

Hospinews Focus :

Kinepedia.be – Wanneer kinesitherapeuten zich bekwamen in de pediatrische kinesitherapie.

Oktober 2012

Interview door: Emmanuelle Vanbesien

Vertaald door : Caroline Claeys

Uitgever: Hospichild.be / vzw cmdc-cdcs asbl

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BYNC-ND 2.0).

U mag:

* dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

Onder de volgende voorwaarden :

* Auteurschap — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

* Geen commercieel gebruik — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

* Geen wijziging — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar evanbesien@hospichild.be

Kinepedia.be is de website van de Belgische Vereniging voor Pediatrische Kinesitherapie (BVPK), die zich richt tot professionelen in de zorgsector maar ook tot het ruimere publiek, onder wie de ouders van kinderen die een beroep willen doen op kinesitherapie.

Naast de informatieve functie van de website www.kinepedia.be is de BVPK in de eerste plaats een vereniging van kinesitherapeuten die grondig nadenken over hun praktijk en proactief te werk gaan. De behandeling van kinderen verschilt in vele opzichten van die van volwassenen. Geen enkele professional uit de pediatrie zal dit ontkennen. De zorg voor het kind vindt plaats binnen een gezinscontext, een onderwijscontext, een sociale context, enz. De communicatie verloopt anders. De ouders en de omgeving moeten de juiste handelingen, de aangepaste reflexen leren en de leefomgeving van het kind wordt bekeken om de beste oplossingen aan te reiken. Bij deze werkwijze moet veel tijd uitgetrokken worden voor het kind in de eerste plaats, maar ook voor de personen die het kind omringen.

Hospichild sprak met Sébastien Vanderlinden en Evelyn Carpentier, twee stichtende leden van de Belgische Vereniging voor Pediatrische Kinesitherapie.

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

Wat zijn de doelstellingen van de Belgische Vereniging voor Pediatrische Kinesithherapie? Sébastien Vanderlinden:

We willen met onze vereniging enerzijds het specifieke karakter van de behandeling van kinderen benadrukken. Anderzijds is er door de overvloed in het aanbod van nieuwe technieken en opleidingen nood aan een rationele omkadering en een kwaliteitsgarantie om de patiënten te beschermen. De efficiëntie van de nieuwe technieken en de eventuele gevaren die er aan verbonden zijn, moeten geëvalueerd worden.

De kinesitherapeut moet almaar meer rapporten schrijven en wetenschappelijke tests afleveren om te kunnen voldoen aan bepaalde specifieke voorwaarden voor terugbetaling. In de Verenigde Staten, waar ik een tijdje heb gewerkt, moet men bewijzen dat de behandeling doeltreffend was, dat het verhoopte resultaat bij de patiënt werd behaald binnen een bepaalde tijd. Al deze aspecten moeten we echter in hun perspectief plaatsen: kinderen zijn inderdaad individuen in ontwikkeling maar deze ontwikkeling verloopt niet altijd positief afhankelijk van hun pathologie, welke medische verzorging ook moge worden verstrekt. In heel wat gevallen hebben de artsen trouwens verschillende jaren nodig om een volledige diagnose te stellen.

De vereniging biedt haar leden bijscholing en andere diensten aan, en tracht met haar denkwerk ook gehoor te vinden bij officiële instellingen zoals AXXON, de representatieve beroepsvereniging van kinesitherapeuten in België. In de raad van bestuur van onze vereniging zetelen doctors in de kinesithherapie, docenten aan universiteiten en hogescholen, coördinatoren van bijscholingen en professionelen uit het brede veld van de pediatrie. Op die manier sluiten we aan bij het beleid van de nationale en mondiale organisaties die een afdeling pediatrische kinesithherapie hebben.

Onze website is tegelijk ook een informatieplatform voor ouders en jonge patiënten. De site biedt de mogelijkheid om op doeltreffende wijze en op basis van verschillende criteria een kinesitherapeut in eigen streek te vinden. De site is volledig tweetalig Nederlands-Frans.

Hoe is het idee ontstaan om een vereniging op te richten?

Evelyn Carpentier: Tijdens conferenties en studiedagen over pediatrische kinesithherapie hadden we meermaals de gelegenheid om praktijkervaringen uit te wisselen. We stelden vast dat we bepaalde vaststellingen deelden, en uiteindelijk hebben we dan een eerste samenkomst belegd. Vandaag telt de vereniging 150 leden, verspreid over gans België.

Kent de pediatrische kinesithherapie vandaag ook een multidisciplinaire aanpak zoals in de geneeskunde?

