen behaald worden (Logister-Proost & Steensels, 2012).

Om veranderingen in het handelen mogelijk te maken worden verschillende interventies uitgevoerd. Dit kan de cliënt, zijn omgeving, taken en activiteiten betrekken. Deze veranderingen zijn gericht op het ontwikkelen van het handelen, opnieuw handelen, effectiever handelen, veiliger handelen, behouden van het handelen en omgaan met verlies van handelen (Van Hartingsveldt et al., 2010).

De projectgroep adviseert om gebruik te maken van gestandaardiseerde richtlijnen en protocollen bij het behandelen van kinderen met SI problematiek.

SI therapie probeert door middel van specifieke oefeningen voor de verschillende zintuigsystemen afzonderlijk en in combinatie met elkaar een betere werking van het centraal zenuwstelsel te bevorderen. Dit komt voornamelijk tot stand door terugkoppeling vanuit de beweging en de zintuigen.

Tijdens de behandeling kan gebruik gemaakt worden van oefenprogramma's om een geleidelijke gewenning aan prikkels op te bouwen en worden technieken aangereikt om overgevoeligheidsreacties te voorkomen of te dempen.

Door gedoseerd de juiste prikkel op de juiste plek aan te bieden, krijgt het lichaam de prikkels die het nodig heeft. Hiermee wordt de basis gelegd voor een zo optimaal mogelijk functioneren (Regenhardt, 2009).

SI interventies kunnen zich richten op verschillende zintuiglijke kenmerken zoals het sensorische systeem:

- Aanraking - het tast zintuig
- Evenwicht en beweging - het vestibulair zintuig
- Lichaamspositie - het proprioceptie zintuig
- Zien - het gezichtszintuig
- Horen - het gehoorzintuig
- Ruiken en proeven - het reukzintuig en het smaakzintuig (Stock Kranowitz, 2007).

Daarnaast kan het zich ook richten op zintuig gerelateerde vaardigheden zoals:

- Oraal-motorische vaardigheden
- Motorische planning
- Fijne motoriek
- Bilaterale coördinatie en het oversteken van de middenlijn (Stock Kranowitz, 2007).

De projectgroep adviseert om activiteiten/spelletjes/oefeningen te gebruiken die aansluiten op de zintuiglijke beperkingen van het kind.

De projectgroep adviseert om activiteiten/spelletjes te gebruiken die het kind leuk vindt, plezier in heeft of aanspreekt.

Op de afdeling ergotherapie is er op dit moment geen ruimte die naar de mening van de projectgroep geschikt is qua indeling, ruimte en materiaal voor kinderen met SI problemen. Om deze doelgroep goed te kunnen behandelen en te kunnen inspelen op de kinderen is het van belang dat er een geschikte ruimte beschikbaar is.

De projectgroep adviseert om op de afdeling ergotherapie een speciale ruimte in te delen voor SI.

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek: “*Wat zijn de meest werkzame interventies bij kinderen met sensorische problemen ter verbetering van de participatie?*”, komt naar voren dat de uitkomsten slechts inzicht kunnen geven in de verschillende interventies en de toepassing hiervan bij de verschillende doelgroepen kinderen. De werkzame interventies kunnen worden benoemd, om eventueel handvatten te bieden. Echter moet het overzicht van de werkzame interventies voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het moet duidelijk zijn dat er meer onderzoek nodig is om te kunnen bevestigen welke SI interventies het meest effectief zijn bij kinderen met sensorische problemen.

In bijlage 1 staat een overzicht van SI interventies die mogelijk toegepast kunnen worden bij kinderen met SI problematiek.

3.5 Evaluatie en nazorg

3.5.1 Evaluatie resultaat en proces

Een onderdeel van *evidence-based practice* is het documenteren van tussentijdse evaluaties van de effectiviteit van de behandeling (Logister-Proost & Steensels, 2012). Daarnaast is het gemakkelijker als een kind zich later nog een keer meldt voor een behandeling om te weten hoe de behandeling is afgesloten en wat op dat moment de stand van zaken was.

