

Ergotherapie en het Johnstone Concept: een visie.

Walter Habils

Onderstaand artikel wordt gepubliceerd met akkoord van de auteur. Het auteursrecht berust bij de auteur. Het artikel werd eerder gepubliceerd in Acta Ergotherapeutica Belgica 4-97, december 1997, p5-11.

Walter Habils is verantwoordelijke ergotherapie in het regionaal ziekenhuis H.Hart te Leuven en werkt daar o.a. met CVA-patiënten. Hij volgde de twee Bobath-cursussen en verdiept zich sinds 1990 in het Johnstone Concept. Hij werkte mee aan de videoproductie over ergotherapie in het Johnstone Concept die op EURO-ERGO 92 voorgesteld werd. Sinds 2002 is hij een erkend Johnstone instructor.

Het hoeft geen verwondering te wekken dat een aantal zaken in een stroomversnelling lijken te zitten. Na jaren hard labeur van enkele dappere en goede zielen hebben we eindelijk onze akten. Tegelijkertijd vragen ergotherapeuten in verschillende sectoren zich af hoe zij zich kunnen en moeten profileren. Zo ook bij enkele ergotherapeuten die werken in de branche van de neurologische revalidatie van volwassen en geriatrische patiënten.

Hoe zeer wij ook doordrongen zijn van het belang van het teamgebeuren waarin wij een radertje zijn, waar het eigenlijk niet zo belangrijk is wie wat doet zolang het maar gebeurt, tóch moeten wij beseffen dat het pure noodzaak is om af en toe eens stil te staan en ons af te vragen wat onze inbreng is in dat team. Als we alert blijven voor wat er rond ons gebeurt, lijkt het mij zelfs belangrijk hier niet te lang mee te wachten als we niet het risico willen lopen dat binnenkort anderen voor ons zullen beslissen dat ze ook zonder ons verder kunnen.

Eenzijds zijn er de geplande besparingen in de gezondheidssector en de hervormingen binnen de opleiding kinesitherapie.

Anderzijds beseffen steeds meer kinesisten, onder invloed van wetenschappelijk

onderbouwde inzichten over „motor learning“, dat normaal bewegen maar geleerd kan worden via doelgerichte, zinvolle activiteiten. Op dit domein voelen wij, ergotherapeuten, ons van nature thuis. In onze zoektocht om de neurologische concepten (die oorspronkelijk alleen voor kinesisten waren uitgewerkt) te begrijpen en te beheersen hebben wij ons vaak op het terrein van de kinesitherapie bewogen. Dit was een noodzakelijke tussenstap om ons ergotherapeutisch handelen in overeenstemming te brengen met deze concepten.

In hún zoektocht om meer doelgerichte, zinvolle opdrachten in hun revalidatiesettings te brengen komen kinesisten nu inspiratie halen in ergotherapeutische activiteiten. We zien dus het omgekeerde gebeuren : tot zover geen probleem en succes gewenst.

Wanneer sommige kinesisten echter claimen dat het gebruik van deze verschillende materialen vanaf nu hún domein is, dan hebben we wél een probleem. Nelson (1996) kan niet verkeerd begrepen worden als hij schrijft:

Carr and Shepherd (1987) wrote eloquently about how everyday situations, such as a glass of water, can elicit therapeutic patterns of movement, such as a good handpath, in patients with neuromusculair disorders. However, Carr and Shepherd, neither occupational therapists, do not once cite occupational therapy or its history of using everyday occupational forms to promote therapeutic patterns of movement.

Er is de laatste jaren zo'n belangrijke evolutie aan de gang, zowel in concepten en onze kennis ervan als in beroepsprofielen, dat de grenzen soms vaag geworden zijn.

Volgens Hagedorn (1995) zijn er vier basiscomponenten om van ergotherapie te kunnen spreken: de persoon, de occupatie, de therapeut en de omgeving. Wil een interventie ergotherapeutisch zijn dan moeten de vier elementen aanwezig zijn en op elkaar inwerken. Hagedorn stelt dat „occupatie“ heel ruim geïnterpreteerd mag worden. Ontbreekt „occupatie“ echter dan kan de interventie wel therapeutisch zijn, maar is ze niet ergotherapeutisch.

