

Geen mens buitenspel!

Stappenplan G- en LG-hockey

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
1. Inleiding	2
2. Doelgroepomschrijving	3
2.1 Kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking	3
2.1.1 Het cognitieve aspect (verstandelijk functioneren)	3
2.1.2 Het sociaal affectieve aspect	4
2.1.3 Het motorische aspect	4
2.2 Kenmerken van mensen met een lichamelijke beperking	4
2.3 Vragenlijst	5
3. G- en LG-hockey binnen de reguliere vereniging	6
3.1 Activiteitsaanbod	6
3.2 Spelregels G- en LG-hockey	6
3.3 Materialen	6
3.4 Oefenstof	6
3.5 Wedstrijden en competitie	7
3.6 Begeleiding	7
3.6.1 Begeleiden vanuit een visie	7
3.6.2 Reacties van anderen	7
3.7 Communicatie	8
3.7.1 Spelers met een verstandelijke beperking	8
3.7.2 Een visuele handicap	8
3.7.3 Een auditieve beperking	8
3.7.4 Spelers met een motorische beperking	8
3.8 Belasting en belastbaarheid	8
3.9 Acceptatie, Integratie en Betrokkenheid	9
3.10 Lidmaatschap KNHB en Verzekering	10
4. Organisatorische integratie	11
4.1 Fase 1: Oriëntatie en voorbereiding	11
4.1.1 Draagvlak creëren	11
4.1.2 Analyseren van de situatie	11
4.1.3 Bepalen van de doelgroep en doelstelling	12
4.2 Fase 2: Planning van activiteiten (GO of NO GO moment)	12
4.2.1 Ledenwerving	12
4.2.2 Leggen en onderhouden van contacten met externe instanties	13
4.2.3 Publiciteit en Communicatie	14
4.2.4 Technische beleid (incl. kader en accommodatie)	14
4.2.5 Financieel beleid: Inkomsten, uitgaven, subsidies en sponsorwerving	14
4.3 Fase 3: Uitvoering van activiteiten	15
4.3.1 Kader voorlichten, leden informeren	15
4.3.2 Kennismakingsactiviteiten organiseren	15
4.3.3 Leden inschrijven	15
4.3.4 Leden behouden	16
4.4 Fase 4: Afronding	16
4.4.1 Evalueren	16
4.4.2 Continueren	16
Bijlage I Spelreglement G- en LG-hockey	18
Bijlage II Adressen	19
Bijlage III Registratieformulier Medische gegevens	20
Bijlage IV Handicaps	22

1. Inleiding

“Niemand buitenspel!”

De samenleving is er steeds meer op gericht om mensen met een beperking zoveel mogelijk te integreren in de huidige maatschappij. Het betreft hierbij onderwijs, wonen, werk en vrije tijd. Sport heeft een belangrijke plaats in de samenleving. In de sport krijgt deze integratie steeds meer aandacht, ook voor mensen met een beperking is sport van belang. Sport geeft plezier en persoonlijke voldoening, bevordert de gezondheid, en de sociale contacten. Het vergroot het zelfvertrouwen en de zelfstandigheid. Kortom, sport is een uitstekend middel voor de acceptatie door de omgeving en is een positieve stimulans voor de maatschappelijke integratie.

In plaats van sporten in een vereniging voor mensen met een beperking, zie je steeds meer mensen met een beperking hun weg naar de reguliere sportvereniging vinden.

De KNHB heeft dan ook als twee belangrijke speerpunten in het Beleidsplan 2020, ‘Een leven lang hockey (en)’ en ‘Positieve maatschappelijke impact’

Meer lezen over het beleidsplan 2020 zie: www.knhb-visie2020.nl.

De afgelopen jaren hebben een aantal verenigingen de start gemaakt met het G- en LG-hockey (hockey voor mensen met een verstandelijke beperking) binnen de vereniging.

Huidige ervaringen wijzen uit, dat er steeds meer verenigingen zich op gebied van G- en LG-hockey oriënteren en na inventarisatie blijkt dat een landelijke aanpak, ondersteuning en coördinatie door de KNHB gewenst is.

De resultaten van deze inventarisatie en de ervaringen van verenigingen met G- en LG-hockey dienen als uitgangspunt bij het samenstellen van deze handleiding. Deze handleiding is bedoeld om gerichte informatie te verstrekken aan diegenen, die zich in willen zetten voor, of nauw betrokken zijn bij G- en LG-hockey. Achtereenvolgens worden diversen onderwerpen zoals de doelgroep, begeleiding, lidmaatschap, spelregels en activiteiten nader behandeld.

De doelstelling van de KNHB

De KNHB streeft naar het zo optimaal mogelijk stimuleren, begeleiden en coördineren van hockey voor mensen met een beperking binnen verenigingen die bij de KNHB aangesloten zijn. Het uiteindelijke doel is voldoende draagvlak te creëren voor verenigingen om zo een structureel activiteitsaanbod te realiseren ten behoeve van G- en LG-hockey.

Ook gaat de KNHB de opleidingsmodule ‘G- en LG-hockey’ verder ontwikkelen. De module reikt trainers kennis, houding en vaardigheden aan voor het geven van training aan hockeyers met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking.

Opmerkingen / suggesties

Doordat steeds meer verenigingen enthousiast raken voor G- en LG-hockey, ontstaan er op dit gebied ook steeds meer ervaringen. Deze ervaringen dienen als belangrijk uitgangspunt bij verdere ontwikkelingen van het G- en LG-hockey. Zo nodig, passen we deze handleiding hierop aan. Het doel van dit stappenplan is immers om verenigingen een handvat te bieden bij het opstarten en integreren van G- en LG-hockey binnen de reguliere vereniging.

Heeft u suggesties of opmerkingen over dit stappenplan, bent u geïnteresseerd om G- en LG-hockey ook bij u op de vereniging aan te bieden, wenst u publiciteit over het G- en LG-hockey bij u op de vereniging of heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met contactpersoon G- en LG-hockey van de KNHB. Zie Bijlage II voor adresgegevens.

Meer informatie over G- en LG-hockey vindt u op de KNHB site, www.knhb.nl.

2. Doelgroepomschrijving

De doelgroep waarop de KNHB zich richt ten aanzien van het "Veld hockey voor mensen met een beperking", is als volgt te omschrijven:

- **LG-hockey**

Deze vorm is bedoeld voor spelers, niet rolstoelafhankelijk, die zich primair vanwege hun lichamelijke beperkingen niet kunnen meten met leeftijdsgenoten binnen een regulier hockeyteam. Bovenstaande formulering sluit dus spelers uit bij wie het duidelijk is dat er om andere redenen, dan het hebben van een lichamelijke beperking, geen aansluiting gemaakt kan worden met het reguliere hockey.

- **G-hockey**

Deze vorm is bedoeld voor spelers, niet rolstoelafhankelijk, waarbij de verstandelijke beperking van dien aard is, dat zij cognitief en sociaal emotioneel niet mee kunnen komen met leeftijdsgenoten binnen het reguliere hockeyteam.

2.1 Kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking

Om de groep mensen met een verstandelijke beperking te beschrijven, delen we het gedrag op in een drietal aspecten:

- Cognitief aspect (verstandelijk functioneren);
- Sociaal affectief aspect (samenwerking, gevoelens);
- Motorisch aspect (bewegingsvaardigheid).

We beschrijven deze aspecten afzonderlijk, maar men moet wel goed voor ogen houden, dat ze in feite onlosmakelijk met elkaar samenhangen. Als iemand bijvoorbeeld slecht samenspeelt bij een partijtje hockey, kunnen hierbij zowel psychomotorische (gebrekkige stick-/balvaardigheid), als cognitieve (gebrekkig spelinzicht, niet begrijpen hoe je vrij moet lopen) als sociaal affectieve (alleen maar gericht zijn op het behalen van eigen succes) factoren een rol spelen.

2.1.1 Het cognitieve aspect (verstandelijk functioneren)

Wanneer we spreken over het verstandelijk functioneren van iemand dan hebben we het onder andere over hoe iemand denkt, hoe iemand waarneemt, hoe iemand dingen onthoudt, hoe iemand leert. Denken, waarnemen, geheugen en leren zijn belangrijke cognitieve functies.

Het denken van mensen met een verstandelijke beperking verloopt meestal heel concreet. Het is voor hen duidelijker als je de oefening of situatie concreet beschrijft. Laat zien wat ze moeten doen en wijs aan waar ze moeten staan zodat er geen verwarring over kan ontstaan. Gebruik hierbij ook verschillende kleuren pylonen, zodat je kan laten zien waar ze bijvoorbeeld moeten beginnen en je tegelijkertijd ook de kleur van de pylon zegt waar ze moeten beginnen, zodat het dubbel duidelijk is. Probeer zoveel mogelijk verwijzingen te gebruiken, zodat het ten aller tijde duidelijk is wat er van de mensen met een verstandelijke beperking verwacht wordt.

Verder is het voor mensen met een verstandelijke beperking moeilijk om verbanden te ontdekken en samenhang te zien tussen gebeurtenissen. Inzicht hebben in bewegingssituaties en om de essentie ervan te bevatten is moeilijk. Je moet er als trainer altijd van bewust zijn dat de door jou gebruikte uitdrukkingen voor de ander misschien te moeilijk zijn om te bevatten.

De zintuigen spelen voor mensen met een verstandelijke beperking een belangrijke rol. Probeer tijdens de training zoveel mogelijk gebruik te maken van ballen, hesjes, pylonen van verschillende kleuren. Ook concrete voorwerpen zoals banden, hoepels en springtouwjes kunnen bruikbare hulpmiddelen zijn om de zintuigen te stimuleren en hiermee hun interesse te wekken. Let er wel op dat je het niet te kinderachtig maakt voor de wat grotere kinderen.

Naast het denken en waarnemen is het geheugen ook een belangrijk cognitief aspect om rekening mee te houden. Voor mensen met een verstandelijke beperking is het onthouden van dingen moeilijker dan voor ons. Ze hebben vaak wat meer moeite om er de aandacht bij te houden. Ook hebben de zaken die wij ze vertellen niet hun interesse. Voor mensen met een verstandelijke beperking geldt zeker dat wat ze onthouden selectief is. Het komt nogal eens voor dat men een specifieke interesse heeft waarvoor het geheugen prima is (alle adressen of leeftijden van de trainers). Het onthouden van meerdere dingen tegelijkertijd kan ook problemen opleveren. Als je iets uitlegt, vertel dan niet te veel in één keer en zorg dat je interesse wekt en de aandacht hebt. Het hele leren, wat natuurlijk ook te maken heeft met de al besproken zaken als denken, waarnemen en geheugen, verloopt moeilijker. Vandaar dat men voor verstandelijk beperkte kinderen ook de term (zeer) moeilijk lerende kinderen gebruikt.

2.1.2 Het sociaal affectieve aspect

Bij dit aspect kun je denken aan hoe iemand contact maakt, hoe iemand omgaat met anderen, de mate waarin en op welke wijze iemand zijn gevoelens toont. Zeker voor wat dit aspect betreft zijn de onderlinge verschillen groot. Ook mensen zonder verstandelijke beperking verschillen in hun sociaal gedrag en in het uiten van hun gevoelens, maar bij mensen met een verstandelijke beperking lijken de extremen meer vertegenwoordigd. Een voorbeeld hiervan is dat sommige mensen met een verstandelijke beperking weinig tijd nodig hebben om je grootste vriend te worden. Het vertrouwen is er direct en jij bent z'n maatje. Bij anderen duurt dit proces soms jaren. Het vertrouwen moet stukje bij beetje gewonnen worden.

Ook op emotioneel gebied komen we grote verschillen tegen. De een reageert heel spontaan, gaat helemaal uit zijn dak wanneer iets lukt en moet zelfs afgeremd worden, de ander is geremd en uit nauwelijks emoties tijdens het spelen.

2.1.3 Het motorische aspect

Wanneer we spreken van motoriek dan hebben we het in feite over de bewegingsvaardigheid van iemand. Men zal geneigd zijn te stellen dat de bewegingsvaardigheid van deze groep geringer is dan die van mensen zonder verstandelijke beperking. Gemiddeld genomen klopt dit, maar dan we wel bedenken dat daar zeker ook omgevingsfactoren een rol bij spelen. Zeker vroeger werd men uit angst en onwetendheid vaak niet of nauwelijks gestimuleerd tot bewegen. Andere redenen waardoor mensen met een verstandelijke beperking vaak een geringere bewegingsvaardigheid hebben komt onder andere door:

- Minder geschikte sportmogelijkheden;
- Geringere zelfstandigheid;
- Vervoersproblemen;
- Over bezorgdheid en onwetendheid aan de kant van de ouders, verzorgers en begeleiders;
- Gebrek aan goed sporttechnisch kader;

Gemiddeld genomen heeft men dus minder kans gehad om te bewegen, om bewegingservaringen op te doen.

2.2 Kenmerken van mensen met een lichamelijke beperking

LG-hockeyers hebben een of meerdere lichamelijke beperkingen en vaak ook een verstandelijke 'achterstand'. Deze achterstand kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van langdurige ziekte. Veel aspecten van de hierboven omschreven kenmerken zijn daarom, weliswaar in minder ernstige mate, ook herkenbaar en van toepassing op de groep met een lichamelijke beperking.

In de praktijk zien we in de groep LG-hockeyers verschillende 'beperkingen'. Je komt mensen en kinderen tegen die 'alleen' een verminderde coördinatie hebben. Maar ook kinderen met half verlamde heupen (in een zwaar korset gehesen) of bijvoorbeeld met een disfunctioneel werkende linker onderarm, al of niet gecombineerd met 20% (of nog minder) zichtvermogen. Een hockeyer die zich met twee totaal gespalkte onderbenen en voeten voortbeweegt (af en toe zittend op een wagentje). Zowel vergroeiing aan/van botten als 'te korte of te slappe' spieren of pezen, maar ook een 'open ruggetje' kunnen de oorzaak zijn. Veel van deze kinderen worden vaak ook nog behandeld en soms geopereerd, en zijn dan weer even 'uitgeschakeld'.