De projectgroep adviseert om bij elk kind een schriftelijk rapportage op te stellen na het beëindigen van een behandelperiode.

Om het resultaat van een interventies of behandeling samen te evalueren is het belangrijk om aan te sluiten op de fase van probleeminventarisatie. Veel instrumenten hebben een test- en her-test design, waardoor het mogelijk wordt om verschil te meten. Om deze manier wordt het verschil ook valide en betrouwbaar gemeten. Op deze manier kan er gekeken worden waarom bepaalde doelen wel of niet behaald zijn en welke volgende acties dit oplevert (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert gebruikt te maken van gestandaardiseerde testen/instrumenten om de behaalde resultaten te evalueren.

3.5.2 Nazorg

Na het behandelproces wordt de cliënt geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden binnen de ergotherapie behandeling, om bijvoorbeeld opnieuw te starten of de behandeling af te sluiten. Er kunnen afspraken gemaakt worden voor een follow-up (telefonische of face to face). Normaliter loopt het ergotherapie proces door tot alle doelen behaald zijn of beide partijen tevreden zijn. De ergotherapeut kan individuele afspraken met de cliënt en/of cliëntstelsel ten aanzien van de nazorg. Het kan voor de ergotherapeut waardevol zijn om te zien hoe de cliënt op langer termijn handelt (Logister-Proost & Steensels, 2012).

De projectgroep adviseert om binnen zes maanden een evaluatie moment in te plannen.

4. Implementatie

Naar aanleiding van het bovenstaande deel zijn er adviezen gegeven die worden onderbouwt met de gevonden literatuur, interviews en observaties. Echter, is het mogelijk dat niet elk van deze adviezen toepasbaar is in de ergotherapie omgeving van het revalidatiecentrum.

Een van de beperkingen van dit onderzoek is dat de vertaalslag naar de Surinaamse context lastig te maken is. De uitkomsten van de gevonden literatuur blijkt moeilijk te vergelijken met de situatie in Suriname. In de onderzoeken zijn meestal Westerse kinderen onderzocht, met andere demografische verschillen, wat het vergelijken moeilijker maakt. Daarnaast hebben het kind en ouders veel mogelijkheden om behandeld te worden. In Suriname, en al helemaal op dit moment met de recessie, zijn er minder mogelijkheden voor kinderen en ouders om therapie te betalen of bezoeken.

Daarbij komt ook kijken dat er binnen het revalidatie centrum in Paramaribo minder middelen beschikbaar zijn, die nodig zijn om het behandelproces rondom SI goed te kunnen vormgeven. Daarnaast komt ook kijken dat binnen het revalidatie centrum de financiële mogelijkheden beperkt zijn. De inwoners van Suriname hebben door het gezondheidssysteem van Suriname ook niet allemaal de mogelijkheid om een ergotherapeut te bezoeken. Dit is ook een van de redenen dat er een lage instroom van kinderen op de poli is. Daarbij weten ook de meeste Surinamers niet af van ergotherapie en haar mogelijkheden.

Binnen het ziekenhuis en het revalidatie centrum wordt er op een geheel andere manier gewerkt dan de projectgroep gewend was. De ergotherapeut krijgt vaak kinderen doorgestuurd zonder diagnose of hulpvraag, wat het behandelen een stuk lastiger maakt. Deze andere manier van werken kan ook voor een deel te maken hebben met de andere cultuur die hier heerst. Dit maakt dat bij het geven van adviezen er rekening gehouden moet worden met de mogelijkheden en beperkingen in Suriname.