Met de opkomende populariteit van het Bobath Concept in de revalidatie van volwassen en geriatrische CVA-patiënten in Vlaanderen medio 1980, stonden we voor het probleem dat wel gezegd werd wat niet meer mocht (geen compensatietraining, geen unilaterale activiteiten, geen hulpmiddelen, geen rolstoeltraining...), maar dat we zelden hoorden welke activiteiten wel konden zonder in conflict te komen met de NDT principes. Plots waren we

alleen nog goed genoeg om de mensen bezig te houden. Het ging zelfs zo ver dat door sommigen gesuggereerd werd dat er voor ons geen taak was weggelegd zolang willekeurige motoriek niet bereikt was omdat elke activiteit compensatiegedrag uitlokte. Toch wilden we actief aanwezig zijn in het revalidatiegebeuren, ook in het vroegste stadium. Met Eggers als aanvankelijk enige ergotherapeutische handleiding is ieder van ons zijn of haar zoektocht begonnen binnen de verschillende neurologische concepten. Tijdens deze zoektocht was het element „occupatie“ niet altijd aanwezig of duidelijk in ons therapeutisch handelen.

Wat het Johnstone Concept betreft is voor mij het moment gekomen om eens stil te staan, een visie op basis van de verworven inzichten te formuleren en in discussie te gaan met anderen.

Margaret Johnstone? Even voorstellen ...

Margaret Johnstone is ongetwijfeld één van de meest eminente (nog levende) „physiotherapists“ in Groot-Brittannië en in de hele wereld. Zij heeft lang moeten wachten om de waardering te krijgen die haar toe komt, maar haar concept is thans niet meer weg te denken uit de wereld van de revalidatie van volwassen CVA-patiënten. Het concept is nog steeds in volle evolutie en verlegt zijn grenzen : Ann Thorp, een zus van Margaret, werkte het concept uit voor de revalidatie van M.S.-patiënten, op dit moment zijn spalken beschikbaar voor en worden de eerste stappen gezet in de revalidatie van kinderen met aangeboren of verworven neurologische deficits, nieuwe hulpmiddelen worden ontwikkeld en ook op vlak van de theorievorming komt er een verfijning en verdieping op gang (o.a. invloeden van „motor learning“, Butler,...). Sinds kort zijn op de Belgische markt een reeks nieuwe spalken ter beschikking in aanvulling van het reeds bestaande gamma voor revalidatie van CVA-patiënten.

Niettegenstaande de soms sterke gelijkenissen met het Bobath-concept, is Johnstone deze methode pas in de tweede helft van de jaren 70 beginnen te bestuderen. Zelf zegt ze hierover : “Het lijkt me juist te zeggen dat mijn behandeling in het algemeen berust op wat ik persoonlijk *een verstandige opvatting* vind van de methode Bobath.” (1980, p.10) De basis voor haar behandeling haalde Johnstone bij professor Norman Dott, toen zij werkte op zijn afdeling voor oorlogsslachtoffers met schotwonden aan het hoofd. Opvallend is het gebruik van de door haar ontwikkelde opblaasbare drukspalken, van een

aangepaste schommelstoel en het gebruik van intermitterende druk bij zware sensorische uitval.

Sinds 1965 bestudeert Margaret Johnstone de problematiek bij chronische CVA-patiënten. Ze degradeerde zich zelfs om een post te kunnen bekleden in een ziekenhuis voor chronische patiënten, waardoor zij vrije toegang had tot hemiplegiekers die niet revalideerden en met zware residuele handicaps achterbleven. De laatste jaren heeft ze voornamelijk gewerkt met jonge slachtoffers van een hersentrauma.

Vanuit een lange klinische ervaring schreef zij vijf boeken, waarvan het laatste, *“Restoration of Normal Movement after Stroke”*, in 1995 verscheen.