De sporters met enkel en alleen een lichamelijke beperking zijn natuurlijk gewone mensen als ieder ander. Wanneer je met een sporter met een lichamelijke beperking te maken krijgt, moet je dat ook in gedachten houden. Er is een aantal specifieke situaties waar je vooraf als trainer rekening mee kunt houden. Deze staan hieronder beschreven.

De hulpvraag

Er zijn momenten waarop mensen met een lichamelijke beperking wel hulp nodig hebben, omdat zij door hun beperking iets niet zelfstandig kunnen. De beste hulp geef je door gewoon te doen wat je wordt gevraagd. Niet meer en niet minder. Als een rolstoeler je vraagt of je de deur open wilt houden, is het ook genoeg om de deur open te houden. De stoel over de drempel duwen hoeft niet. Als de rolstoeler dat wilde, had hij het wel gevraagd. Iedere rolstoeler kan zichzelf redden, dus ook zijn eigen problemen oplossen door hulp te vragen.

Van een beginnende hockeyer kun je veel hulpvragen verwachten. Je kunt je hierbij wel actief opstellen door te laten weten dat je wilt helpen als dat nodig is. Je kunt bijvoorbeeld een keer je hulp aanbieden. Reageert de sporter dan met de mededeling: "nee, ik kan het zelf wel", dan is dat geen afwijzing en is het ook niet persoonlijk bedoeld. Het is heel goed dat de sporter aangeeft wat hij wel zelf kan. Je hoeft namelijk niet te doen wat iemand zelf kan!

Het eerste contact moment is van wezenlijk belang. De hulpvraag spreekt vaak ook vanzelf: iemand met beperkt zichtvermogen zal eerst het terrein en 'het veld' moeten verkennen: zien zoals zij dat vaak zelf noemen! Dan maak je praktische afspraken voor de volgende keren. Waar verzamelen en dan gezamenlijk naar 't veld lopen of roepen waar je staat. Welke hulpstukken gaan mee naar 't veld, wat te doen bij vallen, wondjes enz.. Disfunctionaliteit van lichaamsdelen of ledematen betekent vaak ook mindere doorbloeding, dus sneller koud, maar ook ernstiger bij verwonding. Aangezien je als trainer verantwoordelijk bent voor het aspect veiligheid, zal je moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden of deze creëren. Dan is er geen sprake van hulpvraag maar voorwaarden creëren om te sporten en te trainen.

Als je hulp wilt bieden vraag het dan direct: kan ik je helpen, en hoe kan ik dat? Je moet namelijk ook rekening houden met de beperking: waar kun je wel en niet aankomen, aanraken?

Risico bij hulpverlening

Hulpverlening aan een sporter met een beperking mag voor de hulpverlener geen risico opleveren. Iedere sporter moet zichzelf kunnen redden en zijn eigen problemen oplossen door hulp te vragen. Zijn probleem is echter niet jouw probleem. Ook niet wanneer je de gevraagde hulp niet kunt bieden. Als een sporter vraagt of je hem in zijn auto wilt tillen en je kunt dat niet, dan houdt het daar ook op. Je kunt jezelf niet forceren (met daarbij ook risico voor de sporter) en toch de sporter in de auto tillen. En ga je daar vooral ook niet schuldig over voelen. Wat niet kan, kan niet.

Verschillen

De groep sporters met een lichamelijke beperking is erg divers; binnen die groep zijn veel verschillende beperkingen c.q. handicaps te onderscheiden. Het is voor jou als trainer niet nodig om alle verschillende handicaps te kennen. Het is wel belangrijk dat je, van de sporter waar jij mee te maken hebt, weet wat het ziektebeeld is. Om een kader te schetsen is in bijlage IV een overzicht gegeven van verschillende handicaps, bijvoorbeeld dwarslaesie, epilepsie, spierziekten, etc. Deze gegevens kun je gebruiken als een naslagwerk. Voor jou als trainer staat bij elke beschrijving wat belangrijk is om bij de instructie rekening mee te houden.

Omgaan met de eigen lichamelijke beperking in sportsituaties

Mensen met een lichamelijke beperking moeten leren omgaan met hun handicap in het dagelijks leven ('leren omgaan met' is iets anders dan 'accepteren'; of men de handicap ook accepteert is een veel moeilijker te beantwoorde vraag). Zeker wanneer de beperking het gevolg is van een ongeval is dat geen eenvoudig proces. De persoon vindt uiteindelijk een evenwicht in het omgaan met zijn eigen mogelijkheden en beperkingen ten opzichte van de eisen die de omgeving aan hem stelt. Nieuwe situaties stellen nieuwe eisen en daarmee wordt de persoon opnieuw geconfronteerd met zijn lichamelijke beperking. Zeker sportsituaties stellen die nieuwe, hoge eisen. Daar komt nog bij dat in een sportsituatie het 'lichamelijk niet kunnen' zo zichtbaar is. Dit betekent voor de sporter met een lichamelijke beperking dat er een confrontatie plaatsvindt met zichzelf, met het 'gehandicapt' zijn. Dit kan leiden tot emotioneel of zelfs agressief reageren. De confrontatie met zichzelf kan ook tot gevolg hebben dat de sporter zich wil bewijzen of op aanwijzingen van jou, 'eigenwijs' reageert. Als trainer moet je met deze reacties leren omgaan.

2.3 Vragenlijst

Het is belangrijk om van je deelnemers te weten wat ze al aan sport hebben gedaan. Je zou binnen de vereniging een soort vragenlijstje kunnen maken die je bij de intake afneemt. Op die manier verzamel je systematisch belangrijke informatie over de deelnemers. In dit vragenlijstje zou je ook aandacht kunnen besteden aan de zelfstandigheid van de deelnemer.

3. G- en LG-hockey binnen de reguliere vereniging

Mensen met een beperking willen hun sport zo gewoon mogelijk beoefenen en willen op een zo normaal mogelijke manier worden benaderd. Een positieve ontwikkeling is dat steeds meer verenigingen open staan om mensen met een beperking als volwaardig lid op te nemen in de vereniging. Deze tendens *Organisatorische Integratie*, het opzetten van een afdeling, training of een team binnen de reguliere sportvereniging, wordt vanuit de overheid ook sterk aangemoedigd.

3.1 Activiteitenaanbod

Het uitgangspunt "Gewoon wat gewoon kan en aangepast wat aangepast moet!", is het motto waar wij voor staan.

Bij het aanleren van de hockeyvaardigheden dient het accent te liggen op datgene wat binnen hun mogelijkheden ligt. Bij het G- en LG-hockey gaan we uit van de jongste jeugd regels en de technieken en tactieken die ook gelden in het reguliere hockey. Indien noodzakelijk worden ze aangepast aan de individuele mogelijkheden en behoeften van de spelers. Uitgangspunt bij ieder activiteitenaanbod is (net als gewoon hockey): VEILIG + UITNODIGEND + SPEELBAAR. In onderstaande paragrafen wordt dit verder verduidelijkt.

3.2 Spelregels G- en LG-hockey

Er wordt gespeeld volgens de spelregels van de jongste jeugd. Voor iedere speler staat plezier beleven aan de training/wedstrijd en de veiligheid voorop. Zie bijlage I 'Spelreglement G- en LG-hockey'.

3.3 Materialen

Er wordt bij G- en LG-hockey met een normale hockeystick en normale bal gespeeld. Indien noodzakelijk worden er aanpassingen gemaakt om de stick goed te kunnen hanteren. Bij LG- hockey en soms ook bij G-hockey maken we gebruik van een mini-hockeybal. Voordeel is dat deze bal makkelijker te bespelen is en dat deze lichte bal bij lichamelijk contact minder blessuregevoelig is.

Verder is het dragen van scheenbeschermers en gebitsbescherming verplicht.

3.4 Oefenstof

De oefenstof dient te worden afgestemd op de individuele (on)mogelijkheden, vaardigheden van de hockeyers. In principe verschilt de methodische opbouw van de oefenstof niet van de opbouw zoals deze in het reguliere hockey gehanteerd wordt. Over het algemeen zal de G en/of LG-groep zeer heterogeen van aard zijn. Het is daarom goed om aan het begin van het seizoen voor ieder trainingslid een beginsituatie te beschrijven met doelstellingen. Hierbij kun je gebruik maken van je eigen observatie tijdens de eerste ontmoeting met een nieuw lid of door een gesprek aan te gaan waarbij je erachter komt wat de mogelijkheden en beperkingen van iemand zijn. Afhankelijk van de beperking kunnen de individuele mogelijkheden sterk uiteenlopen, zowel op gebied van motoriek, cognitie en het al dan niet zelfstandig kunnen handelen. De trainer dient de oefenstof en de organisatie steeds zo te kiezen dat het voor iedereen steeds weer een uitdaging is. De heterogeniteit van deze groep vraagt aan de lesgever meer creativiteit, aanpassingsvermogen en een individuele benadering. Jongeren met een verstandelijke beperking bewegen over het algemeen wat trager en hebben meer tijd nodig om op een bepaalde bewegingservaring te reageren. Ook in organisatorische zin zal je rekening moeten houden met de verstandelijke beperkingen. Je zult zien dat opdrachten niet altijd direct begrepen worden. Het is ook belangrijk je bewust te zijn hoe moeilijk sommige opdrachten kunnen zijn voor mensen met een verstandelijke beperking, nog los van het beperkte concentratievermogen. Door de heterogeniteit van de groepen, vraagt iedere hockeyer zijn eigen aanpak. De verschillen zijn groter dan binnen reguliere groepen dus differentiëren moet. Dit betekent dat bij de één een oefening in zijn geheel kan worden voorgedaan en uitgevoerd, terwijl dit bij de andere opgeknipt moet worden in deelstukken. Ga dus ook geen kleine methodische stappen bedenken wanneer dit niet nodig is. Er moet wel voldoende uitdaging overblijven voor zowel de G-hockeyers als de LG-hockeyers.

Ook een coach speelt een belangrijke rol om hockey speelbaar te maken voor de speler. Hockeyers die minder mobiel zijn en minder in het spel betrokken worden, kunnen bijv. een extra taak krijgen zoals de bal uitnemen.

3.5 Wedstrijden en competitie

Binnen het G-hockey is de 6-tal of 8-tal competitie verdeeld over 5 regio's. Noord, Oost, Zuid, West en Midden Nederland. Binnen de regio's zijn 4 tot 5 verschillende poules.

Naast de 6- en 8-talcompetitie worden er ook 11-tal wedstrijden georganiseerd op competitievrije zondagen voor spelers die het 8-talhockey gemakkelijk aan kunnen en zich verder willen ontwikkelen als speler.

Ook organiseren steeds meer verenigingen toernooien en evenementen voor de G-hockeysers. Via de [KNHB G-hockey evenementenkalender](#) worden deze evenementen gecoördineerd en gepubliceerd, wanneer men dit doorgeeft aan de KNHB. Met dit overzicht proberen we de evenementen verspreid over het jaar (en over het land) te laten plaatsvinden.

Binnen het LG-hockey is er een landelijke 6-tal en 8-tal competitie. Er zijn twee 6-tal poules en 1 8-tal poule. Ook voor de LG-hockeysers organiseren steeds meer verenigingen toernooien en evenementen. Via de [KNHB LG-hockey evenementenkalender](#) worden deze evenementen gecoördineerd en gepubliceerd, wanneer men dit doorgeeft aan de KNHB.

3.6 Begeleiding

Het trainen en begeleiden van een team van hockeysers met een beperking vraagt, net als het trainen van een regulier team, organisatie, kennis van de hockeymethodiek, techniek en tactiek. Tevens dient hij/zij voldoende kennis en inzicht te hebben over het mini-hockey. De KNHB streeft naar een hoofdtrainer met minimaal het niveau van Jeugd-hockeytrainer (JHT-opleiding).

De trainer/begeleider zorgt er voor dat iedere speler een veilige en uitdagend sportaanbod krijgt. Hij/zij moet feeling hebben met de doelgroep en moet op de hoogte zijn van de beperkingen en de mogelijkheden van zijn spelers. Met name kennis over de belastbaarheid van de spelers is hierbij erg belangrijk.

Voor de spelers is het belangrijk dat er een structuur binnen de training aanwezig is, d.w.z. de spelers voelen zich veilig wanneer ze weten wie de trainer is en zijn vervanger, op welk veld er gespeeld wordt e.d. Het aantal trainers en begeleiders is afhankelijk van de organisatiestructuur van de trainer met begeleiders, het niveau, de heterogeniteit en de zelfstandigheid van de doelgroep en kwaliteit en ervaring van de trainer. Uit ervaring blijkt dat de verhouding aantal trainers/begeleiders staat tot het aantal spelers, bij het G hockey gemiddeld 1 op 4 is. De praktijk wijst uit welke verhouding in uw situatie volstaat, deze is toch afhankelijk van de mate van beperking in de groep.

3.6.1 Begeleiden vanuit een visie

Hoe je (min of meer bewust) denkt over mensen met een verstandelijke beperking bepaalt in grote mate hoe je met hen omgaat. Als je hen zielig en onzelfstandig vindt, zal je dit ook in je begeleidingswijze naar voren laten komen. Mogelijk dat je redelijk betuttelend met hen omgaat. De visie van de KNHB sluit aan bij de zogenaamde ontwikkelingsvisie en bij de relationele visie. In de praktijk betekent dit dat je in je omgang en begeleiding altijd oog hebt voor de relatie met de deelnemer en gericht bent op het bevorderen van mogelijkheden, zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Je moet openstaan voor alle mogelijkheden en onmogelijkheden van de hockeysers en deze ook weten te accepteren. Het gaat er niet om wat ze niet kunnen, maar om wat ze wel kunnen (bereiken). Zorg dat je een ontwikkelingsvisie gaat ontwikkelen voor elke deelnemer apart, zodat je een doel hebt om naar toe te werken.