Met de situatie die zich op dit moment afspeelt in Suriname en binnen het revalidatiecentrum begrijpt de projectgroep dat niet alle adviezen haalbaar zijn. Echter, zijn er wel adviezen die ook op de afdeling ergotherapie van Suriname implementeerbaar zijn die bijvoorbeeld geen geld kosten, maar wel bijdrage aan de behandeling van SI. De volgende assessments/instrumenten zijn implementeerbaar voor de huidige situatie in het revalidatiecentrum gezien de beschikbaarheid.

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
 - Sensory Profile
 - Beery-VMI
 - Richtlijn Ontwikkelingslijnen; sensomotorische ontwikkeling
 - De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de Activiteiten/spelletjes/oefeningen uit het boek 'Uit de pas' van C. Stock Kranowitz bij het invullen van interventies bij kinderen met SI problematiek.
 - Child Occupational Self Assessment (COSAS)
- Goal Attainment Scaling (GAS)

5. Conclusie

Om een toepasbaar en overdraagbaar advies te schrijven voor het revalidatie centrum is er onderzoek gedaan naar het onderwerp SI. Naar aanleiding van een scholing in Nederland wil de opdrachtgever meer zicht op de werkzame onderdelen van SI en de bijbehorende interventies en benaderingen. Er is daarom gekeken naar de beschikbare literatuur en hoe deze kan bijdragen aan het uiteindelijke advies. Verder zijn er interviews afgenomen om de bevindingen te koppelen aan de kennis en mogelijkheden in het revalidatie centrum van Paramaribo. Daarnaast zijn er observaties uitgevoerd zodat de projectgroep een beeld heeft kunnen creëren hoe de ergotherapeut omgaat met de huidige situatie met betrekking tot SI.

De centrale vraag van het project luidt als volgt: “*Welke werkzame componenten van SI worden toegepast en kunnen de kwaliteit van de behandeling in het revalidatiecentrum van Paramaribo verbeteren?*”.

Ondanks de vele positieve uitkomsten van dit onderzoek bij kinderen met sensorische problemen kan er niet concreet antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag. De reden hiervan is dat er geen consensus is over wat de meest werkzame componenten zijn van SI en hoe deze toegepast kunnen worden. Daarnaast blijft er veel onduidelijk over de werkzame componenten van SI. De redenen maken het generaliseren van de uitkomsten naar de praktijk lastig. Hieruit volgt dat er geen concreet antwoord op de vraag geformuleerd kan worden. Voor het project (ontwikkelen adviesrapport) en de hoofdvraag binnen dit project (in kaart brengen van de werkzame componenten van SI) houdt in dat de uitkomsten van dit onderzoek slechts alleen inzicht geven in de werkzame componenten en de toepassing hiervan bij verschillende groepen kinderen. Om SI te promoten en handvatten te bieden aan therapeuten hoe zij de kwaliteit van hun behandeling kunnen verbeteren, kunnen de werkzame componenten worden genoemd. Echter moet het overzicht van de werkzame componenten voorzichtig worden geïnterpreteerd en de beperkingen moeten hierbij duidelijk besproken worden. Het moet duidelijk zijn dat er meer onderzoek nodig is om te kunnen bevestigen welke werkzame componenten het meest effectief zijn bij kinderen met sensorische problemen.

De projectgroep is van mening dat er een aantal werkzame componenten van SI zijn die nog kunnen worden toegepast binnen het revalidatiecentrum om de kwaliteit van de behandeling te verbeteren en/of waarborgen met betrekking tot SI.

Het lijkt de projectgroep verstandig om behandelingen te structureren door middel van vaste procesmodel. Het methodisch handelen zou toegepast kunnen worden om dit te realiseren. De ergotherapeut werkt methodisch met een persoon of het systeem van de persoon. Op deze manier handel je bewust, doelgericht en professioneel, en volg je bepaalde fase in een proces. Tijdens het methodisch handelen maakt de ergotherapeut professioneel redenerend met de cliënt een bewuste afweging tussen de verschillende mogelijkheden om de hulpvraag te inventariseren, te interpreteren en op te lossen (Satink & Loon, 2006). Daarbij wordt meegenomen dat een ergotherapeutische interventie zich richt op het handelen (*occupation-based*) in de omgeving (*context-based*), cliënt gecentreerd en *evidence-based* is (Hartingsveldt et al., 2010). Daarbij raadt de projectgroep aan standaard na elke behandeling te rapporteren en vaste momenten in te plannen voor evaluatie en nazorg.