In 1996 verscheen de derde editie van *“Home Care for the Stroke Patient”*. Ten bate van de computeradepten werd, op basis van dit boek, ook een CD-ROM ontwikkeld waardoor therapeuten gepersonaliseerde oefenprogramma’s kunnen selecteren en meegeven.

Op een drafje: het Johnstone Concept.

Wie kennis wil maken met het concept vindt een basis in de boeken die Margaret Johnstone heeft geschreven. Wie vertrouwd wil geraken met het correct gebruik van de spalken en op de hoogte wil blijven van de laatste tendensen, is aangewezen op de schaarse cursussen die in Vlaanderen worden georganiseerd of moet richting buitenland trekken. In België zijn er wel plannen om een Johnstone vereniging op te starten maar die bevinden zich nog in een embryonaal stadium.

Johnstone vertrekt van de vaststelling dat heel wat CVA-patiënten problemen ondervinden op vlak van inhibitie van bepaalde bewegingen en stoornissen hebben op proprioceptief vlak. Hiernaast kunnen nog cognitieve en neuropsychologische dysfuncties roet in het eten gooien.

Het rehabilitatieconcept dat zij voorstelt houdt zich bezig met spieren en bewegingen en richt zich vooral op het fysiek getroffen slachtoffer. (1995, p.8) Niettegenstaande de beperkingen die Johnstone zichzelf oplegt merken we dat ze, door haar manier van werken, ook invloed uitoefent op sommige cognitieve en neuropsychologische stoornissen (concentratie, structuratie, neglect, ruimtegevoel ...).

“*Treat what you find*” is een bondige en valabele stelregel op voorwaarde dat de therapeut de therapie laat voorafgaan door een degelijke en doordachte neurologische evaluatie en interpretatie van de moeilijkheden van de patiënt. Deze stelregel houdt rekening met het

anders zijn van elke CVA-patiënt en hoort thuis in een methode die eclecticisch is, gebaseerd is op verscheidene neurofysiologische principes en in de praktijk getest werd op zijn waarde. (1995, p.1) Het concept dat Margaret Johnstone voorstelt, beantwoordt aan deze voorwaarden.

Willen we een succesvolle manier vinden om een maximale rehabilitatie te bereiken dan moeten we er in slagen om de inhiberende input van de hersenen en de proprioceptieve stoornissen te herstellen. Om impact te hebben op de neurologische deficits die oorzaak zijn van een ontregelde tonus, abnormale bewegingen en een gestoord bewegingsgevoel, grijpt Margaret Johnstone terug naar het neurologisch rijpingsproces dat zich vertoont bij de ontwikkeling van het kind. Zij hanteert de ontwikkelingsstadia die de baby doorloopt als een leidraad bij het opstellen van het revalidatieprogramma en gelooft dat de sleutel tot herstel te vinden is in een oordeelkundige plaatsing van de patiënt op het juiste functioneringsniveau.

Door het hersenletsel kunnen er abnormale bewegingspatronen geïnitieerd worden. De kunst bestaat er in om die abnormale patronen te vermijden en om de patiënt te leren bewegen en rusten in tegenovergestelde zin, dus in het herstelpatroon. Dit is maar mogelijk mits een aangepaste positionering die 24u op 24u wordt volgehouden. Om dit te realiseren moet het volledige team ingeschakeld worden. Bij dreigende contracturen of opkomende spasticiteit gebruikt Johnstone haar specifiek ontwikkelde, opblaasbare spalken ook om gedurende beperkte periodes een correcte positionering te verwezenlijken. Door de (eventueel intermitterend) uitgeoefende druk van maximaal 40 mm HG bieden de spalken eveneens een antwoord op de vraag hoe exteroceptieve en proprioceptieve stoornissen kunnen aangepakt worden.

Een nog steeds levend misverstand is dat deze spalken *alleen* bruikbaar zijn voor positionering. Niets is minder waar. Zij vormen de basis van een dynamisch „hands off” concept waarbij de patiënt in staat wordt gesteld om zelfstandig te oefenen in het herstelpatroon. In dezelfde filosofie van zelfactiviteit past ook het gebruik van de aangepaste schommelstoel, waarbij principes uit PNF worden gecombineerd met de basisprincipes van het concept.