3.6.2 Reacties van anderen

Mensen kunnen soms wat onhandig reageren op hockeysers met een handicap. Met een overdreven waardering voor de sportprestaties, met het aanbieden van ongevraagde hulp, het overdreven duidelijk met hen spreken, of juist over hun hoofd heen spreken. Onwetendheid en soms vooroordelen spelen daarbij een rol. Mensen met een beperking zijn gewend aan uiteenlopende reacties op hun aanwezigheid, maar brengen het niet altijd op een verklaring of toelichting te geven op een reactie of vraag, die aan hen gesteld wordt. Ongevraagde hulp bijvoorbeeld kan soms kordaat geweigerd worden. Die weigering kan dan weer leiden tot onbegrip bij de goedbedoelende medemens.

Je kunt hierop reageren door het een en ander bespreekbaar te maken. Maak bijvoorbeeld duidelijk, dat de hockeyer met een beperking over het algemeen geen hulp nodig heeft. Mocht hij hulp nodig hebben, dan vraagt hij daar wel naar!

3.7 Communicatie

Bij totale communicatie maken we gebruik van meerdere communicatiekanalen tegelijkertijd. Het laat zich onder andere kenmerken door interactie met anderen.

Het gaat bij communicatie om tweerichting verkeer. Er zijn mensen, die door hun handicap beperkt zijn in hun verbale of non-verbale mogelijkheden. Het communiceren met deze mensen vraagt daarom van ons dat we ons proberen aan te passen aan hun mogelijkheden, we kunnen namelijk niet verwachten dat zij zich aanpassen.

3.7.1 Spelers met een verstandelijke beperking

Afhankelijk van het niveau van functioneren zullen binnen de communicatie meerdere communicatievormen gebruikt moeten worden. Actie en reactie worden bepaald door de manier, waarop de sporter met een verstandelijke beperking met zijn omgeving communiceert. Prikkel van buitenaf hebben invloed op het gedrag.

Bijvoorbeeld: een meisje uit de groep kan zich moeilijk losmaken van haar vader. Als ze eenmaal op het veld staat en lekker bezig is, is er niets aan de hand, maar als haar vader het veld oploopt of maar even in de buurt komt rent ze onmiddellijk op hem af en maakt het op dat moment niet uit, waar ze mee bezig is.

Op dat moment heeft het geen zin om haar van haar vader los te rukken, maar het over te laten aan de vader een oplossing te bedenken.

Het is belangrijk in het bovenstaande voorbeeld, dat er na zo'n gebeurtenis afspraken gemaakt worden voor de toekomst. Communiqueer daarom ook met de ouders.

Veelvuldige communicatie met de ouders is van essentieel belang en de aanwezigheid van ouders dient, zeker in het begin, gestimuleerd te worden. Je kunt veel profijt hebben van een persoon uit de commissie langs de kant tijdens de training, pratend met de ouders. Je leert zo meer over de deelnemers en het wekt vertrouwen bij de ouders.

3.7.2 Een visuele handicap

Maak bij deze spelers gebruik van markeringen. Zet met inspelen bijvoorbeeld een duidelijke lijn uit met behulp van pionnen, zodat ze zien binnen welke straal ze de bal kunnen ontvangen..

Als je meerdere begeleiders op een groep hebt staan, kun je ze sturen door te zeggen naar links of rechts. De spelers kunnen elkaar ook helpen door te zeggen, waar de bal ligt.

3.7.3 Een auditieve beperking

Bij communicatie met deze spelers verdient het de voorkeur om gebruik te maken van volgende expressiemiddelen: woord, gebaar, mimiek en gebarentaal. Soms is tactiele ondersteuning noodzakelijk om een beweging aan te leren en te automatiseren.

3.7.4 Spelers met een motorische beperking

Motorische beperkingen manifesteren zich vaak in combinatie met problemen in de communicatie. Spasticiteit kan de spraak en motoriek van de sporters beperken.

Als trainer/begeleider moet je letten op de volgende aspecten:

- rekening houden met beperkte bewegingservaring in de ontwikkelingsfase;
- motorische beperkingen;
- storingen in de communicatiemogelijkheden;
- storingen in de informatieverwerking.

Spelers met een eenzijdige verlamming van een lichaamsdeel (Hemiplegie) kunnen beter via de niet-aangedane zijde worden aangesproken.

3.8 Belasting en belastbaarheid

Het voorkomen van overbelasting bij de training/wedstrijd is bij deze doelgroep een belangrijk aandachtspunt. Een storing in de balans belasting-belastbaarheid kan bij mensen met een beperking een groter en langduriger nadelig gevolg hebben.

De belastbaarheid heeft iemand van zichzelf en valt onder te verdelen in lichamelijke en mentale belastbaarheid. Lichamelijke belastbaarheid wordt gevormd door:

- uithoudingsvermogen
- spierkracht
- lenigheid
- coördinatievermogen

Zowel de mentale als de lichamelijke belastbaarheid zijn door training te verbeteren. Een verantwoorde trainingsbelasting is afgestemd op de individuele belastbaarheid van de sporter. Als het doel van de sportbeoefening is om de belastbaarheid en daarmee het prestatievermogen te verbeteren, moet de trainingsprikkel hoog genoeg zijn. Dit betekent, dat de kans op overbelasting (blessures) aanwezig is. Als het meedoen vooral belangrijk is, kan worden volstaan met een lagere trainingsprikkel.

Een verminderde belastbaarheid ontstaat als de sporter aandoeningen heeft, die van invloed zijn op de mentale of lichamelijke belastbaarheid. Zo neemt het uithoudingsvermogen bijvoorbeeld af door een verminderde hartfunctie of bepaalde longziekten en zal spasticiteit de kracht en de coördinatie verminderen. Besef dat overbelasting ook kan optreden bij relatief lage belasting als de belastbaarheid is verlaagd door de aanwezigheid van lichamelijke aandoeningen. Bij een verminderde mentale belastbaarheid kan een als te zwaar ervaren belasting leiden tot afwijkend gedrag.

Vaak maakt een trainer de fout om te denken dat twee hockeyers met dezelfde beperking ook wel hetzelfde te belasten zijn.

Bij G- en LG-hockey is de belasting van iedere deelnemer verschillend. Het is dus voor een trainer van belang om te achterhalen welke individuele factoren een rol spelen bij de deelnemers.

Daarvoor zijn 3 zaken van belang:

- zorg voor een goede intake. Stel vragen over de ervaring in sport en over lichamelijke belasting in het dagelijks leven.
- Stel vragen aan de hockeyer zelf. Hij of zij is immers een 'specialist' t.a.v. de eigen beperking. Ook evt. begeleiders en ouders kunnen je veel vertellen over wat wel en niet kan.
- Observeer. En stel je observatie aan de orde, bij de hockeyer zelf en bij de ouders.

Het is essentieel dat er voorafgaand aan de trainingsperiode een goede inschatting wordt gemaakt van de beginsituatie van individuele hockeyers binnen de trainingsgroep. Indien de trainer op de hoogte is van de noodzakelijke medische achtergrond van de spelers die van belang kunnen zijn voor het hockey, kan hij hiermee bij de training en wedstrijd rekening houden en de oefenstof, zo nodig, hierop individueel aanpassen. De ouders spelen een belangrijke rol bij het inlichten van de trainer over de medische informatie van hun kind.

In de bijlage III treft u een voorbeeld aan van een Registratieformulier Medische gegevens. Hierop kunt u alle noodzakelijke medische informatie van nieuwe G- en LG-leden noteren.

3.9 Acceptatie, Integratie en Betrokkenheid

Voor de G- en LG-leden is het van belang dat de vereniging hen beschouwt als volwaardig lid en dat zij dat ook zo ervaren. Het meest ideaal is de trainingen op een tijdstip te laten plaatsvinden wanneer de vereniging "leeft". Dit om de integratie verder te bevorderen. Zorg ervoor dat na de training het clubhuis open is om nog wat te drinken en na te praten, samen met ouders, begeleiders, trainers en overige leden van de vereniging.

Naast de trainings- en wedstrijdfaciliteiten kunnen zij ook deelnemen aan niet-hockey-activiteiten, die de vereniging organiseert voor al haar leden. De vereniging kan jeugdbesturen actief betrekken iets voor deze doelgroep te organiseren. Ook de G- en LG-leden horen op de hoogte te zijn van de totale verenigingsactiviteiten en moeten hierbij zo veel mogelijk betrokken worden. Mensen met een beperking zijn wel degelijk in staat bepaalde (commissie) taken voor de vereniging te vervullen.

Een vereniging die zich maatschappelijk verantwoordelijk voelt om spelers met een verstandelijke beperking op te nemen en te betrekken binnen hun vereniging zullen hierdoor een positieve impuls krijgen.

Dit zou de betrokkenheid van de eigen leden maar ook van derden uit de directe omgeving (o.a. sponsors, overheidsinstellingen en scholen) positief kunnen bevorderen.

Ook de ouders en begeleiders van deze groep moeten, net als alle andere ouders, betrokken worden bij het verenigingsgebeuren. Bijvoorbeeld: Coach en manager van het team. Tijdens de training kunnen ouders uitgenodigd worden om mee te trainen of hen bijvoorbeeld de mogelijkheid te bieden een keer aan te sluiten bij een training van een groep "trimhockeyers". Wellicht zijn zij geïnteresseerd in een (vrijwilligers) functie binnen een commissie van de vereniging.

Voor de vrijwilligers binnen het G- en LG-hockey is het advies om niet alleen een rol te vervullen binnen deze doelgroep, maar ook een afgevaardigde binnen het reguliere hockeybestuur te bekleden.

3.10 Lidmaatschap KNHB en Verzekering

Alle G- en LG-hockeysers die deelnemen aan activiteiten (trainingen, wedstrijden, toernooien etc.) georganiseerd door de KNHB of haar verenigingen, en dus lid zijn van een reguliere vereniging, zijn automatisch lid van de KNHB. Afdracht contributie aan de KNHB voor een G-lid is gelijk aan de afdracht van een trimlid en niet-spelende leden. Omdat iedere G- en LG-hockeyer lid is van een vereniging valt zij ook onder de verzekering die de vereniging voor haar leden afsluit.

4. Organisatorische integratie

Voordat een vereniging haar plannen ten aanzien van het opstarten van een G en/of LG- afdeling concreet kan maken, zal ze de haalbaarheid van haar ideeën moeten bepalen.

Hieronder staan 4 fasen beschreven die uw vereniging helpen bij het opstarten van een G- en/of LG- afdeling. Het plan biedt de vereniging richtlijnen die zij zelf aan haar specifieke situatie kan aanpassen. Onderstaande richtlijnen en aanbevelingen zijn gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

4.1 Fase 1: Oriëntatie en voorbereiding

4.1.1 Draagvlak creëren

Het initiatief om een G en/of LG-afdeling te starten ligt vaak bij een lid van de vereniging die om verschillende redenen een band heeft met de doelgroep bijv. een ouder van een kind met een beperking, een leerkracht uit het speciaal onderwijs of een revalidatie arts uit het ziekenhuis.

Werkgroep G- en/of LG- hockey

Stel een werkgroep G- en/of LG-hockey samen, die zich gaat inzetten voor het plan, de haalbaarheid gaat inventariseren en uiteindelijk verantwoordelijk is voor de uitvoering van de plannen. In de werkgroep, die tevens als een soort adviesgroep fungeert, is het ideaal als er personen met kennis vanuit diverse achtergronden in plaats nemen. De werkgroep bestaat idealiter uit 3 tot 5 personen.

Adviesgroep/werkgroep G- en/of LG-hockey kan bestaan uit:

- Bestuurslid jeugdzaken
- Hoofdtrainer van het begeleidingsteam G- en/of LG-hockeys (met sporttechnische kennis en ervaring)
- Een persoon met een medische achtergrond .
- Ouder van een G- en/of LG-kind

Van belang is dat de hele vereniging het initiatief draagt. Het bestuur, het kader en de leden moeten van de plannen op de hoogte gebracht worden en moeten deze plannen steunen. Dit kan door bijvoorbeeld G- en LG-hockey op de agenda van de ALV te plaatsen. Niet ieder lid zal in beginsel enthousiast reageren. Daarom is een goede voorlichting aan alle leden en betrokkenen (bijvoorbeeld tijdens de ALV, kaderbijeenkomsten, informatie in het clubblad) erg belangrijk om eventuele onzekerheden en vooroordelen weg te nemen.

De **werkgroep G- en/of LG-hockey** is verantwoordelijk voor de organisatie en communicatie rondom het G- en LG-hockey (binnen de vereniging en ook naar buiten toe). Om er voor te zorgen dat het G- en LG-hockey deel uitmaakt van de vereniging en niet een 'clubje op zichzelf' is, is het belangrijk dat een TC-lid plaats neemt in de werkgroep.

4.1.2 Analyseren van de situatie

Voordat over gegaan wordt tot het opzetten van activiteiten en het werven van leden, zal de vereniging haar eigen situatie en de omgevingssituatie in kaart moeten brengen.

Verenigingsanalyse

Heeft de vereniging al leden die binnen de doelgroep vallen en wat zijn de ervaringen?

Zijn er mensen in de vereniging die affiniteit hebben met de doelgroep?

Zijn zij bereid een bijdrage te leveren aan het realiseren van de plannen?

Omgevingsanalyse

Is er een vereniging in de omgeving met G- en/of LG- hockey of een vereniging die het plan heeft om dit op te starten? Wat zijn hun ervaringen?

Welke andere sportverenigingen/organisaties in de omgeving zijn er die zich richten op mensen met een verstandelijk/ lichamelijk beperking? Wat bieden zij aan, hoe is het animo en wat zijn de ervaringen?