De projectgroep is van mening dat het van belang is om gebruik te maken van richtlijnen en/of protocollen om goed *evidence-based* te werk te gaan. Richtlijnen vormen het uitgangspunt van medisch handelen door zorgverleners. Ze beogen de diversiteit van handelen te verminderen, en waar mogelijk meer te laten aansluiten op *evidence-based practice* en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van

wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende opties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011). In protocollen wordt vooral aangegeven hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden meer in detail vastgelegd (Everdingen, 2004).

Naar aanleiding van het literatuuronderzoek, de interviews en observaties kan er gezegd worden dat er een aantal interventies zijn die op het moment niet worden toegepast door de ergotherapeut maar wel een rol kunnen spelen bij de behandeling van een kind met SI problematiek. Over het algemeen is meer onderzoek van hoger niveau nodig om te kunnen bepalen welke interventies het meest effectief zijn voor kinderen met SI problematiek. Ook is het van groot belang dat bij het interpreteren van de uitkomsten rekening gehouden moet worden dat de uitkomsten niet alle doelgroepen kinderen betrekken maar vaak onderzocht zijn voor een specifieke doelgroep. Daarnaast zijn de uitkomsten vaak niet significant (genoeg) om te zeggen dat ze het meest effectief zijn.

Daarnaast komen er uit de literatuur een aantal instrumenten naar voren die goed toepasbaar zijn bij SI problematiek en op het moment nog niet worden gebruikt in het revalidatiecentrum.

Daarnaast zijn er een aantal aanvullingen op de werkwijze van de ergotherapeut, die ervoor kunnen zorgen dat de kwaliteit van haar behandelingen wordt vergroot. Hierbij kan gedacht worden aan spel materiaal, benaderingen, interventies, instrumenten en manieren van werken. Deze zijn terug te vinden in het hoofdstuk 'advies' en in bijlage 1 aanbevelingen.

6. Literatuurlijst

- Academisch Ziekenhuis Paramaribo. (2016). *Ergotherapie*. Geraadpleegd op 27 april 2016, van <http://www.azp.sr/nl/revalidatiecentrum/ergotherapie>
- Benedixen, R. & Kreider, C. (2011). Centennial version: Review of occupational therapy research in practice area of children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 351-359.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen* (2e druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Boeije, H. (2014). *De kwalitatieve onderzoeksopzet: In Analyseren in kwalitatief onderzoek* (2e druk). Den Haag: Boom Lemmen
- Dingemans, K. (2016). *Observatie in je scriptie*. Geraadpleegd op 19 mei 2016, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observatie-je-scriptie/>
- Everdingen, J. E. E. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Le Gansse, M., Hartingsveldt, M. van & Kinébanian, A. (2012). Nota bene. In Le Gansse, Hartingsveldt & Kinébanian, *Grondslagen van de Ergotherapie* (pp. 26). Amsterdam: Reed Business
- Hartingsveldt, M.J. van, Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland / Boom Lemma
- Logister-Proost, I. & Steensels, M. (2012). 20 methodisch handelen. In Le Gansse, Hartingsveldt & Kinébanian, *Grondslagen van de Ergotherapie* (pp. 503-528). Amsterdam: Reed Business.
- NSSI. (z.d.). *Wat is het ?*. Geraadpleegd op 10 februari 2016, van <http://www.nssi.nl/index.php/2013-12-01-12-49-19/wat-is-het>
- Parham, L. & Mailoux, Z. (2005). Sensory integration. In J. Case Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (pp. 356-409). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby
- Regenhardt, E. (2009). *Sensorische integratie*. Geraadpleegd op 24 mei 2016, van <http://www.sensomotorische-integratie.nl>
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. (2011). *Richtlijn voor richtlijnen*. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- Riet, G. van der. (1985). *Sensorische Integratie: Een therapeutische behandelingsmogelijkheid voor kinderen met psychomotorische stoornissen*. Lochem Gent: De Tijdstroom
- Satink, T. & Loon, H. van (2006). Methodisch handelen. In A. Kinébanian & M. le Granse (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (2e dr., pp. 665-686). Maarsseveen: Elsevier gezondheidszorg.

