

Katrien Mertens, Nathalie Ansoms, Beni Kerkhofs,  
Annemiek van Rhijn en Berten Ceulemans<sup>1</sup>

## Kinderen en jongeren met een niet-aangeboren hersenletsel: beïnvloedende factoren op het re-integratieproces<sup>2</sup>

---

*Zowel voor volwassenen als voor kinderen betekent een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) het begin van een lange weg naar revalidatie en re-integratie. Naast de meest opmerkelijke motorische beperkingen worden ze vaak geconfronteerd met neuropsychologische gevolgen op lange termijn. Als team van Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren weten we uit ervaring dat na een al of niet langdurige revalidatieperiode de re-integratie van kinderen en jongeren met NAH in de maatschappij niet altijd van een leien dakje loopt. Om dit verder te objectiveren, organiseerden we een bevraging van ouders met als doel een beter zicht te krijgen op de problemen en behoeften van kinderen en jongeren met NAH na de revalidatieperiode. Uit de resultaten blijkt dat 41 procent van de kinderen en jongeren na een aanvankelijk goede schooloriëntatie nog van school moet veranderen. Ouders merken op dat extra ondersteuning op school hun kind helpt. Ze zijn ook vaker uitgesproken tevreden over hun integratie wanneer een extra begeleidingsaanbod wordt voorzien. Volgens de ouders heeft 45 procent van hun kinderen moeite met het onderhouden van sociale contacten met leeftijdgenoten. Ze brengen persoonlijkheidsveranderingen, alsook de soms inadequate reacties en het gebrek aan initiatiefname hiermee in verband. Dat NAH niet alleen het kind maar ook het gezin treft, blijkt eveneens. 41 procent van de ondervraagde ouders ervaart moeilijkheden in het gezinsfunctioneren. Verregaande aanpassing van gezinsleden, de focus op het kind met NAH en het vermijden van groepsactiviteiten verhogen*

---

<sup>1</sup> Katrien Mertens (kinderpsychologie), Nathalie Ansoms (kinderpsychologie), dr. Beni Kerkhofs (algemene coördinatie), dr. Annemiek van Rhijn (fysische geneeskunde) en prof. dr. Berten Ceulemans (kinderneurologie) zijn allen verbonden aan Pulderbos, Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren te Zandhoven. Contactadres: [info@revapulderbos.be](mailto:info@revapulderbos.be)

<sup>2</sup> Dit artikel verscheen eerder in het Tijdschrift voor Geneeskunde (2008), 64, nr. 3 onder de rubriek 'Klinische bijdragen' en wordt met toestemming van de auteurs overgenomen.

*het risico op sociaal isolement van deze gezinnen. De resultaten van ons onderzoek bevestigen het klinisch vermoeden dat re-integratie na revalidatie voor kinderen en jongeren met NAH niet altijd makkelijk verloopt. Vele kinderen en hun gezinnen worden geconfronteerd met gevolgen op langere termijn en hebben behoefte aan voortgezette professionele opvolging en begeleiding. Vanuit het revalidatiecentrum trachten we hieraan tegemoet te komen door op scharniermomenten in de ontwikkeling weekobservaties te organiseren voor neurologische en neuropsychologische check-up voor deze kinderen en jongeren. Een goede herevaluatie, alsook een uitgebreid adviesgesprek met het kind en zijn ouders en professionele hulpverlening maken het mogelijk om het re-integratieproces weer op gang te brengen.*

## ■ Inleiding

Een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kan voor de betrokkene een complexe problematiek veroorzaken met een verscheidenheid aan problemen. In vele gevallen zullen deze hun invloed uitoefenen op lange termijn (Brusselmans, Lannoo, Van Eynde & Van Laere, 2000). Naast de meest zichtbare motorische beperkingen kunnen bij personen met NAH ook psychosociale factoren moeilijkheden veroorzaken bij hun re-integratie in de maatschappij (Ansoms & Vinkx, 1999). Niet alleen volwassenen, maar ook kinderen en jongeren kunnen worden geconfronteerd met een NAH. Bij deze laatste groep gaat het voornamelijk om hersenletsels ten gevolge van een verkeersongeval, een val, een hersentumor of een infectieziekte.