Het heeft geen zin een concurrentieslag aan te gaan met een vereniging dicht in de buurt (binnen een afstand van 5 km). Het is zinvoller om te kijken of je vereniging zich dan niet beter op een andere doelgroep kan richten, of wellicht zijn er mogelijkheden om bepaalde

samenwerkingsverbanden op te zetten met betrekking tot activiteitenaanbod voor bepaalde doelgroepen.

Hoe is het beleid van de gemeente ten aanzien van sporten met een beperking? Wat kan de gemeente voor de vereniging betekenen?

4.1.3 Bepalen van de doelgroep en doelstelling

De vereniging zal voor zichzelf duidelijk moeten maken op wie de vereniging haar activiteiten wil richten. Is de vereniging geïnteresseerd in het opzetten van een G- en/of LG- afdeling? De KNHB stelt de volgende richtlijnen voor:

Richtlijnen voor deelname aan G- en/of LG-hockey

- Voor iedereen die niet in een regulier team kan mee spelen.
- Leerlingen van scholen als; bv basis, zmlk, S(B)O-(Speciaal Basis Onderwijs) niveau cluster 3 en 4
- Begeleid woonprojecten
- Stick kunnen vasthouden en zonder gevaar hiermee om kunnen gaan, beseft hebben van gevaar/veiligheid
- Voldoende mobiel (niet rolstoelafhankelijk)
- Aanwijzingen kunnen opvolgen
- Omgaan met anderen, in tweetallen kunnen functioneren
- Wedstrijdje kunnen leren spelen

Proeftraining

Een proeftraining is niet bedoeld om te achterhalen of iemand binnen de doelgroep past, dit moet vooraf al bekend zijn om grote teleurstellingen bij ouder en kind te voorkomen.

Aan de hand van een 'intakegesprek' met kind en ouders zal de werkgroep een beoordeling maken of het kind wel of niet in de doelgroep past en of hockey een geschikte sport is. Een intakegesprek is vaak een eerste kennismaking waarin duidelijkheid verkregen wordt over medische, sociale (gedrags-) en fysieke (belasting – belastbaarheid) kenmerken van het potentiële lid.

Voor het achterhalen van deze informatie kan de vereniging vragen naar medische gegevens (zie Bijlage III 'Registratieformulier Medische gegevens'), eventuele motorische beperking, soort onderwijs en sportervaring.

Blijkt uit het gesprek dat zowel het kind, als de ouders en de vereniging (werkgroep) allen enthousiast zijn, zal één of meerdere proeftrainingen duidelijk maken of het kind hockey echt leuk vindt en of hij/zij zich er thuis voelt.

4.2 Fase 2: Planning van activiteiten (GO of NO GO moment)

Als blijkt dat de doelstelling van het opstarten van G- en LG-hockey binnen de vereniging haalbaar is, zal een opsomming gemaakt moeten worden van de taken die daarbij komen kijken. Advies is een planning voor langer termijn te maken (ongeveer 5 jaar).

Dit hoofdstuk beschrijft de stappen die de vereniging voor iedere activiteit doorloopt.

Taken voor de werkgroep zijn te verdelen in o.a.

- Ledenwerving
- Leggen en onderhouden van contacten met externe instanties
- Publiciteit en communicatie
- Technisch beleid incl. kader en accommodatie. (taken hoofdtrainer / kwalificaties hoofdtrainer)
- Financieel beleid: subsidies en sponsorwerving / penningmeester
- Vrijwilligerskader

Bovenstaande taken moeten in een actieplan concreet uitgewerkt worden, **Wat** wordt door **Wie** op **Welke** manier **Wanneer** gedaan. Welke kosten brengen bovenstaande plannen met zich mee en welke financiële middelen staan er tegenover.

4.2.1 Ledenwerving

De sportparticipatie van mensen met een beperking blijft ver achter bij die van de rest van de bevolking, dus liggen er voldoende kansen voor hockeyvereniging om hierop in te spelen. De vereniging moet zich wel bewust zijn, dat de potentiële G- en LG-leden niet in rijen voor de deur zullen staan. Het aantal potentiële sporters met een beperking is, met name op lokaal en regionaal niveau gering. Bij het plannen om G- en LG-leden te werven, is het raadzaam informatie in te

winnen bij organisaties die reeds bekend zijn met de doelgroep. Tevens is het heel belangrijk om inzichtelijk te maken op welke leeftijdsdoelgroep je je gaat richten. Belangrijke omgevingsfactoren die een rol spelen in de sportkeuze bij kinderen zijn: Familie, vrienden, begeleiders, leerkracht op school, (para)medici en huisgenoten in een begeleid woon project.

Onderstaande instanties kunnen een rol spelen bij het werven van G- en LG-leden.

G- en LG-hockey

- Gemeente – gemeentegids biedt vaak een goed overzicht van aanwezige scholen en patiëntenverenigingen in de omgeving
- Begeleid woon projecten voor mensen met een verstandelijk beperking
- Kranten (regionaal)
- Kinderartsen, revalidatie arts
- S(B)O-(Speciaal Basis Onderwijs) niveau cluster 3 en 4
- Fysiotherapeuten
- Huisartsen
- Logeerhuis voor mensen met een verstandelijk beperking
- Regionale patiënten- en gehandicapten organisaties
- Hockeyende familieleden

Externe Media bv.

- Mond-tot-mond reclame!
- Folders en flyers
- Posters
- Thema nummer clubblad
- Clubblad omliggende verenigingen
- Lokale of regionale bladen
- Lokale of regionale radio en tv zenders
- Schoolkrant
- Special Heroes
- Sportservice

Het persoonlijk bezoeken van de doelgroep is een goede optie. Je kunt ze dan direct een concreet aanbod doen.

Tip: Ga eens kijken bij andere verenigingen met G- en/of LG-hockey en heb een gesprek met de coördinator van deze vereniging.

4.2.2 Leggen en onderhouden van contacten met externe instanties

Organisaties en instellingen die de vereniging kunnen ondersteunen en/of waar de vereniging een samenwerkingsverband mee kan aangaan zijn:

KNHB

- Ondersteunt verenigingen door als communicatiemedium te fungeren
- Promoot, stimuleert en coördineert huidige aanbod en breidt huidige activiteiten uit
- Organiseert en ondersteunt bij G- en LG-hockeytoernooien
- Organiseert activiteiten ter ondersteuning van de begeleiding van de doelgroep
- Organiseert voor trainers een opleidingsmodule 'G- en LG-hockey'

Dirk Kuyt Foundation

De Dirk Kuyt Foundation kan verenigingen financieel ondersteunen bij het organiseren van hun evenement.

De sportevenementen die voldoen aan de onderstaande voorwaarden kunnen een verzoek bij de Dirk Kuyt Foundation indienen. Criteria bij de beoordeling van de support aanvragen voor nationale sport- en spelprojecten voor mensen met een beperking:

- Het betreft een nationaal sportevenement voor mensen met een beperking. Daarbij maken we geen onderscheid tussen een lichamelijke- of verstandelijke beperking. Evenementen ter stimulering of integratie van de gehandicapten sport kunnen ook een verzoek indienen.

- Het sportevenement kent een regionaal- of landelijk karakter en is niet gericht op 1 specifieke vereniging. Wel kan een specifieke vereniging met de organisatie van een G-sporttoernooi bedoeld voor meerdere teams uit het land of regio een verzoek indienen.
- Bij voorkeur gaat het om structurele, repeterende evenementen. Bijvoorbeeld een jaarlijks of tweejaarlijks terugkerend evenement. Echter, eenmalige projecten sluiten we niet uit.
- DKF steunt sportevenementen die niet in aanmerking komen voor steun of subsidie van overheid of provincie. En daarmee de sportverenigingen en/of organisatoren van g-sportevenement die volledig afhankelijk zijn van vrijwilligers, sponsors en fondsen.

Voor meer informatie zie www.dirkkuytfoundation.nl en www.dirkkuytfoundation.nl/evenementen/#aanvraagformulier voor het aanvraagformulier.

Gehandicaptensport Nederland (GSN)

Gehandicaptensport Nederland stimuleert sport en bewegen voor mensen met een handicap. Sport maakt immers gezond, draagt bij aan je persoonlijke groei en brengt je in contact met anderen. De sportbond maakt het samen met circa 200 lid organisaties mogelijk dat je kunt sporten of bewegen bij jou in de buurt, zowel therapeutisch, recreatief als in competitie- en wedstrijdverband.

Fonds Gehandicaptensport (FGS)

Fonds Gehandicaptensport ondersteunt de georganiseerde sport, zodat iedereen met een handicap structureel kan sporten. Dit betekent in een straal van tien kilometer minimaal het aanbod van één sport. Dus het verbeteren van de sportinfrastructuur. Onze ambitie is dit in 2020 gerealiseerd te hebben.

Met het positief beïnvloeden van de beeldvorming rond gehandicaptensport willen wij de Nederlanders inspireren om gehandicaptensport als vanzelfsprekend te zien en actief hierin te participeren, zodat mensen met een handicap altijd en overal kunnen sporten.

Bij dit fonds kunnen aanvragen voor subsidie worden ingediend met betrekking tot:

- Ontwikkeling en aanschaf van aangepast sport- en spelmateriaal
- Speciale aanpassingen voor sporters met een beperking in sportaccommodaties
- Organisatie van speciale toernooien voor sporters met een beperking

Sportservices

Iedere regio heeft een eigen sportservice die het doel heeft de kwaliteit van sport- en bewegingsactiviteiten in stand te houden. Zij werken aanvullend op de ondersteuning die de landelijke sportbonden bieden aan verenigingen.

4.2.3 Publiciteit en Communicatie

Een goede voorlichting over het G- en/of LG-hockey binnen de vereniging is een "must". Naast haar eigen leden en vrijwilligers moet de voorlichting ook gericht zijn op de potentiële leden. Bovendien is het belangrijk dat bij gemeente en regio bekend is dat hockey er ook is voor mensen met een beperking. Hoe meer publiciteit en hoe beter de communicatie, hoe groter de kans van slagen is. van het opzetten van de G- en/of LG afdeling en het waarborgen van de continuïteit ervan. Het organiseren van een sportdemo/clinic is een goed middel om de doelgroep de sport te laten beleven.

4.2.4. Technische beleid (incl. kader en accommodatie)

De Technische Commissie van de vereniging zal de werkgroep op een aantal hockeytechnische zaken kunnen ondersteunen. Onderwerpen die onderling goed afgestemd moeten worden zijn: opleiding, werving en vergoeding kader, beschikbaarheid van accommodatie, materialen en clinics voor de jeugd.

4.2.5 Financieel beleid: Inkomsten, uitgaven, subsidies en sponsorwerving

Voor de plannen ten aanzien van het G- en/of LG-hockey dient ook een begroting opgesteld te worden. De inkomsten- en kostenposten van het G- en LG- hockey zijn niet veel anders dan die van een regulier team. De G- en LG-hockeys zijn leden van de vereniging en daarom is het ook gebruikelijk om deze tak binnen de begroting van de totale vereniging te laten vallen.

Inkomsten

- Contributie leden vaststellen
- Evt. bijdrage sponsors
- Subsidies van bijvoorbeeld gemeente of via fondsgehandicaptensport

Noodzakelijk te maken kosten

- Organisatie, vergoeding kader (trainers / begeleiders)
- Materiaal voor de trainingen - keepersuitrusting / tas

Eventuele extra kosten specifiek voor de doelgroep

- Publiciteit: kosten voor drukken promotiefolder
- Eventuele zaalhuur (bij zaalhockey)

4.3 Fase 3: Uitvoering van activiteiten**4.3.1 Kader voorlichten, leden informeren**

Men kan de leden informeren via het clubblad, website of via een aparte ledenbrief. Regelmatig aandacht schenken aan de activiteiten is nodig om het G- en/of LG-hockey binnen de vereniging te laten leven. Mondeling toelichting geven op de plannen tijdens een verenigingsavond, zoals een ALV of een kaderbijeenkomst werkt effectief. Dan kan worden ingegaan op vragen van leden. Voorlichting over de opvang van en de omgang met deze sporters is noodzakelijk om niet noodzakelijke drempels en vooroordelen weg te halen (zie ook 4.1.1. Draagvlak creëren). Vooral het kader dat met hen te maken krijgt, zal goed geïnformeerd moeten worden. Voor de mensen die de begeleiding van de hockeyers met een beperking op zich nemen, heeft de KNHB een module 'G- hockey' ontwikkeld om de trainers meer vertrouwd te laten worden met de doelgroep.

4.3.2 Kennismakingsactiviteiten organiseren

Voordat mensen met een beperking lid worden van een vereniging zullen ze vaak eerst met de sport willen kennismaken en de sfeer willen proeven bij de vereniging.

De eerste kennismaking moet direct aanslaan en kan op verschillende manieren:

- Open dag of instuif voor mensen met een beperking uit de buurt: van instituten, scholen en instellingen.
- Sportdag organiseren voor leerlingen van scholen S(B)O-(Speciaal Basis Onderwijs) niveau cluster 3 en 4, woongroepen etc.
- Het verzorgen van gastlessen in het Speciaal onderwijs (Special Heroes)
- Demonstratiewedstrijden en clinics organiseren
- Uitnodigingen verspreiden om gratis en vrijblijvend een aantal weken bij de club te komen trainen.