E.C.: Absoluut. Velen onder ons delen trouwens een praktijk met andere beroepskrachten (logopedisten, psychologen, neuropsychologen,...) met specifieke competenties. Op die manier kunnen we een globale en coherente behandeling voor kinderen aanbieden. Die aanpak wordt steeds meer toegepast in Vlaanderen waar we al geruime tijd vanuit een multidisciplinaire benadering werken.

S.V.: Deze tendens kadert in een globale medische context waarin verschillende specialisten informatie, suggesties en opmerkingen over patiënten met elkaar delen om tot de meest kwaliteitsvolle behandeling te komen, waarbij er een evolutie is naar transdisciplinariteit. Een toenemend probleem bestaat erin continu een optimale keuze te maken op het vlak van de spreiding van het revalidatieprogramma voor kinderen die een multidisciplinaire behandeling nodig hebben.

U hebt het over een heel specifieke behandeling wanneer u het over pediatrische kinesithherapie hebt?

S.V.: In de dagelijkse praktijk krijgen we kinderen te zien met een pathologie of met een handicap, die soms bijzonder ernstig kan zijn. Die kinderen hebben niet alleen een behandeling thuis of in het kabinet nodig, zoals volwassenen, maar ook in hun verschillende leefcontexten. Dit is zeker het geval voor de evaluatie. Het is belangrijk dat we dit kunnen aankaarten bij verschillende instanties zoals AXXON, om onze visie te kunnen verdedigen. De pediatrische kinesitherapeut kan bijvoorbeeld geen meerdere personen 'tegelijk' behandelen, zoals een kinesitherapeut dit bij volwassenen soms wel kan doen. Wanneer men zich bezig houdt met een kind, dan moet met enkel met dit ene kind bezig zijn. Bovendien maakt dat kind deel uit van verschillende wisselende contexten. Denk aan de toename van de nieuw samengestelde gezinnen, de echtscheidingen, de verschillende leefomgevingen zoals thuis, de school, de instelling. Dat houdt in dat we aan het kind uitleggen hoe de behandeling thuis zal verlopen, maar ook uitleg geven aan de ouders en de grootouders die vaak voor opvang zorgen.

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

Het plannen van de behandelingen wordt daardoor bemoeilijkt omdat deze jonge patiënten vaak afhankelijk zijn van verschillende personen die hen naar de behandelingen brengen. En er gaat al gauw veel tijd en energie in kruipen.

E.C.: We moeten bijvoorbeeld regelmatig de school of de crèche van het kind bezoeken, of het dagverblijf wanneer het om een kind met een handicap gaat, om de leraar of de begeleider van het kind informatie te geven. Maar de vergoedingen voor onze verplaatsingskosten (investering van tijd + kosten voor het voertuig) zijn belachelijk laag.

De nomenclatuur is niet altijd aangepast aan de realiteit van het werkveld?

S.V.: Inderdaad, bij hersenverlamming bijvoorbeeld komen de beperkende voorwaarden (de etiologische en neuropathofysiologische diagnose verklaren niet altijd het klinisch beeld) om behandelingen van 1 uur te verstrekken niet altijd overeen met de werkelijkheid en de klinische behoeften aan therapie van de patiënten. Nemen we het voorbeeld van een kind dat getroffen is door een ernstige vorm van autisme of dat een ernstig cognitief gebrek heeft. Er bestaat geen code in de kinesitherapie waardoor de handicap van het kind kan erkend worden als een ernstige pathologie en die terugbetaling op permanente basis mogelijk maakt. Het kind heeft geen recht op de 5 à 7 wekelijkse sessies die toegekend worden voor ernstige pathologieën, terwijl het nochtans zeer moeilijk is om het kind structuur op het vlak van ruimte en tijd aan te leren. Het kan dus eenvoudigweg riskant en hachelijk zijn om het bijvoorbeeld trappen te laten lopen, zelfs wanneer de gevaren beperkt worden. In het belang van de patiënt moeten we ook soms heel uitgebreide balansen en rapporten opstellen. Het RIZIV heeft al inspanningen gedaan om dit in rekening te nemen, maar de klinische noodzaak om regelmatig in contact te treden met alle personen die het kind opvolgen, neemt ook veel tijd en energie in beslag die niet 'gefactureerd kan worden'. Het referentiesysteem moet dus herwerkt worden, want het is niet langer aangepast aan de realiteit van het werkveld.