Onderzoek naar de gevolgen van NAH leverde uiteenlopende resultaten op, aangezien meerdere factoren het resultaat van de revalidatie bepalen

(Ewings-Cobbs & Barnes, 2002). De aard van het hersenletsel, de hersenplasticiteit, de leeftijd en het behaalde ontwikkelingsniveau vóór het verwerven van het hersenletsel spelen een belangrijke rol. Ook omgevingsfactoren kunnen het verloop van de revalidatie en de resultaten ervan sterk beïnvloeden.

Er is echter weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar betreffende de psychosociale gevolgen van een hersenletsel bij kinderen en jongeren. Toch is het belangrijk hierover wetenschappelijke informatie te verzamelen om een optimale hulpverlening aan deze doelgroep te kunnen aanbieden.

Als eerste aanzet organiseerde Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren een bevraging van ouders met als doel de problemen en behoeften van hun kinderen en jongeren met NAH na de revalidatieperiode in kaart te brengen. We richten ons daarbij vooral op de gevol-

gen van neuropsychologische uitval-  
len op het re-integratieproces. Tevens  
vroegen we ons af hoe Pulderbos  
– Revalidatiecentrum voor kinderen en  
jongeren meer tegemoet kan komen  
aan deze behoeften.

Deze studie draagt bij tot de verdere  
uitbouw van het zorgaanbod van het  
centrum.

## ■ Methode

### Doelgroep

Met de bevraging trachtten we inlichtingen te bekomen over een bepaalde groep kinderen en jongeren die werden opgenomen in Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren voor revalidatie na het verwerven van een hersenletsel op een leeftijd tussen 0 en 21 jaar. Het gaat om een groep kinderen die bij ontslag een schoolgerechtigde leeftijd en een score van minstens 4 of 5 op de ‘Glasgow Outcome Scale’ (GOS) had. Een GOS-score 5 betekent dat men kan terugkeren naar het gewone leven, ondanks eventuele tekortkomingen (normaal onderwijs, buitengewoon onderwijs type 8 en opleidingsvorm 4, gewoon leef- en werkmilieu). Een GOS-score 4 duidt op de mogelijkheid tot integratie mits aangepast onderwijs en de nodige begeleiding.

Kinderen en jongeren met NAH van wie de integratie in de maatschappij

voornamelijk wordt bemoeilijkt door hun onstabiele medische toestand of door motorische en communicatieve beperkingen, zijn niet opgenomen in de doelgroep. Ook kinderen en jongeren uit heel zwakke sociale milieus kwamen niet in aanmerking, om de mogelijke invloed hiervan op de gemeten variabelen uit te sluiten. Een verstandelijke handicap of zwakkere begaafdheid bij ouders werd als uitsluitingscriterium gehanteerd.

### Vragenlijst

Als werkinstrument werd een zelfontworpen semigestructureerde vragenlijst gebruikt, die peilde naar ervaringen en belevingen van de ouders m.b.t. de re-integratie van hun kind met NAH. Concreet werd ingezoomd op de mogelijke gevolgen van het verwerven van een hersenletsel op het gebied van functioneren in de school, het sociaal milieu en het gezin. Tevens werd nagegaan welke vrije suggesties ouders doen aan de hulpverlening.

In totaal werden 132 vragenlijsten aan ouders verstuurd. Daarvan werden er 32 (+25%) terugbezorgd; 29 hiervan waren voldoende ingevuld voor gebruik in deze studie.

Het niet meer geconfronteerd willen worden met deze moeilijke periode uit hun leven was, zo bleek uit enkele telefonische contacten, de voornaamste reden waarom de vragenlijsten niet werden ingevuld.

## ■ Resultaten

### Algemeen

In totaal waren 29 kinderen en jongeren met NAH betrokken. Tabel 1 geeft een overzicht van enerzijds de leeftijden waarop het hersenletsel werd verworven en anderzijds de leeftijden van de kinderen en jongeren op het ogenblik van de bevraging.