Een baby evolueert naar willekeurige bewegingen vanuit een afzetten tegenover de onderlaag. Hierin kunnen we een reden vinden waarom het been meestal sneller (en schijnbaar beter) begint te herstellen. De opblaasbare spalken bieden ons de mogelijkheid om reeds in de hypotone fase steunname op een correct gepositioneerde arm toe te laten waardoor, naar analogie met de

ontwikkeling van de baby, herstel gestimuleerd wordt. Door het uitlokken van dynamische co-contracties, bijvoorbeeld ter stabilisatie van schouder, elleboog en pols, wordt het mechanisme van reciproke innervatie terug opgebouwd, bieden we de revalidant een kans om zijn spastisch patroon af te breken en een normale agonist-antagonist werking in de plaats te zetten. Voorwaarde is echter dat houding en opdracht geen geassocieerde reacties veroorzaken, want dan is normaal bewegen niet meer mogelijk.

Ergotherapie en het Johnstone Concept

De initiële keuze voor het Johnstone Concept heeft alles te maken met een aantal krachtlijnen die ik terugvond in haar boeken en lezingen : zij hecht enorm veel belang aan de participatie van de revalidant én zijn omgeving aan het therapiegebeuren, ze zoekt mogelijkheden en biedt middelen aan om de zelfactiviteit van de revalidant zo hoog mogelijk te krijgen en ze besteedt speciale aandacht aan de revalidatie van het bovenste lidmaat (zowel op motorisch als sensorisch vlak). Samen met haar holistisch mensbeeld waren deze krachtlijnen volledig in overeenstemming met mijn ergotherapeutisch aanvoelen. Haar behandelingsstrategie speelde ook in op de nood aan suggesties voor de therapeutische aanpak van hypotonie en spasticiteit in het bovenste lidmaat, zodat een verdere verdieping in het concept zich opdrong.

Om deze reflectie over de plaats van de ergotherapie in het Johnstone Concept wat structuur te geven, heb ik mij gebaseerd op een aantal stellingen die niet noodzakelijk alleen binnen het Johnstone Concept geformuleerd worden, maar zeker binnen de huidige visie thuishoren.

*In een normale neurologische rijping doet een baby er gemiddeld 13 maanden over eer hij kan stappen. Ontwikkeling vraagt dus **tijd** !*

Als de revalidatie heel traag verloopt of als er geen evolutie komt wordt het erg moeilijk om het behandelingsprincipe “alles op zijn tijd” vol te houden. Het bepalen van het revalidatieniveau is niet altijd gemakkelijk en de druk vanuit de revalidant of de omgeving kan zo hoog worden dat je, soms onbewust, op een te hoog niveau zit. Zelfs als je dan de mogelijkheden krijgt om op het tempo van de revalidant te werken, vind ik het erg moeilijk om niet toe te geven aan de verleiding om vlug een resultaatje te halen. Het is van het hoogste belang dat we ons voortdurend afvragen of de basisvaardigheden om de gekozen opdracht uit te voeren, verworven zijn.

Waar de ergotherapeut vroeger de persoon was die de mensen bezig hield, is hij nu diegene geworden die zo snel mogelijk een zo hoog mogelijke zelfstandigheid van de revalidant nastreeft via ADL- en IADL-trainingen. Zowaar al een hele evolutie ! Alleen...