Randvoorwaarden waaraan de kennismakingsactiviteiten dienen te voldoen:

- Aansluiten bij mogelijkheden en behoeften van de potentiële deelnemers
- Zo laag mogelijke kosten, liefst gratis
- Interessante spreker met eventueel ervaren G- of LG-speler van andere vereniging
- Goede rondleiding
- Het aanbod dient mede gericht te zijn op het bevorderen van sociale contacten. Stimuleer de kinderen en ouders om bekenden, familie en vrienden mee te nemen. Belangrijk is dat zij ook opgevangen en goed geïnformeerd worden over G- en LG-hockey en het verenigingsleven.
- Niet eenmalig, maar met vervolg aanbod
- Vrijblijvend: tot niets verplichten
- Aanwezigheid van enthousiaste leden
- Het aanbod dient een recreatief karakter te hebben
- Aanwezigheid van deskundige begeleiding
- Napraten

4.3.3 Leden inschrijven

Het uiteindelijke doel van de kennismakingsactiviteiten is de deelnemers als lid in te schrijven bij de vereniging. Het is verstandig om voor de kennismakingsgesprekken een vast contactpersoon binnen de vereniging aan te stellen waarbij het nieuwe lid vanaf dat moment terecht kan. Naast de vragen die tijdens een 'intakegesprek' aan de orde komen, kunnen onderstaande punten ook in het gesprek verduidelijkt worden:

- Contributie
- Rechten en plichten lidmaatschap
- Adressen en telefoonnummers van contactpersonen

- Medische aspecten
- Reilen en zeilen van de vereniging, nevenactiviteiten, vrijwilligerstaken.
- Wedstrijden
- Trainingen: data, tijd, plaats

4.3.4 Leden behouden

Wanneer de vereniging een aantal nieuwe leden heeft geworven, is het belangrijk deze ook te behouden. Mensen met een beperking worden niet alleen lid van een vereniging om te kunnen sporten, maar ook om erbij te horen. Acceptatie en integratie zijn voor iedereen (ook voor hun ouders/begeleiders) hele belangrijke factoren die hierbij een rol spelen. Dit kan op veel verschillende manieren:

- Informeren over rechten en plichten lidmaatschap
- Bevordering van de sociale contacten
- Onderhouden van de contacten met de nieuwe leden en hun ouders/verzorgers
- Het belangrijkste is ook weer hier: *"Gewoon wat gewoon kan en aangepast wat aangepast moet!"*

4.4 Fase 4: Afronding

Wanneer de leden zijn ingeschreven en de eerste trainingen zijn gestart, is het goed om alles nog eens op een rijtje te zetten en na te gaan of alles naar wens is verlopen. Bovendien moet worden vastgesteld welke zaken in de toekomst de aandacht verdienen. In deze fase komen de volgende aandachtspunten aan de orde:

- Evalueren
- Continueren

4.4.1 Evalueren

Evalueren gebeurt in veel gevallen automatisch, als verschillende mensen in de vereniging terloops gevraagd wordt wat zij ervan vinden. Na afloop van het project dient echter systematisch en georganiseerd te worden geëvalueerd. De verschillende stappen uit het project moeten worden nagelopen. De resultaten moeten afgezet worden tegen de vooraf geformuleerde doelstellingen. Het verdient aanbeveling een aparte bijeenkomst te organiseren, waarbij de verschillende betrokkenen hun mening kunnen uiten. Na afloop van de evaluatie kan een beslissing worden genomen over de te volgen strategie voor de toekomst. De continuïteit zal immers gewaarborgd dienen te worden.

Onderwerpen van evaluaties zijn:

Conclusie: Hoe luidt het algemene oordeel over het project?

Resultaten: In hoeverre is de doelgroep bereikt en zijn de doelstellingen van de verschillende onderdelen gerealiseerd? Welke factoren en omstandigheden zijn bepalend geweest voor het slagen cq. mislukken van het project?

Verloop: Hoe heeft de werkgroep gefunctioneerd? Hoe was de medewerking binnen en buiten de vereniging? Zijn alle plannen uitgevoerd en is eraan vastgehouden? Is de begroting gehaald?

Vervolg: Is het G- en/of LG-hockey voldoende ingekaderd in het verenigingsbeleid?

Opmerking: Niet alleen na afloop van het project maar ook tussentijds moet er geëvalueerd worden. Door geregeld bovenstaande vragen te stellen, kunnen plannen, indien nodig, tijdig bijgestuurd worden.

4.4.2 Continueren

Als eenmaal de resultaten bekend zijn, kan er een plan voor de toekomst worden opgesteld. Het gaat er nu om de leden te behouden en eventueel uit te breiden. Het proces van volledige integratie en acceptatie zal niet direct gerealiseerd zijn en dient ook blijvend de nodige aandacht te krijgen.

Een aantal items dat op langere termijn aan de orde komen zijn:

- Van tijd tot tijd bezoeken van activiteiten van andere verenigingen, themabijeenkomsten en districtsbijeenkomsten gericht op het G- en/of LG-hockey.
- Bezoeken van bijeenkomsten georganiseerd door de KNHB.
- Bevorderen van participatie binnen de vereniging
- Zorgen voor tijdige opvolging van sleutelposities

- Regelmatig evalueren en meningen uitwisselen met de betrokkenen van de spelers hun ouders/verzorgers en de vrijwilligers.
- Regelmatig contact onderhouden met externe instanties, personen en organisaties
- Nazorg

Kritische succesfactoren

- Voldoende deelnemers en deskundig kader
- Goede voorbereiding
- Geborgenheid binnen de vereniging
- Blijvende aandacht voor acceptatie en integratie
- Oog voor continuïteit
- Afstemming met de reeds bestaande alternatieven

Bijlage I Spelreglement G- en LG-hockey

We hanteren de volgende basisuitgangspunten

We gaan uit van de normale hockeyspelregels. Als basisspelregels hanteren we de spelregels van de jongste jeugd zie www.knhb.nl.

De aanpassingen en aanvullingen hierop die van belang zijn om het G- en LG-hockey veilig, uitnodigend en speelbaar te laten verlopen, worden hieronder uitgewerkt.

Voorafgaand aan de wedstrijden is het aan te raden om met de coaches van beide teams en de spelbegeleider een aantal afspraken te maken over: welke spelers behoeven extra aandacht en de toepassing 'Drie-doelpunten-regeling' voor bij de 6-tallen.

Zo voorkom je misverstanden en kan iedere speler met zijn/haar beperkingen veilig en met plezier de wedstrijd spelen.

Tip voor de coach: laat altijd spelen vanuit een basisopstelling met een concrete taakverdeling (die gewisseld kan worden in verband met spelplezier en spelveiligheid voor beide teams), waarbij de functie van keeper niet vergeten wordt.

De spelbegeleiding

Gehanteerd voor het G- en LG-hockey zie www.knhb.nl.

Zie 6-tal en 8-tal regels

De belangrijkste taak van de spelbegeleider is de partijen op een plezierige, veilige en leerzame manier samen te laten spelen.

Spelregelkennis is beslist noodzakelijk!

De taken van de spelbegeleider

- Voor de wedstrijd kennis maken met de begeleiders/coach van beide teams
- Informeer naar het spelniveau van beide teams
- Zijn er beschermde spelers? Zo ja, hesje aan en waarom? (bij LG-hockey)
- Roep de spelers bij elkaar en vertel waar extra aandacht aan geschonken wordt in deze wedstrijd.
- Toss met de aanvoerders, team opstellen en beginnen
- Tijdens het spel onderbreekt hij het spel zo min mogelijk maar let op VEILIGHEID en de hoofdregels. Dit betekent niet dat er nergens voor gefloten wordt!
- De wijze van fluiten moet consequent en duidelijk zijn.
- Fluit vragend, d.w.z. vraag af en toe waarom er gefloten is en leg zo nodig uit.
- De spelleider geeft aanwijzingen aan BEIDE teams!! Leg daarvoor het spel zo nodig stil.
- Probeer "kluitjes" hockey te voorkomen
- Speel altijd 6 tegen 6 of 8 tegen 8
- Wisselen is onbeperkt toegestaan
- Time-out is onbeperkt toegestaan
- STIMULEER BEIDE PARTIJEN en laat de uitslag niet te hoog uitvallen.
- Pas in dat geval maatregelen toe:
 - o De spelbegeleider gaat strenger fluiten voor de sterkere partij
 - o De sterkere partij verandert de opstelling
 - o Iedere speler van de sterkere partij mag, zodra hij/zij in balbezit komt, de bal maximaal drie keer aanraken.
 - o De spelbegeleider geeft meer (technische en/of tactische) aanwijzingen aan de zwakkere partij
 - o De zwakkere partij mag een extra veldspeler inzetten.

Bijlage II Adressen

G- en LG-hockey

KNHB
Postbus 2654
3430 GB Nieuwegein
Bezoekadres:
Wattbaan 31-49
3439 ML Nieuwegein

KNHB contactpersonen G- en LG-hockey

Marij van Tienen
Sophie Benus
E: ghockey@knhb.nl of lg Hockey@knhb.nl
T: 030-7513413
@: www.knhb.nl of via de volgende [LINK](#)

Landelijke G-commissie

Competitie indeling en samenstelling
Jeanette Schneider
E: jeanetteschneider@live.nl
T: 015-2620866
M: 06-23005298

Adviseur voor nieuwe verenigingen
Bettien Streng
E: bettienstreng@planet.nl
T: 030-6570957

Internationaal, Special Olympics en organisatorisch
Elsbeth Ruys
E: elsbethruys@hotmail.nl
T: 0575-575475
M: 06-12996302

Organisatie en samenstelling 11 -tal hockey
Anja Frederiks
E: anjafrederiks@planet.nl
T: 026-3620292
M: 06-3523963

Overzicht van verenigingen die G-hockey aanbieden is te vinden op www.knhb.nl.

Landelijke LG-commissie

Competitie en nieuwe verenigingen
Hans Ruiter
E: hansruiter8@gmail.com
M: 0625403171

Spelregels en opleiding
Paul van Praagh
E: pvanpraagh@ahbc.nl
M: 0654321257

Werving en promotie
Karlijn van Beek
E: karlijnvanbeek@yahoo.com
M: 0629596123

LG-hockey voor volwassenen
Naomi Scholten
E: naomi_scholten@hotmail.com

Overzicht van verenigingen die LG-hockey aanbieden is te vinden op www.knhb.nl.

Bijlage III Registratieformulier Medische gegevens**Algemene gegevens**

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

Contactpersoon:

Telefoon:

Datum van invullen:

Ingevuld door:

Relatie tot deelnemer:

Medische gegevens

Is er in verband met sportbeoefening bij de deelnemer sprake van:

	Nee	Ja
Epilepsie	☐	☐
Hartafwijking	☐	☐
Suikerziekte	☐	☐
Afwijkend gedrag	☐	☐

Epilepsie aanvallen

- ♦ Wat gebeurt er bij zo 'n aanval?

- ♦ Kan de aanval door bepaalde gebeurtenissen (bijv. spanning) opgewekt worden?

- ♦ Kunt u een aanval zien aankomen?

- ♦ Wat is de beste benadering tijdens en vooral na de aanval?

Hartafwijking

- ♦ Houdt de afwijking een beperking in voor het sporten?
Zo ja, wat merkt u bij inspanning aan de deelnemer?

- ♦ Hoe kan het beste gereageerd worden als die verschijnselen optreden?

Suikerziekte

- ♦ Hoe zijn de eerste verschijnselen van een 'hypo' merkbaar?

- ♦ Zijn er speciale maatregelen nodig rondom het sporten (bijv. het eten van iets zoets)?

Afwijkend gedrag

- ♦ Welk afwijkend gedrag vertoont de deelnemer?

- ♦ Zijn er bepaalde gebeurtenissen waardoor dit gedrag ontstaat? Zo ja, welke?

- ♦ Wat doet u in zo'n geval?

Algemeen

- ♦ Heeft u nog andere opmerkingen over de gezondheidstoestand, die van belang kunnen zijn bij sportbeoefening?

- ♦ Moet er op een bepaalde manier gereageerd of gehandeld worden?

Het is de bedoeling dat deze informatie beschikbaar komt voor de sportbegeleiders om beter te kunnen reageren op gebeurtenissen tijdens de sporten. Gaat u hiermee akkoord?

Handtekening voor akkoord

Bijlage IV Handicaps

AUDITIEVE HANDICAP

Er zijn circa 80.000 personen die in hun jeugd (t/m 19 jaar) te maken hebben met zeer serieuze hoor problemen. In de leeftijdsgroep van 20-30 jaar gaat het om circa 50.000 personen met ernstige hoor problemen in de categorie 30-40 jaar om circa 60.000 mensen.

Er is zowel in Nederland als internationaal de nodige onduidelijkheid over de definiëring van doofheid of doof zijn. De meeste beschrijvingen of indelingen zijn gebaseerd op het aantal decibel (dB) hoor verlies wat de persoon heeft aan het beste oor. In Nederland wordt vaak gesproken van 'echt doof' als iemand meer dan 90 dB verlies heeft. Ligt het verlies tussen 65-85/90 dB noemt men dit zwaar slechthorend en een verlies van circa 55-65 dB wordt aangeduid met middelmatig slechthorend. In Amerika legt men de grens tussen doof en slechthorend vaak bij 65 à 70 dB hoor verlies.

Personen met meer dan 55 dB hoor verlies zullen problemen hebben met het opdoen van auditieve, verbale informatie en daarmee gepaard gaande vaak met communicatie. De grens van 55 dB verlies wordt ook gehanteerd voor de dovensport, dus personen met minimaal 55 dB verlies op het beste oor mogen meedoen aan nationale en internationale wedstrijden tussen doven.

Dove mensen kunnen geen informatie opnemen via het oor. Dat betekent dat ze informatie visueel opnemen. Dus als je buiten het gezichtsveld van een dove persoon bent kun je hem of haar geen informatie verstekken en heeft het dus geen zin om te praten. Dus visuele informatie en communicatie is onmisbaar voor vele doven en (zwaar) slechthorenden.

Als doven samen met horenden sporten is er naast problemen in de communicatie vaak sprake van een sociaal probleem. Wat zich in een groep afspeelt aan communicatie tussen horenden is vaak voor een dove niet of slechts zeer ten dele te volgen. Dit geeft vaak een gevoel van sociale isolatie.