De integratie van kinderen en jongeren met NAH verloopt niet altijd van een leien dakje, maar ze is ook niet altijd problematisch. Cijfers uit tabel 2 tonen aan dat 35 procent (n=10) van de bevroegde ouders tevreden is over het re-integratieproces. Ongeveer 40 procent (n=12) is matig tevreden en ongeveer 25 procent (n=7) is echt niet tevreden.

Bij de bespreking van de resultaten spitsen we ons verder toe op de gevolgen van NAH op drie samenlevingsdomeinen, met name het functioneren in de school, het sociaal milieu en het gezin. Ongeveer 45 procent (n=13) van de ouders meldt problemen op een of meerdere samenlevingsdomeinen. Opmerkelijk is dat er bijna altijd op de drie domeinen problemen ontstaan (zie tabel 3).

### Gevolgen van NAH voor het schools functioneren

#### Schoolse problemen

Nogal wat kinderen en jongeren met een verworven hersenletsel veranderen van school tijdens hun studieloopbaan. Dit houdt onder meer verband met een tekort aan mogelijkheden, maar ook

Tabel 1: Aantal kinderen en jongeren volgens leeftijd bij trauma en actuele leeftijd

Groepen	Verdeling groepen	Aantal
Leeftijd bij trauma	peuterleeftijd (< 3 jaar)	1
	kleuterleeftijd (3-6 jaar)	5
	lagereschoolleeftijd (6-12 jaar)	10
	secundaireschoolleeftijd (12-18 jaar)	13
	hogereschoolleeftijd (18-21 jaar)	0
Actuele leeftijd	peuterleeftijd (< 3 jaar)	0
	kleuterleeftijd (3-6 jaar)	2
	lagereschoolleeftijd (6-12 jaar)	4
	secundaireschoolleeftijd (12-18 jaar)	11
	hogereschoolleeftijd (> 18 jaar)	12

Tabel 2: Algemene tevredenheid over het re-integratieproces

	Leeftijd bij trauma					
	Aantal personen (n = 29)	peuter- leeftijd (n = 1)	kleuter- leeftijd (n = 5)	lagere- school- leeftijd (n = 10)	secun- daire- school- leeftijd (n = 13)	hogere- school- leeftijd (n = 0)
Tevreden	10	1	2	1	6	0
Matig tevreden	12	0	2	6	4	0
Niet tevreden	7	0	1	3	3	0

met aanpassingsmoeilijkheden. Aan de andere kant kunnen scholen niet altijd de nodige aanknopingspunten bieden (studierichting, niveau, aanpassingen), waardoor een schoolverandering zich opdringt (tabel 4).

Uit de antwoorden van de ouders blijkt dat zowel cognitieve als gedragsproblemen aan de basis kunnen liggen van schoolse moeilijkheden bij hun kind met NAH. Cognitieve en gedragsproblemen worden gemeld bij respectievelijk 38 (n=11) en 48 procent (n=14) van de bevraagde populatie. De voornaamste cognitieve

factoren die scholen falen verklaren, zijn volgens ouders het trager tempo van hun kind, taalproblematiek, geheugen- en concentratieproblemen en moeilijkheden met planning en organisatie (zie tabel 5).

De voornaamste gedragsmoeilijkheden op school die worden gemeld, zijn frustraties, onaangepast gedrag en het gebrek aan ziekte-inzicht. Bepaalde gedragsproblemen kunnen worden verklaard vanuit het verworven hersenletsel. Daarnaast komen secundaire gedragsproblemen voor die eerder verbonden zijn aan de

Tabel 3: Gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel op drie samenlevingsdomeinen

	Aantal personen (n = 29)
Schoolse moeilijkheden	11
Verstoorde interpersoonlijke relaties	13
Verstoord gezinsfunctioneren	12
Geen informatie/n.v.t.	7

Tabel 4: Aantal kinderen en jongeren die veranderen van school

	Aantal personen (n = 29)	Actuele leeftijd schoolgaande kinderen				
		peuter- leeftijd (n = 0)	kleuter- leeftijd (n = 2)	lagere- school- leeftijd (n = 4)	secun- daire- school- leeftijd (n = 11)	hogere- school- leeftijd (n = 12)
Geen verandering van school	12	0	2	1	5	4
Wel verandering van school	12	0	0	3	3	6
Reden binnen patiënt	7	0	0	2	0	5
Reden buiten patiënt	5	0	0	1	3	1
Geen informatie/n.v.t.	5	0	0	0	3	2

veranderde mogelijkheden en omgevingsvariabelen (tabel 6).