Johnstone is (gelukkig) niet de enige die in de woestijn staat te roepen dat een revalidatie slechts succesvol kan zijn wanneer de patiënt opdrachten krijgt die op het niveau van zijn mogelijkheden zitten; dat wanneer je iemand boven zijn mogelijkheden laat oefenen je alleen compensaties uitlokt. Helaas, onder invloed van managementprincipes en resultaatgerichte efficiëntienormen die ingegeven worden door besparingsopdrachten en budgetbeperkingen, worden wij sneller en sneller geconfronteerd met de vraag of iemand zich al zelf kan wassen, kan kleden, alleen kan eten, net zo goed als de kinesist de vraag krijgt of de patiënt al kan stappen. Hóe is niet belangrijk ! Terwijl menigeen zich hoofdschuddend afvraagt hoe het toch allemaal mogelijk is, krijgen in verscheidene ziekenhuizen in Vlaanderen CVA-patiënten zonder stabiele zitbalans ADL-training en worden neurologische revalidatieprincipes tegen beter weten in liefdevol in de kast opgeborgen tot betere tijden. Het zal je moeder maar wezen !

Leren betekent voortdurend herhalen, met vallen en opstaan steeds weer opnieuw beginnen en herhalen, in verschillende situaties en met verschillende nuances in de ervaringen.

Constante herhaling met verscheidene variaties is een basisvoorwaarde voor het herstellen van bewegingscontrole. De ergotherapeut heeft de mogelijkheid om de patiënt te motiveren door hem in een situatie te brengen waarbij hij bij elke beweging of reeks bewegingen resultaat ziet van zijn inspanning. (1995, p.116)

De algemeen verbreide populariteit van het solitairespel in ergotherapeutische settings hoeft geen verwondering te wekken. Het is inderdaad een activiteit die aan verschillende voorwaarden voldoet die ook gelden binnen het Johnstone Concept : door een oordeelkundige opstelling is het mogelijk om precies dat antwoord uit te lokken wat gevraagd wordt, met de nodige herhaling en zelfstandigheid in het oefenen voor de revalidant, en met een eenvoudige controlemogelijkheid over het aantal uitgevoerde bewegingen voor de therapeut. Aan dit type van activiteiten zijn nog meer voordelen verbonden waar we later op terug komen. Het is aan de ergotherapeut om voldoende creativiteit aan de dag te leggen om gelijkaardige opdrachten met verschillende gradatiemogelijkheden uit te denken en hierbij het gebruik van nieuwere technologieën (zoals computer met touch-screen) niet uit de weg te gaan. Het risico van het routinematige van dergelijke opdrachten schuilt

in het gevaar dat de opdracht voor de revalidant zo belangrijk wordt dat hij geen aandacht meer besteedt aan een correcte uitvoering op motorisch vlak en de proprioceptieve stimulatie als onbestaand of negatief kan beschouwd worden.

Controle zal dus altijd nodig blijven. Het uitgebreide gamma aan spalken biedt ons de kans om de opbouw van stabilisatie en bewegingscontrole van proximaal naar distaal te laten verlopen, tot het punt waar de revalidant volledig zelfstandig, zonder compensaties en zonder hulp van spalken, werkt. Door de opeenvolging van de gebruikte spalken krijgt de revalidant een visuele meting van zijn eigen vooruitgang.

Een aangepaste positionering moet 24u op 24u volgehouden worden.

Het is één van de grote frustraties dat dit in de praktijk moeilijk te realiseren is. Je kan je afvragen wat de waarde is van een half uur kiné en een half uur ergo als er nog zo vele uren overblijven waarin de revalidant naar abnormale houdingen of in spastische patronen kan verglijden.

Eén van de sterke punten van het concept is dat gezocht wordt naar mogelijkheden om de revalidant *zo veel mogelijk therapietijd* te geven. De ergotherapie heeft ook hierin een belangrijke taak. Door het zoeken naar opdrachten die de revalidant zelfstandig kan uitvoeren, „hands off“, kan op een zinvolle manier extra therapietijd worden aangeboden. Dank zij de hulp van opblaasbare spalken en toebehoren die in functie hiervan ontwikkeld werden zoals de Wolf turntable, worden die mogelijkheden uitgebreid.

Een beweging is pas interessant als ze doelgericht is. Het willen grijpen van dingen en verkennen van de omgeving zijn redenen om in beweging te komen en die bewegingen te verbeteren, te verfijnen, te specialiseren. Belangrijke voorwaarde : de dingen of omgeving moeten interessant genoeg zijn want nieuwsgierigheid is één van onze drijfveren om steeds weer nieuwe dingen te ontdekken.