Vaak weten doven ook niet helemaal zeker of ze de opdracht van de begeleider of de uitleg van een oefening wel goed hebben begrepen en dat kan leiden tot onzekerheid.

Dove mensen kunnen problemen hebben met:

- balans en oog-hand coördinatie (en hiermee ook totale lichaamscoördinatie) a.g.v. beschadiging in het binnenoor
- tragere motorische ontwikkeling a.g.v. het ontbreken van de stimulerende rol van geluidssignalen
- een minder efficiënt oog-hoofd systeem en daardoor minder oriëntatiegedrag naar doelen buiten het gezichtsveld a.g.v. het onvermogen gebruik te maken van auditieve informatie

Ontbreken van feedback

Doofheid heeft tot gevolg dat bepaalde vormen van feedback ontbreken. Feedback speelt in het algemeen een rol bij het aanleren en bij het handhaven van vaardigheden. Het leren lopen verloopt hierdoor bij dove kinderen anders dan bij horende kinderen. Ook het aanleren en uitvoeren van een basketbaldribbel, een mede ritmisch gestuurde beweging levert voor doven meer problemen op dan horenden. Het geluid ten gevolge van het zetten van voetstappen wordt niet waargenomen.

Dit geluid informeert een persoon over het verloop van een beweging en op basis van geluids informatie kunnen bewegingen gecorrigeerd worden.

Dove kinderen vertonen achterstand ten opzichte van horende kinderen in statische en dynamische balans. Ook op snelheid en kracht blijven dove jongeren achter bij horende leeftijdgenoten. Op basis van deze problemen zullen problemen ontstaan in het ontwikkelen van sportieve vaardigheden en handelingen. Het technisch perfect uitvoeren van een eenmaal aangeleerde vaardigheid wordt tevens bemoeilijkt. Bovendien kost visuele uitleg, ook met gebaren, meestal meer tijd en is ook vaak minder gedetailleerd mogelijk dan verbale informatie.

Doofheid heeft ook gevolgen voor het tactisch inzicht in een sportsituatie. Samenwerking tussen sporters van een team wordt bemoeilijkt vanwege de onmogelijkheid van verbale communicatie. Directe invloed van spelers van een team op de tactiek, bijvoorbeeld tijdens een wedstrijd, is zeer beperkt. Sturing van en invloed op de tactiek vanaf de kant is tijdens het spel zeer moeilijk. Ook onderlinge sturing tijdens het spel is visueel moeilijk realiseerbaar.

Trainers tips

1. Zorg dat je goed in het licht staat en altijd in het gezichtsveld van de dove sporter.
2. Praat rustig en duidelijk en probeer je uitleg met gebaren te ondersteunen.
3. Maak veel gebruik van voordoen.
4. Vraag na een uitleg of de dove sporter jouw informatie goed begrepen heeft, begin daarna pas.
5. Betrek de dove sporter zoveel mogelijk bij de gehele groep.
6. Probeer een aantal basisgebaren die veel in sportsituaties voorkomen onder de knie te krijgen.
7. Dove sporters hebben vaak behoefte aan een extra compliment, aan extra duidelijkheid dat ze iets goed doen, ze zijn vaak wat onzeker daarover.

CARA

CARA is een verzamelnaam voor ziekten van de luchtwegen die gekenmerkt worden door een vernauwing en/of verstopping van de luchtwegen (Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen).

Symptomen van CARA zijn: kortademigheid, welke vaak in aanvallen optreedt en gepaard gaat met hoesten en opgeven van slijm. Met deze term, die in de zestiger jaren werd ingevoerd, werden astma, bronchitis en longemfyseem samengevoegd en tevens afgegrensd van andere aandoeningen die klachten van de luchtwegen veroorzaken.

Enkele kenmerken van bovengenoemde ziektebeeldengroep zijn:

Astma bronchiale:	aanvallen van kortademigheid gepaard gaande met piepende ademhaling en ophoesten van taai slijm
Bronchitis:	ontsteking van de bronchiën met ophoesten van slijm.
Longemfyseem:	ook wel in de volksmond 'rek uit de longen' genoemd; de elasticiteit van het ophangstelsel van de longen is verdwenen. De uitademing is belemmerd doordat de luchtwegen hun stevigheid en stabiliteit verloren hebben. Mensen met longemfyseem zijn vaak moe, kunnen nauwelijks inspanning verrichten doordat ze onvoldoende zuurstof tot hun beschikking hebben.

Hyperventilatie

De laatste jaren valt hyperventilatie ook steeds meer binnen het ziektebeeld CARA.

Bij hyperventilatie is er sprake van een te snelle en te diepe ademhaling, waardoor het koolstofdioxidegehalte in het bloed te laag wordt. Hierdoor kunnen de volgende gevoelens ontstaan: kortademigheid, duizeligheid, tintelingen in mond en vingers, pijn op de borst en flauwvallen. Een oplossing voor hyperventilatie is: diverse keren in- en uitademen in de plasticzakje, zodat het koolstofdioxidegehalte in het bloed weer gaat stijgen.

Trainers tips

1. Bij deze groep mensen kan er snel kortademigheid optreden bij het sporten.
2. Mensen kunnen last hebben van een inspanningsastma, dat wil zeggen dat door het sporten een astma-aanval wordt opgeroepen.
3. Mensen met hyperventilatie hebben vaak een slechte verdeling ten aanzien van belasting en belastbaarheid: zij willen te snel te veel.
4. Attendeer de mensen op de juiste ademhalingstechniek: een verkeerde techniek lokt vaak ook gevoelens uit van kortademigheid.
5. De mate waarin de mensen CARA hebben, bepaalt sterk de mogelijkheden die er zijn om aan sport deel te nemen.
Mensen met hyperventilatie en een matige vorm van CARA kunnen in principe aan alle activiteiten meedoen.
Houdt rekening met situaties die eventueel allergische reacties op kunnen roepen: denk bijvoorbeeld aan roken in de sportkantine, een heel stoffige sportvloer, etc.

CHRONISCHE PIJN

Wanneer wij ons zelf in de vinger snijden, gaat dit veelal gepaard met het gevoel van acute pijn. Daarnaast zijn objectief veelal ook andere symptomen zichtbaar. Een snede in de vinger waar bloed uitkomt, een zwelling of verkleuring van de getroffen huidoppervlakten. Waarnemingen en acute pijnsensaties kunnen hierbij duidelijk gevonden worden, we spreken dan van 'somatogene pijn'.

Naast acute pijn kan er ook sprake zijn van pijnklachten die langer aanhouden (denk aan iemand die door zijn rug is gegaan: de pijn kan dagen, soms zelf weken aanhouden). Echter het lichaam zal veelal spontaan herstellen, al dan niet met professionele begeleiding en therapie.

Anders wordt het wanneer er geen trauma aan vooraf is gegaan. We spreken dan van 'psychogene pijn'. Pijn kunnen we hierbij zien als een signaal van overbelasting. De pijn is niet (altijd) zichtbaar en de mate waarin niet objectief te meten. Diverse factoren kunnen hierop van invloed zijn, wisselend in intensiteit. Echter, de pijn is zo goed als altijd aanwezig. We spreken dan ook van chronische pijn.

Eerder werd al genoemd dat pijn gezien kan worden als een signaal voor overbelasting. Overbelasting ontstaat als de (draag)last groter is dan de (draag)kracht. Het evenwicht is verstoord.

Met andere woorden: als de chronische pijnpatiënt meer wil of moet dan hij kan, kan dit er toe leiden dat er na de activiteit meer pijn ervaren wordt. Meer pijn ervaren zal als negatief worden aangemerkt en kan leiden tot afhaken bij die activiteit.

Dit geldt voor alle activiteiten, dus ook sport- en bewegingsactiviteiten. Veel negatieve (bewegings)ervaringen kunnen leiden tot inactiviteit. De chronische pijnpatiënt zal zich steeds meer 'geïnvaleerd' gaan voelen.

Naast de pijnklachten komen ook veel andere klachten voor. Vermoeidheidsklachten zijn hierin opvallend aanwezig. Fysieke maar ook mentale belastbaarheid is veelal gering. De conditie heeft zich hieraan aangepast. De chronische pijnpatiënt bevindt zich hierdoor in een neerwaartse spiraal. Veel pijnpatiënten reageren door rust te nemen.

De eigen mogelijkheden van de chronische pijnpatiënt bepalen voor een groot deel of hij fysiek belastende situaties aan kan of niet. Daarnaast speelt de kennis/kunde van de begeleider mede een rol. De chronische pijnpatiënt moet in staat zijn de belasting en zijn eigen belastbaarheid op elkaar af te stemmen. Geen continue duur- en piekbelasting, maar een goede afwisseling tussen in- en ontspanning.

Bovenstaande is zeker belangrijk te weten in relatie tot sport. Ten gevolge van de pijn kan een overgrote meerderheid niet meer aan de regulier sportverenigingsactiviteiten deelnemen. Veelal zijn ze aangewezen op aangepaste sportactiviteiten.

Het is onnodig te benadrukken dat chronische pijnpatiënten in een situatie verkeren die zij zelf niet willen en het liefst zo snel mogelijk willen verlaten. Dit zal niet altijd lukken. Belangrijk is dat de pijn te beheersen valt. Verantwoorde bewegingsactiviteiten met voldoende afstemming tussen inspanning-ontspanning zijn hierin erg belangrijk. Het gevoel dat iemand naar vermogen, op zijn niveau, kan deelnemen, is erg belangrijk. Activiteiten dienen hierop te zijn aangepast. Op deze wijze kan het (her)vinden van plezier in het bewegen weer betekenis krijgen.

Trainers tips

1. De chronische pijnpatiënt altijd serieus te nemen in zijn klachten.
2. Als de chronische pijnpatiënt aangeeft te willen pauzeren/stoppen, dit te respecteren en hem niet te pushen weer te snel deel te nemen.
3. Positief aanmoedigen wel eens uitgelegd kan worden als "ik doe waarschijnlijk niet op voldoende niveau mee/doe niet voldoende mijn best".
4. Chronische pijnpatiënten al veel mislukkingen zijn tegengekomen en dat afhaken door hen als de zoveelste teleurstelling wordt ervaren.
5. Het belangrijk is juist het feit van aanwezig zijn en deelnemen positief te belonen (dit uiteraard niet te overdreven!).

CVA

Andere benamingen voor CVA (Cerebro Vasculair Accident) zijn beroerte en hersenbloeding

Het gaat om een bloeding in onze hersenen. Van belang hierbij is te weten door welke oorzaken dit kan gebeuren en wat de gevolgen hiervan zijn voor zowel de patiënt als voor de eventuele begeleider (waar dient deze persoon rekening mee te houden?).

De oorzaken

1. Hoge bloeddruk
2. Aderverkalking
3. Forse klap op het hoofd
4. Zwakke plek in bloedvat
5. Onbekend

We weten dat het hele lichaam moet worden voorzien van bouw-, voedingsstoffen en zuurstof. Deze worden aangeleverd via ons bloedvatenstelsel. Dit vindt ook plaats in ons hoofd, in onze hersenen.

De hersenen zijn één van de belangrijkste organen in ons lichaam. Van hieruit vindt de verwerking van informatie plaats. Tevens bevindt zich hier onze kennis, welke in het geheugen is opgeslagen.

Via een ingewikkeld proces kunnen we vervolgens handelen naar de informatie die bij ons binnenkomt.

- We kunnen ons lichaam gericht laten bewegen.
- We kunnen luisteren en aan een gesprek deelnemen.
- We zien de dingen om ons heen en kunnen ze interpreteren.
- We nemen ons lichaam en de ruimte daar omheen waar.
- We voelen pijn en emoties.

Dat we dit allemaal kunnen, is de verantwoordelijkheid van onze hersenen. Maar onze hersenen kunnen niet alles evengoed. Daarom zijn delen van de hersenen gespecialiseerd in één bepaalde taak of functie. Voorbeelden:

- communicatie (geschreven/gelezen taal en gesproken/begrepen taal);
- bewegen;
- waarneming;

- gevoel;
- geheugen (lange en korte termijn geheugen).

Wanneer nu een bloedvat dat een hersendeel verzorgt met een specifieke taak knapt, dan zal dit hersendeel (deels) verloren kunnen gaan. De daarbij horende functie werkt dan (deels) ook niet meer. Dit komt omdat de belangrijke voedingsstoffen/zuurstof niet aankomen op de plek van bestemming. De locatie van de bloeding is dus verantwoordelijk voor wat er verloren gaat. Hoe groter het vat dat geknapt is, des te meer verzorgingsgebieden er verloren gaan. Bij een forse bloeding zijn er dus veel functies die verloren kunnen gaan. Veelal zien we dan ook combinaties van uitvalsverschijnselen.

Opvallend hierbij is dat de uitval altijd één helft van het lichaam betreft, dus of rechts of links. Het ligt eraan of de bloeding in de linker of rechter hersenhelft heeft plaatsgevonden. In zijn algemeenheid kun je stellen dat:

- bloeding linker hersenhelft --> dan rechter lichaamshelft aangedaan
- bloeding rechter hersenhelft --> dan linker lichaamshelft aangedaan

Trainers tips

1. Door een halfzijdige verlamming is de patiënt veel aangewezen op een rolstoel of verplaatst zich moeizaam tijdens het lopen. De patiënt maakt veelal gebruik van loophulpmiddelen zoals beugels, stok of tweepoot.
2. Door een verminderd houdings- en bewegingsgevoel is de patiënt gebaat bij een rustig tempo van verplaatsen. De patiënt heeft hier de volle aandacht voor nodig. De balans, en de opvang als de balans verstoord wordt, is vaak slecht tot matig.
3. Benader de patiënt altijd aan zijn aangedane zijde (stimuleren van deze zijde).
4. Met name de schouder/arm is vaak pijngevoelig.
5. Streef naar zoveel mogelijk zelfstandigheid, neem niet alles uit handen.
6. Bij sommige patiënten wordt nog wel eens een overschatting van de mogelijkheden waargenomen, anderen onderschatten zichzelf nogal eens. Wees hierop attent.
7. In de communicatie is het voor beide partijen niet altijd duidelijk wat er bedoeld wordt. Neem hiervoor dan ook rustig de tijd, stel de vraag desnoods op een andere manier. Ook het laten antwoorden via ja/nee kan duidelijkheid bieden. Belangrijk is de persoon zelf zoveel mogelijk te stimuleren in de communicatie. Vat eventueel samen wat je tot dan toe hebt begrepen van een verhaal/antwoord.