E.C.: Een ander voorbeeld: De kinesitherapeuten mogen zich niet meer naar de scholen begeven om het kind te behandelen, terwijl het cruciaal is het kind te kunnen helpen bij zijn ontwikkeling op school. In dat geval moeten we dan de code 'thuis' invullen. Het is ook bijzonder belangrijk voor sommige kinderen met een handicap om een goede slaaphouding te vinden, om op een goede manier in bad gezet te worden, of in de auto, enz. Dit vraagt nauw overleg nodig met de voorschrijvend arts en de orthesemaker.

De tijd die besteed wordt aan de voorlichting van de omgeving van het kind is dus van cruciaal belang?

S.V.: Absoluut, we moeten ons aanpassen aan de veranderingen in de maatschappij, aan de nieuwe gezinsvormen. We moeten het kind op een continue manier verzorgen, zorgen voor coherentie op de verschillende leefplekken, tussen de verschillende behoeften, met het oog op de beste dagelijkse handelingen, zo niet zal zelfs de beste verzorging ter wereld geen effect hebben!

De tijd uitgetrokken voor de 'opleiding van de omgeving van het kind', wordt dus niet erkend en gevaloriseerd?

E.C.: Nee, helemaal niet. En nochtans moeten we iedere dag tijd besteden om zaken aan te leren, te luisteren naar ouders, grootouders, leerkrachten, zorgkundigen, kinderverzorgers, enz. Soms voelen ouders zich helemaal 'verloren'. We helpen hen dan om contact op te nemen met een referentiecentrum, in het geval van ernstige aandoeningen. Er bestaat een overeenkomst m.b.t. hersenverlamming die de kinesitherapeut vergoedt voor zijn/haar aanwezigheid op de synthesevergadering van de balans die in deze referentiecentra is opgemaakt. Dit gaat dus al een stukje de goede weg op.

Het aanpassen van de nomenclatuur aan de specificiteit van het kind zou een oplossing kunnen zijn?

S.V.: Dit is inderdaad een vaststelling die we delen en waarmee we gehoor zouden willen vinden bij de officiële instanties en de overheid. Niet alleen om ons werk gevaloriseerd te zien maar ook om specifieke opleidingen te kunnen verzekeren die academisch omkaderd zijn en dus bijdragen aan een kwalitatieve, efficiënte en continue zorg.

Als een kind bijvoorbeeld niet erkend en behandeld wordt voor hersenverlamming voor het zeven jaar is, dan heeft het geen recht meer op die code.

We moeten het ernstig zieke of gehandicapte kind ook helpen opdat het normaal onderwijs kan volgen. We kunnen daarbij een zeer belangrijke rol vervullen. Het kan bijvoorbeeld gebeuren dat we het best geplaatst zijn om aan een leerkracht uit te leggen hoe hij/zij spalken moet aanbrengen of hoe hij/zij het gebruik van de hulpmiddelen voor mobiliteit moet superviseren in de school die door het kind bezocht wordt. Er bestaat geen enkele code voor het vervullen van deze rol die nochtans evident is voor wie het werkveld kent.

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

E.C.: Een ander voorbeeld is de evaluatie van het gedrag, de bewegingen en de verplaatsingen van de jonge patiënt, om de tekortkomingen van de tests die niet representatief zijn voor de globale situatie van het kind te ondervangen. We vragen de ouders om hun kinderen te filmen in hun dagelijkse omgeving. Daarna moeten we de tijd nemen om de films te bekijken en systematisch te noteren wat er kan verbeterd worden, behandeld worden, enz.

Kortom, de pediatrische kinesitherapie vergt enorm veel tijd om het werk volledig en efficiënt te kunnen doen.

Uitwisseling van goede praktijken, aanbevelingen, opleidingen, specifieke codes, er is werk aan de winkel?

E.C. – S.V.: [lachen] ... Ja! En hoe belangrijk is het niet om de maatschappelijke evoluties te kunnen bijbenen. En u moet weten dat we als geconventioneerde zelfstandigen 21,08 euro bruto ontvangen voor een sessie van minstens 30 minuten (per patiënt en zonder rekening te houden met alles wat buiten die sessie nog moet gebeuren). No comment. En laten we ook niet vergeten dat het maximum van 20 patiënten per dag (een regel opgelegd door het RIZIV) moeilijk te halen is, rekening houdend met het geduld en de energie die nodig zijn om al die gezinnen en kinderen in nood te helpen.

Bedankt voor het interview en veel succes met de BVPK.

Interview afgenomen door Emmanuelle Vanbesien, coördinatrice Hospichild.

(vertaling: Caroline Claeys)