Door het aanbieden van geselecteerde activiteiten of opdrachten zijn de gevraagde bewegingen *doelgericht*, zowel letterlijk als figuurlijk. Of het aangeboden interessant genoeg is voor de revalidant is afhankelijk van verschillende factoren. De ergotherapeut heeft het voordeel dat hij een oninteressante opdracht tot uitdaging kan maken als hij er in slaagt om het juiste functioneringsniveau van de patiënt te bepalen. Hij kan in één zelfde activiteit verschillende gradaties bouwen en hij kan op één niveau verschillende activiteiten aanbieden. Dit is een belangrijk wapen, zowel bij de revalidant die

snel vooruit gaat als bij diegene die blijft hangen. Het is ook boeiend om te zien dat heel wat revalidanten net dat ietsje meer kunnen dan ze denken te kunnen omdat de activiteit hen er onbewust toe verleidt. Het beeld van de pusher die naar voor buigt om een voorwerp te bestuderen, of van de dame die in de kiné met moeite 5 minuten kon rechtstaan en in het heetst van het spel moeiteloos 20 minuten aan de flipperkast stond te schudden, zal altijd bijblijven en brengt ons naar volgend punt.

Heel wat van onze bewegingen verlopen automatisch, zonder dat we er moeten over nadenken. Hierdoor is het mogelijk om verschillende dingen tegelijkertijd te doen : We kunnen bv. stappend op een kasseiweg iets dragen, ondertussen een gesprek voeren en toch voldoende aandacht voor de omgeving hebben om onze neus niet aan de eerstvolgende boom te schenden.

Het is mijn persoonlijke overtuiging dat de ergotherapeut een enorm belangrijke taak heeft in het automatiseren van bewegingen op alle niveaus (dus ook onderste ledematen). Meer nog, het is een taak die op ons lijf geschreven is. Wij zijn immers niet alleen bezig met sensomotoriek maar hebben ook een speciale aandacht voor cognitieve en neuropsychologische functies. Integratie, samenbrengen van deze verschillende domeinen in één opdracht is de kracht van onze interventie. Hoe normaal is een beweging immers als ze alleen vertraagd en met volledige aandacht en concentratie kan uitgevoerd worden ?

Met de voorwaarde in het achterhoofd dat de opdracht geen alibi voor een mindere kwaliteit van de beweging mag zijn, hebben wij de mogelijkheid om de moeilijkheidsgraad van de opdrachten geleidelijk aan op te voeren, tot het niveau van automatisering van de nodige bewegingen bereikt wordt. Nauwe samenwerking met de kinesitherapeuten is een absolute noodzaak om dit proces vlot te laten verlopen. Meestal is het zo dat de beweging wordt aangeleerd op de kinesitherapie en, eens er voldoende basis verworven is, wordt ingeslepen en geautomatiseerd binnen de ergotherapie. Dit betekent dat de ergotherapeut minstens zoveel inzicht moet hebben in hoe een beweging verloopt als een kinesist, anders is het niet mogelijk om een correcte opstelling voor de aangeboden opdrachten uit te werken of te bepalen wanneer en hoe een zelfstandigheidstraining kan worden gestart.

Werken vanuit een brede steunbasis is soms een voorwaarde om normale selectieve bewegingen mogelijk te maken. Hoe smaller de steunbasis wordt, hoe belangrijker de voorwaarden worden

waaraan voldaan moet worden om een gecontroleerde beweging uit te voeren.

Spontaan voelen de meeste ergotherapeuten zich nog steeds het best bij opdrachten in zit of stand. Hier ligt dan ook de grote uitdaging voor de toekomst : vanuit de basisprincipes van het Johnstone Concept is het belangrijk dat wij aandacht hebben voor en zoeken naar zinvolle, doelgerichte opdrachten in *andere uitgangshoudingen*. Doen we dit niet, dan moeten we er ons van bewust zijn dat we compensaties uitlokken of aan de kant moeten blijven zitten wachten tot de kinesist ver genoeg geëvolueerd is met zijn revalidant.