DWARSLAESIE

Een dwarslaesie is een onderbreking in de continuïteit van de opstijgende en afdalende banen in het ruggenmerg. Functies beneden laesieniveau en de controle hierop zijn compleet of incompleet uitgevallen. Deze onderbreking (beschadiging) kan door verschillende oorzaken ontstaan en uit zich in een drietal verschijnselen:

- A. Gevoels (sensibele) uitval.
- B. Bewegings (motorische) uitval.
- C. Vegetatieve uitval.

A. Gevoels (sensibele) uitval

Door de onderbreking in de opstijgende zenuwbanen buiten het centrale zenuwstelsel (CZS) naar de hersenen (cortex) zullen prikkels die verstuurd worden onder het laesie niveau niet meer bewust worden waargenomen. Deze sensibele stoornis betreft dus de sensatie van: aanraking, pijn, tast, koud/warmte, positie/houdingsgevoel of bewegingszin/bewegingsgevoel. Al deze kenmerken worden dus onder het laesieniveau (= daar waar de onderbreking zit) niet meer of maar gedeeltelijk waargenomen. Het waarschuwingsmechanisme werkt niet meer of onvoldoende en dat heeft verstrekkende gevolgen voor onder andere rolstoelbelasting (doorzitten of decubitus), alarmeringsfunctie bij gevaarlijke situaties (verbranding/beknelling) en balansverlies/vallen.

Het gevoel kan volledig of gedeeltelijk (partieel) voor een aantal van bovengenoemde kenmerken uitgevallen zijn. Daarnaast kan er nog een links- en rechtsverschil bestaan.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

Onder het laesieniveau voelt de persoon met een dwarslaesie meestal niets, hierdoor is er:

1. geen pijnwaarneming, ook niet bij wondjes
2. geen goed gevoel hoe hij er bij zit, sneller balansverlies
3. geen koude- of warmtegevoel (denk aan douchen!)

B. Bewegings (motorische) uitval

Er is een onderbreking in de dalende banen die prikkels geleiden vanuit de hersenen naar de spier(groepen). Hierdoor kan de spier niet geprikkeld worden; er treedt geen spiersamentrekking (=contractie) op onder het niveau van de laesie. Ook hier kan de uitval compleet of incompleet zijn. Dit hoeft niet gebonden te zijn aan de sensibele uitval. De (volledige of onvolledige) verlamming kan zich op twee manieren uiten:

1. Spastische verlamming: er vinden continue en ongecoördineerde bewegingen plaats (of m.a.w. spieren worden ongewild zeer gespannen gehouden)
2. Slappe verlamming: er treden juist geen heftige reflexmatige reacties/bewegingen op.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Personen met een dwarslaesie verplaatsen zich meestal in een rolstoel; partiële dwarslaesie patiënten hebben soms nog een sta- en loopfunctie.
2. Hoe hoger de laesie is des te meer functie-uitval van spieren, des te minder de personen bewegen kunnen.
3. Hoe hoger de laesie des te meer zal men afhankelijk zijn van de begeleider of van hulpmiddelen.

C. Vegetatieve uitval

Het vegetatieve zenuwstelsel is het zenuwstelsel dat ook wel het onwillekeurige zenuwstelsel genoemd wordt. Er zijn een aantal processen van bijvoorbeeld je organen die je niet met je wil kan beïnvloeden (bijvoorbeeld: je kunt niet door denken alleen bewerkstelligen dat je suikerspiegel moet gaan dalen, of dat je bloeddruk moet gaan stijgen).

Door de onderbreking in het ruggenmerg ontstaat er een uitgebreid scala aan vegetatieve stoornissen met name in blaas/darmfunctie, het vaatstelsel (vaatspanning e.d.), afscheiding van

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. De sporters kunnen vrij plotseling last krijgen van oververhitting
2. De bloeddruk kan aan schommelingen onderhevig zijn
3. Het kan voorkomen dat een persoon incontinent is voor zowel de blaas- als de darmfunctie.

bijvoorbeeld hormonen en regeling van lichaamstemperatuur.

De soort laesie

De uitgebreidheid van een laesie wordt bepaald door:

- De hoogte van de laesie/de locatie van de ruggenmergonderbreking.
- De hoogte van de laesie bepaalt welke vorm van dwarslaesie de persoon in kwestie heeft:
 - een tetraparese (uitval van zowel armen als benen)
 - een paraparese (uitval van romp/buik/benen)
- Het (in)compleet zijn van de laesie kan verschillend zijn voor de gevoelsfunctie, bewegingsfunctie, als ook voor de vegetatieve functie.

De oorzaken

De oorzaken van een dwarslaesie kunnen van allerlei aard zijn, maar de belangrijkste zijn:

- Ongeval/trauma - beschadiging van het ruggenmerg met of zonder wervelbeschadiging
- Tumorproces - van het ruggenmerg zelf of het omringende bot
- Aangeboren - bijvoorbeeld door een open rug (spina bifida)
- Vasculair - bijvoorbeeld bloedingen (aneurysma), trombose, embolie
- Verworven - bijvoorbeeld bacteriële/virale infecties

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. De persoon met een dwarslaesie zich verplaatst in een rolstoel.
2. Sommige partiële laesies nog enige sta- en/of loopfunctie hebben
3. Er is eigenlijk altijd sprake van balansproblemen
4. Meestal is het gevoel uitgevallen, dus beknelling, verwondingen, etc. worden niet waargenomen. Als begeleider moet je hier dus zeer alert op zijn!
5. Mensen met een dwarslaesie kunnen bij inspanning problemen krijgen met een grotere vermoeidheid, warmteafgifte maar ook sneller onderkoeld kunnen raken. Dus bij een eventuele warmtestuwing moet je de persoon afkoelen, aan de andere kant moet je weer waken voor tocht en te sterke afkoeling.

EPILEPSIE

Iemand heeft epilepsie (ook wel vallende ziekte genoemd) als met enige regelmaat epileptische aanvallen optreden. In Nederland hebben ongeveer 100.000 mensen epilepsie. Driekwart van deze mensen heeft dankzij medicijnen geen last van aanvallen. Epilepsie komt relatief vaak voor bij mensen met een verstandelijke handicap.

Een aanval heeft in principe geen schadelijk effect op de hersenen. Een uitzondering is de zogeheten status epilepticus, waarbij een epileptische aanval langer dan een half uur duurt.

Een epilepsieaanval wordt veroorzaakt door een 'kortsluiting' in de hersenen.

Als je bijvoorbeeld je duim wilt bewegen, wordt er een stroompje vanuit de hersenen, via je zenuwen, langs een bepaalde weg naar je duim gevoerd. Bij een aanval van epilepsie zijn sommige hersencellen overactief. Daardoor worden er zoveel stroompjes tegelijk afgegeven, dat ze niet meer via één bepaalde weg ergens naar toe gaan maar zich in het wilde weg verspreiden. Hierdoor gaat het even mis met bewegen, voelen en denken.

Verschijselen

A. Bij een **absence** (afwezigheid) is iemand gedurende korte tijd buiten bewustzijn, meestal zonder dat anderen er iets van merken.

- De ogen draaien even weg of knipperen.
- Soms treden kleine schokjes in de handen op.
- Het hoofd kan voorover zakken of juist naar achteren worden gebogen.
- Het slachtoffer staart vaak met een lege blik voor zich uit.

B. Bij een **grote aanval** zijn drie fases te onderscheiden.

De tonische fase: deze eerste aanval duurt meestal ongeveer een halve minuut.

Door een massale ontlading van de hersencellen worden alle spieren aangespannen.

- Het hele lichaam verstijft.
- De lucht wordt naar buiten geperst en er kan een soort schreeuw ontstaan.
- Door de spierversijving is de ademhaling geblokkeerd en kan het slachtoffer blauw aanlopen, ook omdat er veel energie wordt verbruikt.
- Slikken is tijdelijk niet mogelijk dus hoopt zich speeksel op in de keel.
- De tong kan beklemd raken tussen de tanden omdat de kaakspieren zich plotseling aanspannen. Deze "tongbeet" veroorzaakt een wondje dat licht bloedt. Dit lijkt meestal erger dan het is.

De clonische fase: deze tweede fase kan ongeveer een halve tot anderhalve minuut duren.

Het lichaam verslapt gedurende korte tijd, gevolgd door het opnieuw spannen van de spieren.

- Dit afwisselend verslappen en aanspannen veroorzaakt schokken in armen, benen en gezicht.
- De ademhaling komt hortend op gang.
- Het opgehoopte speeksel (soms vermengd met wat bloed) wordt als schuim naar buiten geblazen.

De verslappingsfase: deze derde fase varieert in duur van één tot soms zelfs vijf minuten.

- Het schokken neemt af en de perioden van verslapping nemen toe.
- Het hele lichaam ontspant zich en de huid wordt bleek.
- De ademhaling is diep en rochelend.
- Soms treedt incontinentie op omdat de blaas wordt aangespannen of de sluitspier verslapt.
- De betrokkene kan direct weer bijkomen maar ook in een diepe slaap vallen.
- Hij of zij is na afloop vaak suf of klaagt over hoofdpijn.

De *herstelfase* is zeer verschillend, de een kan na vijf minuten weer aan het werk, de ander heeft een hele dag of langer nodig om bij te komen.

Een status

Er is sprake van een status als de ene aanval overgaat in de volgende, of als de aanval erg lang (vanaf 10 minuten) duurt. Bij een status moet altijd medische hulp worden ingeroepen.

Oorzaken

Bij de meeste mensen met epilepsie is er geen afwijking of beschadiging in de hersenen te vinden. In bepaalde gevallen ligt er aan de epileptische aanvallen wel een beschadiging in de hersenen ten grondslag. Een dergelijke hersenbeschadiging kan op verschillende manieren zijn ontstaan, bijvoorbeeld door een ontsteking, gezwel, problemen bij de geboorte, een ongeval met hersenletsel, hersenbloeding of giftige stoffen.

Een kind van een ouder met epilepsie heeft een verhoogde kans epileptische aanvallen te krijgen. Gebrek aan nachtrust, psychische spanningen of hevige schrik kunnen bij mensen met (een aanleg voor) epilepsie een epileptische aanval uitlokken.

Ook lichtflitsprikkeling, alcoholgebruik en koorts worden tot de provocerende factoren gerekend. Bij vrouwen met epilepsie kan de menstruatie een nadelige invloed hebben.

Diagnose

Een juiste diagnosestelling is erg belangrijk, daar verschillende aandoeningen en verschijnselen lijken op epilepsie. Met name flauwvallen, hyperventilatie, spanningsaanvallen en koortsstuipen worden soms verward met een epileptische aanval.

Een zo goed mogelijke beschrijving van de aanval door een omstander is zeer belangrijk!

Tijdens een aanval geeft een elektro-encefalogram (EEG) een afwijkend beeld te zien. Tussen de aanvallen door is het EEG vaak normaal. Soms is het nodig een aanval uit te lokken en een EEG te maken om een diagnose te kunnen stellen.

Behandeling van epilepsie

Epilepsie wordt bijna altijd behandeld met medicijnen. Hierbij worden de symptomen bestreden; de aandoening zelf is niet te genezen. Er zijn verschillende soorten epilepsiemedicijnen (anti-epileptica).

Omdat de medicijnen de zenuwcellen niet blijvend beïnvloeden moeten ze gedurende een lange tijd (vaak jaren) worden ingenomen. Om de bloedspiegel constant te houden is het van belang de anti-epileptica op vaste tijden te gebruiken. Bijwerkingen kunnen zijn: een versuffende werking, wazig zien en evenwichtsstoornissen.

Epilepsiechirurgie is een nieuwe behandelingsmogelijkheid die nog relatief zeldzaam is omdat daarvoor de epilepsiehaard precies te lokaliseren moet zijn.

Het verloop

Ongeveer de helft van de mensen krijgt de eerste aanval voor het twintigste levensjaar, vaak tijdens de kleuterjaren of de puberteit. Absences komen voornamelijk voor tijdens de kinderjaren.

Eerste hulp bij een epileptische aanval

- Blijf bij betrokkene in de buurt en let goed op.
- Probeer betrokkene niet tegen te houden, de aanval moet zijn beloop hebben.

- Blijf rustig, een goed bedoelde 'stevige' aanpak kan leiden tot afwijzing of zelfs agressie.
- Bescherm het hoofd met iets zachts.
- Maak de omgeving zoveel mogelijk vrij.
- Maak knellende kleding los, verwijder een bril en eventueel een los gebit.
- Verplaats betrokkene zo nodig naar een veiliger plek.
- Draai betrokkene als hij verslapt op de zij.
- Draai het hoofd iets naar achteren en maak indien nodig de mond schoon.
- Stel betrokkene gerust na het bijkomen.
- Waarschuw zo nodig een arts (bij ernstige verwondingen).

Wat moet je niet doen

- Probeer nooit iets tussen de tanden te steken! Dat iemand zich op de tong bijt is vaak niet te voorkomen. Dergelijke verwondingen genezen snel. Het risico dat je het gebit of je eigen vingers beschadigt, is te groot.
- Probeer de heftige arm- en beenbewegingen tijdens een aanval niet tegen te houden. Ze zijn te krachtig waardoor u botbreuken en spierscheuren kunt veroorzaken.
- Geef de persoon in kwestie niets te drinken of te eten voordat deze weer helemaal bij bewustzijn is.
- Koud water in het gezicht gooien om betrokkene bij bewustzijn te brengen heeft geen enkele zin.