### Ondersteuning

Hawley, Ward, Magnay en Mychalkiw (2004) besluiten dat vele kinderen met NAH na hun revalidatie terugkeren naar school zonder de nodige ondersteuning. Vaak worden scholen niet ingelicht over de

mogelijke cognitieve en gedragsmatige gevolgen van een hersenletsel (Kerkhofs & Ansoms, 2002). De compenserende maatregelen in de scholen zijn eerder gericht op de fysieke dan op de cognitieve beperkingen van deze kinderen. Communicatie vanuit ziekenhuizen naar scholen, of tussen scholen onderling bij een schoolverandering, is vaak beperkt en ontoereikend.

Tabel 5: Cognitieve problemen

	Aantal personen (n = 29)
Trager tempo	5
Taal	4
Geheugen	4
Organiseren	3
Concentratie	1
Geen informatie/n.v.t.	18

Tabel 6: Gedrag en beleving op school

	Aantal personen (n = 29)
Trager tempo	5
Frustraties	6
Onaangepast gedrag	2
Geen hulp aanvaarden	1
Impulsiviteit	1
Weinig ziekte-inzicht	3
Weinig zelfvertrouwen	2
Zwart-witdenken	1
Zich niet thuis voelen	1
Angstig	1
Depressief	1
Geen informatie/n.v.t.	15

Tabel 7: Aantal kinderen en jongeren met extra begeleiding gedurende minstens 1 jaar tijdens schoolcarrière

	Aantal personen (n = 29)
Geen extra begeleiding	11
Wel extra begeleiding	15
Begeleiding schoolteam	13
Begeleiding therapeutisch team	10
Geen informatie/n.v.t.	3

Tabel 8: Algemene tevredenheid van ouders over de algemene schoolse opvang van hun kind met een niet-aangeboren hersenletsel

	Aantal personen (n = 29)
Positief	14
Matig	0
Negatief	4
Geen informatie/n.v.t.	11

*Tabel 9: Tevredenheid van ouders over de algemene schoolse opvang van hun kind met een niet-aangeboren hersenletsel na extra begeleiding van het kind*

	Aantal personen (n = 15)
Positief	10
Matig	2
Negatief	1
Geen informatie/n.v.t.	2

Uit de bevraging die Pulderbos organiseerde, blijkt dat ongeveer de helft van de kinderen en jongeren met NAH (n=15/29) tijdens hun schoolloopbaan gedurende minstens één jaar een vorm van extra begeleiding kreeg. Sommigen kregen deze begeleiding vanuit het schoolteam, met name vanuit een Centrum voor leerlingbegeleiding (CLB), door middel van GON-begeleiding, door de leerkracht of onder de vorm van specifieke, bijkomende studie- en stagebegeleiding. Anderen kregen extra begeleiding vanuit een therapeutisch team, meer bepaald van een logopedist, ergotherapeut, kinesist, opvoed(st)er of maatschappelijk assistent.

Over het algemeen is 1 op 2 (n=14/29) van de ondervraagde ouders tevreden over de schoolse opvang van de kinderen met NAH. Ouders van kinderen die extra begeleiding kregen, zijn vaker uitgesproken tevreden over de schoolse opvang, met name in 66 procent (n=10/15) van de gevallen (zie tabellen 7, 8 en 9).

### Suggesties van ouders

Op het einde van elk onderdeel werd ruimte gelaten voor vrije suggesties van ouders. Ouders dringen aan op een goede afstemming en communicatie tussen de betrokken hulpverleners en de school om de continuïteit van de hulpverlening te waarborgen. In sommige gevallen is een overstap naar een andere onderwijsvorm noodzakelijk, maar dit is voor het kind en de ouders niet evident. Het eerste contact met een nieuwe school is heel belangrijk. Ouders wensen de problematiek van hun kind toe te lichten en willen dat er daadwerkelijk wordt geluisterd.