Stock Kranowitz, C. (2007). *Uit de pas: activiteiten voor kinderen met integratiestoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* (tweede, herziene druk). Amsterdam: Boom onderwijs

7. Bijlage

7.1 Aanbevelingen

Vraagstelling

Aanbeveling 1

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) bij een intake.

Probleemdefiniëring

Aanbeveling 2

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Short Sensory Profile* (SSP) om het probleem vast te stellen.

Aanbeveling 3

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Sensory Profile* Nederland om vast te stellen wat het probleem is.

Aanbeveling 4

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Infant/Toddler Sensory Profile* om vast te stellen wat het probleem is bij kinderen vanaf hun geboorte tot 36 maanden.

Aanbeveling 5

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Test of Sensory Function in Infants* om het probleem vast te stellen, bij kinderen in de leeftijd van vier maanden tot achttien maanden.

Aanbeveling 6

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Sensory Rating Scale* om het probleem vast te stellen, bij kinderen in de leeftijd van nul tot drie jaar.

Aanbeveling 7

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Child Occupational Self Assessment* (COSA) om het probleem vast te stellen door het kind zelf.

Aanbeveling 8

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Beery-VMI* om het probleem vast te stellen.

Aanbeveling 9

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Sensory Over-Responsivity* (SensOR) om problemen vast te stellen binnen de zintuigverwerking.

Aanbeveling 10

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Sensory Integration and Praxis Tests* (SIPT) om het probleem vast te stellen.

Doelbepaling en plan van aanpak

Aanbeveling 11

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Peabody Developmental Motor Scale, Second Edition* (PMDS-II) om doelen op te stellen.

Uitvoering plan van aanpak

Aanbeveling 12

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van sensory integration therapy (SIT) als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 13

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van neurodevelopmental treatment (NDT) als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 14

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van perceptual-motor benadering (PM) als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 15

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van ergotherapie met een SI benadering (ET-SI) als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 16

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van sensorisch perceptuele-motor (SPM) training als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 17

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van gedragsinterventies als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 18

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van Le Bon Départ (LBD) als interventie bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 19

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de richtlijn Ontwikklingslijnen; sensomotorische ontwikkeling, die is toegevoegd in de bijlage.

Aanbeveling 20

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de activiteiten/spelletjes/oefeningen uit het boek 'Uit de pas' van C. Stock Kranowitz bij het invullen van interventies bij kinderen met SI problematiek.

Aanbeveling 21

De projectgroep beveelt aan om een ruimte in te delen als 'sensorische integratie ruimte', met passend spel materiaal.

Evaluatie en nazorg

Aanbeveling 22

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de COPM om achteraf te meten of de doelen zijn behaald.

Aanbeveling 23

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de *Goal Attainment Scaling* (GAS) om te evalueren.

Aanbeveling 24

De projectgroep beveelt aan om gebruik te maken van de (COSA) te evalueren bij het kind.