Besluit

In het Johnstone Concept is er zeker ook een specifieke plaats voor de ergotherapeut. Op sensomotorisch vlak kunnen wij gevarieerde doelgerichte opdrachten aanbieden met een herhalend karakter en hebben wij een belangrijke taak in het automatiseren van normale bewegingen. Maar wij hebben nog meer te bieden dan dit alleen.

Johnstone stelt dat zij een concept aanbiedt dat zich vooral bezig houdt met spieren en bewegingen, en geeft ons bijgevolg een open uitnodiging om haar concept te verrijken met die extra's die wij te bieden hebben vanuit de ergotherapie. Vermits wij in ons ergotherapeutisch handelen, zonder het genoeg te beseffen, al een heel eind op weg zitten in het toepassen van inzichten over neuroplasticiteit en „motor learning“, is de waarde van onze inbreng niet te onderschatten.

Het Johnstone Concept heeft in het verleden reeds bewezen open te staan voor invloeden en ideeën uit andere concepten, zolang ze niet strijdig zijn met haar basisprincipes en moet dit ook in de toekomst blijven doen. Ik ben van mening dat sommige inzichten van onder andere Bobath, Affolter en zelfs Perfetti (hoe contradictorisch dit ook moge klinken), die thans gemeengoed zijn binnen de ergotherapie-opleiding, complementair zijn. Zij vullen de leemtes op die Margaret Johnstone „common sense“ noemt en volgens haar deel uitmaken van ons professionalisme. Zij helpen mee om het occupationele manifest aanwezig te houden in het concept.

Tenslotte biedt het Johnstone Concept ons de hulpmiddelen die we nodig hebben om een zo groot mogelijke zelfstandigheid en doelgerichte zelfactiviteit van de revalidant te kunnen nastreven.

De uitdaging voor de toekomst bestaat er in om, bewust van het specifieke en waardevolle van onze inbreng, het concept verder uit te diepen.

Bronnen en literatuur :

1. HAGEDORN Rosemary, The Casson Memorial Lecture 1995: An Emergent Profession - A Personal Perspective, British Journal of Occupational Therapy, August 1995, 324-331.
2. JOHNSTONE Margaret, Herstel van de Motoriek na een Cerebrovasculair Accident; Een fysiotherapeutische benadering, De Tijdstroom, 1980.
3. JOHNSTONE Margaret, Therapy for Stroke; Building on experience, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1991. ISBN 0-443-04625-5
4. JOHNSTONE Margaret, Current Advances in the Use of Pressure Splints in the Management of Adult Hemiplegia, Physiotherapy, July 1989, vol. 75, no 7, pp.381 - 384.
5. JOHNSTONE Margaret, Restoration of Normal Movement after Stroke, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1995. ISBN 0-443-05247-6
6. NELSON D.L., Why the profession of occupational therapy will flourish in the 21st century, acta ergotherapeutica belgica, 1996, nr. 4, 37-44.
7. HABILS Walter, eigen nota's tijdens het symposium van M. Johnstone te Leuven op 11 en 12 maart 1988, Johnstone-cursus 3 tot 5 oktober 1991, terugkomdag 11 december 1992 en Aufbaukurs : „Praxis motorischen Lernens im Spiegel der Philosophie von Margaret Johnstone“ van 28 tot 30 november 1996 in het Johnstone Teaching Center te Solothurn (Zwitserland) onder leiding van Gail Cox Steck.

Dank aan Mie Uytterhoeven en Sabine Vermeiren voor de suggesties bij de eerste lezing.

Speciale dank aan Lies Guldentops en AnneMarie Verstraeten (Johnstone Instructrice) voor de waardevolle opmerkingen en feedback.

Naar analogie van de vertaling die Bing Bossaert gebruikt in het MOHO model van Kielhofner vertalen wij „occupation“ hier ook als „occupatie“.