Vaak voelen ouders zich niet begrepen. Een goede briefing aan scholen door experts in de startfase en een goede opvolging achteraf komen tegemoet aan de behoefte aan een juiste duiding van de problemen. Ouders vinden het belangrijk dat CLB's en ook leerkrachten worden gesensibiliseerd en geïnformeerd over kinderen en



Tabel 10: Perceptie van ouders over het sociaal functioneren van hun kind met een niet-aangeboren hersenletsel

	Aantal personen (n = 29)
Moeizame sociale contacten	13
Geen behoefte aan sociale contacten	6
Goede sociale contacten	6
Geen informatie/n.v.t.	4

jongeren met NAH. Tevens stellen ze extra begeleiding in de school door het schoolteam, een therapeutisch team of een combinatie op prijs.

## Gevolgen van NAH voor het sociaal functioneren

### Sociale moeilijkheden

45 procent (n=13) van de bevroegde ouders geeft aan dat hun kind moeite heeft met het onderhouden van sociale contacten met leeftijdgenoten. 1 op 5 (n=6) vertelt dat hun kind geen of weinig behoefte heeft aan sociale contacten, wat kan leiden tot sociaal isolement. Ouders menen dat persoonlijkheidsveranderingen, inadequate reacties en het gebrek aan initiatiefname hiervoor als oorzaken kunnen worden aangeduid.

Adolescenten met NAH maken zich vaak zorgen om hun uiterlijk en hebben schrik dat ze minder aantrekkelijk zijn. Bij jongere kinderen handelt deze bezorgdheid over het verschil met leeftijdgenoten dat optreedt ten

gevolge van motorische beperkingen bij fysieke activiteiten (tabel 10) (Baldwin, Demellweek & O'Leary, 1998).

### Suggesties van ouders

Ouders geven vanuit hun eigen ervaringen aan dat ze in hun zoektocht naar sociale activiteiten een zeer beperkt aanbod aan aangepaste ontspanningsmogelijkheden vinden. Vaak kan de vrije tijd van hun kind niet langer worden ingevuld zoals voorheen, wat leidt tot frustratie en sociaal isolement. Ze worden al snel verwezen naar activiteiten voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. Leeftijdgenoten kennen dikwijls de impact niet van NAH, zodat de persoon met NAH zich niet begrepen voelt. Sensibilisatie van leeftijdgenoten is aangewezen, zodat integratie in bestaande clubs mogelijk wordt. Daarnaast is er behoefte aan contact met lotgenoten in een ontspannen sfeer, wat niet of slechts in zeer beperkte mate wordt georganiseerd.

## Gevolgen van NAH voor het gezinsfunctioneren

### Moeilijkheden

41 procent (n=12) van de bevroegde ouders meldt moeilijkheden in het gezinsfunctioneren. Dit heeft er voornamelijk mee te maken dat alle gezinsleden zich moeten aanpassen aan de persoon met NAH. Vaak heeft het kind veel meer aandacht, hulp en structuur nodig dan voorheen. Ook dreigt een sociaal isolement, omdat de jongeren – en vaak ook de ouders – drukere sociale situaties willen vermijden. Slechts enkele bevroegde gezinnen hebben professionele hulp bij een psycholoog, pedagoog of maatschappelijk assistent gezocht en verkregen.

### Suggesties van ouders

Er is nood aan een opvangnetwerk tijdens en na de revalidatie, waarbij naast (para)medische hulp vooral psychosociale en onderwijskundige begeleiding nodig is. Vaak is individuele begeleiding van de persoon met NAH en diens omgeving aangewezen. Dit kan eventueel via thuisbegeleiding. De reflex bij ouders om deze hulp actief te zoeken is echter niet altijd aanwezig. Anderzijds is het voor de hulpverleners niet makkelijk om op het juiste ogenblik het juiste begeleidingsvoorstel te doen, aangezien zowel de persoon met NAH als zijn omgeving op dat moment de behoefte ook zelf moeten aanvoelen en de hulp willen aanvaarden.

Ouders geven aan dat de moeilijkheden in het gezinsfunctioneren pas zullen afnemen als er meer nadruk wordt gelegd op al wat nog wel mogelijk is in plaats van zich te richten op de beperkingen.