7.2 SI interventies

Interventie	Componenten	Werkzaam
Sensory integratie therapy (SIT)	Klinisch kindgerichte gebaseerde interventie, dat spel gerichte activiteiten aanbiedt om de adaptieve reacties te verbeteren en versterken, zoals: Schommelen, tactiele perceptie, bilaterale integratie en reacties bij sensorische ervaringen.	Bij kinderen met <i>autisme spectrum stoornis (ASS)</i> , <i>milde retardatie</i> , <i>developmental coordination disorder (DCD)</i> .
Neurodevelopmental treatment (NDT)	Faciliteren van controle over het lichaam. Ontwikkelen van een bewegingspatroon, lopen, fijne motoriek, trainen van de spieren.	Bij kinderen met <i>milde retardatie</i> .
Perceptual-motor benadering (PM)	Fijne en grof motorische training zoals knippen en plakken, doolhoven, puzzels en rollen.	Bij kinderen met <i>milde retardatie</i> .
Ergotherapie met een SI benadering (ET-SI)	De ET-SI interventie heeft vaste stappen en onderdelen. Het doel is om zintuiglijke responsiviteit, sociaal gedrag, motorische competentie, en deelname aan zinvolle activiteiten te verbeteren.	Bij kinderen met <i>sensory modulation disorders (SMD)</i> .
Sensorisch perceptuele-motor (SPM) training	Sensorische, vestibulaire, tactiele, motorische activiteiten om stap voor stap vaardigheden aan te leren.	Bij kinderen met <i>cerebrale parese</i> .
Gedragsinterventies	Bij gedragsinterventies kun je denken aan operante conditionering gebaseerd op een functionele gedragsanalyse.	Bij kinderen met <i>ASS</i> .
Le Bon Départ (LBD)	LBD is een vorm van therapie waarbij ritme de motorische uitvoering positief kan beïnvloeden.	Bij kinderen met <i>DCD</i> .

7.3 SI instrumenten

Instrumenten	Componenten	Werkzaam
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	Semi-gestructureerd interview waarbij wordt aangegeven waar de problemen in het dagelijks leven worden benoemd.	Alle leeftijden
Short Sensory Profile (SSP)	Verkorte vragenlijst van de Sensory profile. Vragenlijst wordt ingevuld door de ouders.	Kinderen.
Sensory Profile Nederland (SP-NL)	Het meten en profileren van (stoornissen in) de sensorische informatieverwerking van kinderen. Vragenlijst.	Kinderen in de leeftijd van 4 t/m 12 jaar.
Infant/Toddler Sensory Profile	Vragenlijst, wordt ingevuld door de ouders.	Bij kinderen in de leeftijd van 0 t/m 36 maanden.
Test of Sensory Function in Infants	Observatie test.	Bij kinderen in de leeftijd van 4 maanden t/m 18 maanden.
Sensory Rating Scale	Vragenlijst, wordt ingevuld door de ouders.	Bij kinderen in de leeftijd van 0 t/m 3 jaar.
<i>Child Occupational Self Assessment (COSA)</i>	Zelfevaluatie test. Geeft het kind inzicht in zijn handelingscompetenties	Bij kinderen in de leeftijd van 8 t/m 13 jaar.
Beery-VMI	Een instrument waarbij de cognitieve als de (senso)motorische problemen geobserveerd en geanalyseerd worden.	Bij kinderen met DCD in de leeftijd van 2 t/m 12 jaar
Sensory Over-Responsivity (Sensor)	Probleem vastEvaluatie instrument.	Alle leeftijden.
Sensory Integration and Praxis Tests (SIPT)	Meet zintuiglijke verwerking maar evalueert ook het vermogen van het kind.	Bij kinderen in de leeftijd van 4 t/m 8 jaar.
Peabody Developmental	Geeft een score weer	Bij kinderen met CP in de

Moter Scale, Second Edition (PMDS-II)	binnen functionele vaardigheden.	leeftijd van 0 t/m 5 jaar.
Goal Attainment Scaling (GAS)	Evaluatiemethode om vooraf opgestelde doelen te evalueren. Door middel van bestaande schalen.	Bij kinderen en volwassenen.