## ■ Interdisciplinaire check-up

In Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren krijgen kinderen tijdens hun revalidatie naast hun medische en paramedische behandeling ook psychopedagogische, sociale en onderwijskundige begeleiding. Hun maatschappelijke integratie wordt zo goed mogelijk voorbereid. Zo nodig wordt een hulpverleningsnetwerk uitgebouwd bij het verlaten van het centrum. Toch wijst de praktijk uit dat er vooral opnieuw problemen opduiken op scharniermomenten in de ontwikkeling van kinderen en jongeren (onderwijsovergangen, overstap naar werk, enz.). Gebaseerd op onze eigen ervaring (meer dan twintig jaar) hebben we nog altijd de indruk dat dit veelal te maken heeft met over- en/of onderschatting van mogelijkheden door de persoon met NAH zelf en diens omgeving en de frustraties en discussies die hiermee samenhangen.

Het gevaar bestaat dat discontinuïteit in de hulpverlening ontstaat met als gevolg dat kinderen en hun ouders in een neerwaartse spiraal terechtkomen. Vaak is er nood aan extra begeleiding en meer inzicht in de problematiek, als-

ook aan tips voor een betere omgang ermee. Daarom is het belangrijk dat er op deze momenten een duidelijk bilan wordt opgemaakt van de reële mogelijkheden van de jongere met NAH, zowel (para)medisch, neuropsychologisch als orthopedagogisch, en dat eventuele problemen worden geduid. Dit bilan kan weer aanknopingspunten bieden voor de jongere zelf, diens familie en de omgeving waarin hij terechtkomt.

Om tegemoet te komen aan deze nood, biedt het revalidatiecentrum sinds kort de mogelijkheid tot weekopnamen met als doelstelling kinderen en jongeren met NAH, hun ouders en de bestaande hulpverlening te adviseren over mogelijke toekomstopties of behandelingsalternatieven. Tijdens de weekobservatie worden de kinderen en jongeren uitgebreid neurologisch, (para)medisch en neuropsychologisch onderzocht. Tevens bestaat de mogelijkheid tot pedagogische observatie.

## ■ Bespreking en besluit

Het verwerven van een hersenletsel is confronterend, zowel voor de patiënt als zijn omgeving. Dit geldt evenzeer voor kinderen en jongeren. Naast motorische beperkingen, die het meest zichtbaar zijn, is het uit de klinische praktijk duidelijk dat neuropsychologische en gedragsstoornissen als gevolg van het niet-aangeboren hersenletsel vaak een sterke belemmering vormen

voor het slagen van het re-integratieproces. Wetenschappelijk onderzoek hierover in België is schaars.

Onze studie, uitgevoerd als halfgestructureerde vragenlijst bij ouders van kinderen en jongeren die een tijd lang revalideerden in Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren, bevestigt deze stelling. Ondanks het eerder beperkte aantal deelnemers aan de studie, kunnen toch een aantal tendensen worden afgelijnd.

Hoewel het re-integratieproces in heel wat gevallen niet problematisch verloopt, geeft een kwart van de onderzochte ouders aan niet tevreden te zijn over de re-integratie van hun kind in de maatschappij. Enerzijds heeft dit te maken met de problematiek van hun kind zelf, maar anderzijds ook met een ontoereikend antwoord op hun ondersteuningsvraag. Deze vragen zijn vaak complex en stellen zich op verschillende samenlevingsdomeinen, zoals het functioneren in de school, het sociaal milieu en het gezin. Veelal is op verschillende domeinen hulp nodig. Hulpvraag en hulpaanbod zijn echter niet altijd op elkaar afgestemd.

Dit heeft duidelijk ook te maken met het vaak heel individuele karakter en de bijzonder specifieke problematiek van een verworven hersenletsel. De verschillende hulpverleningsorganisaties zijn niet altijd op elkaar afgestemd, wat soms leidt tot discontinuïteit

in het zorgaanbod. Dit houdt ongetwijfeld verband met de versnipperde zorgorganisatie en de verdeeldheid over medische/paramedische hulpverlening, onderwijs, begeleidingsdiensten en sociale voorzieningen.

Ook de verwachtingen van jongeren en hun ouders over de benodigde zorg in de verschillende begeleidingsfasen is bepalend voor het aangeboden ondersteuningspakket.

Vooraf de neuropsychologische problemen ten gevolge van NAH zijn soms onduidelijk en komen vaak pas later in het revalidatieproces op de voorgrond. Dit wordt niet altijd als dusdanig herkend en in een aantal gevallen ook niet meer in relatie gebracht met het NAH-probleem. Nogal eens lopen kinderen en jongeren een tijdje na hun 'officiële' revalidatiefase vast en bestaat het gevaar dat ze in een negatieve spiraal van wederzijds onbegrip en herhaalde faalervaringen terechtkomen. Vaak komt dit voor op scharniermomenten in hun ontwikkeling of wanneer belangrijke onderwijs- of arbeidskeuzen moeten worden gemaakt. Tijdens en na de revalidatiefase is er daarom nood aan goede procesondersteuning. Elke hulpverleningsorganisatie draagt hierin verantwoordelijkheid, hetzij door zelf de hulp op zich te nemen, hetzij door gericht te verwijzen. Dit veronderstelt voldoende kennis van het hulpverleningsaanbod aan kinderen en jongeren met NAH en bereidheid tot het

doorspelen van relevante informatie. Scholen en CLB's spelen een belangrijke rol in de samenwerking met deze gespecialiseerde diensten. De resultaten van deze studie tonen immers aan dat extra begeleiding in de scholen leidt tot een grotere tevredenheid bij de ouders.

Gebaseerd op de bestaande zorgvraag en gesteund door de resultaten van dit onderzoek startte Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren onlangs met kortdurende herevaluaties (weekopnamen) van kinderen en jongeren met een neurologische problematiek (waaronder NAH en epilepsie). Het is de bedoeling om aan de hand van een uitgebreid medisch-neuropsychologisch en sociaal-pedagogisch onderzoek, ouders en bestaande hulpverlening in te lichten over de mogelijke toekomstopties en behandelingsalternatieven. Deze gerichte herevaluaties kunnen bijdragen tot een betere (re-)integratie van kinderen en jongeren met NAH in de maatschappij.

Tevens kan het ouders en hulpverleners aanzetten zich te verenigen in een sluitend netwerk rond de persoon met NAH. Intersectoriële samenwerking tussen revalidatievoorzieningen, onderwijs en hulpverlening, ondersteund door expertisecentra, vormt immers de beste waarborg tot een verhoogde slaagkans op re-integratie van een persoon met NAH in de maatschappij.

## ■ Mededeling

---

Deze studie kadert in een project van het Levenslijn Kinderfonds 'Een betere opvang voor jonge verkeersslachtoffers' (geen belangenconflict gemeld).

## ■ Referenties

---

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington (DC): APA.

Ansoms, N., & Vinkx, R. (1999). *Cognitieve en gedragsmatige gevolgen van hersentrauma bij kinderen en jongeren*. Zandhoven: Pulderbos – Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren (niet-gepubliceerde uitgave).

Baldwin, T., Demellweek, C., & O'Leary, A. (1998). Emotional, behavioural, and social difficulties. In R. Appleton & T. Baldwin T. (Red.), *Management of brain injured children*. Oxford: Oxford University Press.

Brusselmans, W., Lannoo, E., Van Eynde, L., & Van Laere, M. (2000). *Behoeftelinventarisatie van personen met een niet-aangeboren hersenletsel. Eindrapport juli 2000*. Gent: Universitair Ziekenhuis, Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie.

Ewings-Cobbs, L., & Barnes, M. (2002). Linguistic outcomes following traumatic brain injury in children. *Seminars in Pediatric Neurology*, 3, 209-217.

Hawley, C.A., Ward, A.B., Magnay, A.R., & Mychalkiw, W. (2004). Return to school after brain injury. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 136-142.

Kerkhofs, B., & Ansoms, N. (2002). Onderwijskundige aspecten bij de revalidatie van jonge kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel. *Vlaamse Studiegroep Vroegbehandeling en Ontwikkelingsbegeleiding*, 14, 25-35.