Nogmaals: de meeste aanvallen gaan vanzelf over. Bel dus niet direct een dokter of ambulance.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Vooraf zoveel mogelijk relevante informatie vragen:
 - over de vorm;
 - over medicijngebruik.
2. Zorg voor herkenning met name in grotere groepen.
3. Extra aandacht tijdens fietsen, zwemmen, duurlopen enz.
4. Nooit alleen laten sporten.
5. Provocerende factoren vermijden zoals; schrikken, lichtflitsen en spanningen.
6. Probeer tot een duidelijke omschrijving van de aanval te komen om tot een goed diagnose te komen
7. Er moet een ruimte zijn waar iemand even kan gaan liggen indien nodig.

HERSENLETSEL EN COMA

Als gevolg van hersenletsel kan coma optreden. Over de gevolgen hiervan gaat het volgende hoofdstuk.

Coma, bewusteloosheid, wordt veroorzaakt doordat een deel van de hersenen niet werkt, of niet voldoende werkt (dit noemt men een functiestoornis van de hersenen).

De oorzaken

- (Verkeers) ongeval;
- Hersenbloeding of -infarct;
- Ziekte van de hersenen, bijvoorbeeld infectie;
- Vergiftiging;
- Zuurstofgebrek, bijvoorbeeld na een hartinfarct;
- Vochtophoping in de hersenen (bijvoorbeeld na een operatie aan het hoofd).

Het beginstadium van een coma noemen we de acute fase, de patiënt ligt dan diep in coma. Iemand die in een diepe coma ligt heeft de ogen gesloten, maakt nauwelijks bewegingen, moet kunstmatig gevoed worden (met sonde en infuus), wordt soms kunstmatig beademd en reageert niet op aanspreken of pijn.

Het is niet zo dat coma op zich verdere schade aan de hersenen veroorzaakt.

Het verloop van coma is bij iedere patiënt anders, daarom is het moeilijk om hierover in het algemeen iets te zeggen.

Duur van een coma

Niemand kan zeggen hoe lang een coma gaat duren. Er zijn drie mogelijkheden;

- De patiënt komt langzaam uit het diepe coma steeds meer bij bewustzijn, totdat hij wakker is. Er wordt aangenomen dat een diepe coma maximaal 2 maanden duurt.
- Het diepe coma kan overgaan in een chronisch coma (patiënt komt niet meer bij).
- De toestand van de patiënt kan zodanig achteruitgaan dat hij komt te overlijden.

Mogelijke gevolgen van een hersenletsel

De gevolgen zijn natuurlijk heel divers en **afhankelijk van de oorzaak**.

Globaal kan men de gevolgen als volgt onderverdelen:

Fysieke stoornissen, zoals:

- verlammingen;
- motorische coördinatiestoornissen;
- duizeligheid;
- hoofdpijn;
- vermoeidheid.

Cognitieve stoornissen, zoals:

- afname van intellectuele vermogens;
- onvermogen zelf structuur aan te brengen;
- geheugenstoornissen;
- aandachtsstoornissen;
- mentale traagheid;
- concentratieproblemen en snel afgeleid zijn;
- moeite met abstract taalgebruik.

Persoonlijkheidsveranderingen, zoals:

- apathie;
- prikkelbaarheid, geïrriteerdheid;
- ontremmingsverschijnselen;
- relativeringproblemen, labiliteit;
- decorumverlies;
- veranderingen in seksueel gedrag;
- gebrek aan juist ziekte-inzicht;
- moeite met het leggen en onderhouden van sociale contacten;
- sociaal slecht aangepast gedrag.

Coördinatiestoornissen en spastische verlammingen zijn de meest voorkomende motorische gevolgen van een trauma. Vaak komen ze samen voor. In veel gevallen is er sprake van trillen wanneer een beweging aangevangen wordt (bijvoorbeeld bij het pakken van een kopje). De spastische verlammingen herstellen zich in het algemeen redelijk, de coördinatiestoornissen blijven bestaan.

Soms is er sprake van een **dysartrie** (hortend en stotend praten).

Ook kan **afasie** (stoornis in het omgaan met de taal, kan zijn, moeite met het onder woorden brengen maar ook met het begrijpen van de taal) het gevolg zijn van de hersenbeschadiging.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Structuurverlening door anderen is heel belangrijk.
2. Leersituaties moeten stap voor stap worden aangeboden.
3. Men moet gebruik maken van heldere en concrete taal.
4. Het aanreiken van alternatieven en feedback is belangrijk.
5. Men dient zoveel mogelijk een vaste routine te handhaven.
6. Informatie moet eenduidig zijn.
7. De deelnemer heeft meer tijd nodig in een rustige omgeving om te communiceren.
8. Men overschat zijn/haar eigen prestaties nogal eens. Voorbeelden moeten heel concreet zijn.
9. De deelnemer vertoont vaak ontremd gedrag, waarbij duidelijkheid en een consequente aanpak nodig zijn.

In het algemeen kan men zeggen dat werken aan het opnieuw leren ontdekken van (on)mogelijkheden voor de ex-coma patiënt centraal staat.

Tegelijkertijd zal de sportleider moeten werken aan het zelfvertrouwen, ook om plezier in het bewegen terug te krijgen. Daarbij is overleg met betrokken begeleiding van de deelnemers uitermate belangrijk.

SPIERZIEKTEN

Spierziekten zijn aandoeningen van de motorische cellen in het ruggenmerg, van de zenuwen en van de spieren. Meestal zijn deze ongeneeslijke, progressieve ziektes. Door de neuromusculaire aandoeningen ontstaat spierzwakte.

Opvallend is dat bij sommige typen spierziekten de spiervezels omgezet worden in vet- of bindweefsel. Dit is *pseudo-hypertrofie*, de persoon ziet er dan dikker en opgeblazen uit.

Ook kan er een verschrompeling van het spierweefsel, *spieratrofie* ontstaan, de persoon ziet er dan dunner uit.

Er zijn momenteel ongeveer 600 soorten spierziekten beschreven. De oorzaak van deze aandoeningen is onbekend. Wel is duidelijk dat erfelijkheid een grote rol speelt.

Hier volgt een beknopt overzicht van de hoofdgroepen.

Spierdystrofie

Hier bespreken wij twee types: Duchenne en Becker.

Mensen die lijden aan Duchenne- of Beckerdystrofie hebben een verminderde spierkracht en meestal een opvallend gering uithoudingsvermogen. De ziekten zijn progressief van aard; de spierkracht gaat steeds verder achteruit.

Type Duchenne

Al op jonge leeftijd neemt de spierkracht af en vóór de puberteit zijn vrijwel al deze kinderen aangewezen op het gebruik van een rolstoel. Door de verminderde kracht van de ademhalingsspieren ontstaat er een verhoogd koolzuurgehalte en verlaagd zuurstofgehalte in het bloed en zo ontwikkelt het kind ademhalingsproblemen.

Op latere leeftijd worden kinderen met spierdystrofie van Duchenne geheel afhankelijk van verzorging door anderen en gaan naar een Mytyschool. Bij 40% van de kinderen is er sprake van een verminderde intelligentie en leerproblemen. Deze kinderen vragen een intensieve behandeling o.a. door een revalidatiearts, fysiotherapeut, bewegingsagoog, ergotherapeut, maatschappelijk werk, orthopedagoog en leerkracht.

Type Becker

In de regel ontstaan de eerste verschijnselen tussen peuterleeftijd en volwassenheid.

Een veel voorkomend symptoom is spierkramp. Deze treedt vooral op in de kuit, na het verrichten van spierarbeid. Klachten als gevolg van verminderde spierkracht zijn: dikwijls vallen, niet kunnen hollen, moeite met opstaan en traplopen, moeite met sport en gymnastiek.

Behandeling

Een daadwerkelijke genezing is helaas nog niet mogelijk. Wel kan er het nodige gedaan worden aan het bestrijden van de gevolgen van de ziekte, bijvoorbeeld door middel van fysiotherapie.

Zwemmen in een verwarmd zwembad wordt vaak als aangenaam ervaren.

Net als de skeletspieren kan ook de hartspier zijn aangedaan. In verband daarmee is een regelmatige controle door de cardioloog aan te bevelen.

Myotonieën

Myotone dystrofie (MD) is een relatief vaak voorkomende, erfelijke spierziekte (1 op 7000). Andere benamingen zijn Dystrophia Myotonica of de ziekte van Steiner.

Kenmerkende symptomen zijn myotonie (spierkramp) en een langzaam progressieve zwakte, met name van de gelaatsspieren, keel- en halsspieren en de onderarm- en onderbeenspieren. Ook andere organen

zijn vaak aangedaan. Dit uit zich in symptomen als staar van de ooglenzen, stoornissen in het hartritme, traagheid, initiatiefverlies en onvruchtbaarheid bij mannen.

Er is geen geneesmiddel bekend dat het natuurlijke beloop van de ziekte verbetert. Goede opvang en begeleiding van de patiënt zijn van groot belang.

Myotone dystrofie kan verdeeld worden in 4 verschillende typen, naar beginleeftijd en de voornaamste symptomen:

- Milde vorm: begint na het 50^e jaar. De meeste patiënten hebben alleen staar.
- Volwassen vorm: vanaf de puberteit tot het 50^e levensjaar; in de latere fase ontstaan orgaancomplicaties.
- Kindervorm: een vertraagde ontwikkeling staat op de voorgrond; de spierzwakte is vaak mild. Aan de diagnose MD wordt vaak niet gedacht, zeker als deze (nog) niet gesteld is bij een van de ouders.
- Mongenitale vorm: ernstige spierzwakte en hypotonie (slapte) zijn al bij de geboorte aanwezig, met ademhalings- en slikstoornissen tot gevolg. Ongeveer de helft van de baby's overlijdt ten gevolge van ademhalingsproblemen. Bij overleven houden deze kinderen vaak de karakteristieke tentvormige mond. De patiëntjes tonen een achterstand in hun motorische en mentale ontwikkeling. Door zwakte van het gehemelte zijn er spraakproblemen. Op volwassen leeftijd ontstaan alsnog myotonie en spierzwakte.

Spinale spieratrofieën (Amyotrofische Lateraal Sclerose (A.L.S.))

De aandoening A.L.S. gaat gepaard met krachtverlies van de willekeurige spieren van armen, nek, romp en benen. Daarnaast doen zich stoornissen in spraak, slikken en kauwen voor en kan er sprake zijn van 'dwanghuilen' of 'dwanglachen', dat wil zeggen ongeremd huilen of lachen zonder de daarbij passende gevoelens. De ziekte leidt op den duur tot een volledige verlamming en verlies van spraak- en slikvermogen. In de meeste gevallen voert de ziekte binnen twee tot drie jaar door ademhalingscomplicaties tot de dood. Meer dan 10 jaar overleving komt echter ook voor!

A.L.S. is moeilijk in 'fasen' in te delen. Een beginfase na de diagnosestelling en een eindfase met de totale A.D.L.-afhankelijkheid (Activiteiten Dagelijks Leven), zijn wel te onderscheiden. Men moet zich realiseren dat de A.L.S.- patiënt leeft tussen hoop en vrees in een crisisverwerkingssituatie met de diverse fasen. Het ene functieverlies volgt het voorgaande functieverlies vaak snel op.

MULTIPLE SCLEROSE

Multiple Sclerose (M.S.) is een ziekte van het centrale zenuwstelsel die kan leiden tot zeer uiteenlopende klachten. Bij sommige mensen gaan de klachten op en neer, bij anderen nemen de klachten langzaam maar zeker toe.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

(de aandachtspunten hebben vooral te maken met de verminderde kracht in de spieren van de betreffende persoon)

1. Bij het tillen niet onder de armen vastpakken, in verband met spierzwakte in de schouders.
2. Er is een verhoogde kans op luchtweginfecties, omdat de longspieren minder functioneren. Bij deze infecties kan de persoon geholpen worden door het slijm los te kloppen en hem/haar te ondersteunen bij het ophoesten. Juist tijdens inspanningen kan slijm naar boven komen.
3. De deelnemer is snel vermoeid. De ademhaling kan op den duur extra bemoeilijkt zijn doordat hals- en borstspieren onvoldoende werken. De lichamelijke conditie kan dus zwak zijn. Door ademhalingsondersteuning of kunstmatige beademing kan verlichting geboden worden. Men dient dus te waken voor overbelasting. Tevens kunnen er problemen met slikken zijn.
4. Voor de sportleider is waken voor overbelasting uitermate belangrijk. Daarvoor is essentieel:
 - goed contact met patiënt/deelnemer;
 - overleg met betrokken [para] medicus;
5. Contracturen van de ledematen en scoliose van de rug moeten voorkomen worden. Ook hierbij is overleg met een (para)medicus belangrijk.
6. Soms kan de gezichtsuitdrukking vlak zijn. Dit kan het gevolg zijn van zwakte van de gelaatsspieren en is zeker geen uiting van een gevoelsleven.
7. Positieve en enthousiaste begeleiding is zeker bij deze groep zeer belangrijk. Succesbeleving, samenspel, en het gevoel hebben ergens bij te horen en iets te betekenen kunnen via sport en spel gerealiseerd worden.
8. Men zal als sportleider veel moeten werken met aangepast materiaal. Ook zal men moeten overleggen met ergo- en fysiotherapeuten.

In het centrale zenuwstelsel wordt allerlei informatie geschakeld en worden er signalen langs bepaalde zenuwbanen teruggestuurd. Die zenuwbanen zitten in een soort isolatiemateriaal, de myelineschede. Bij M.S. ontstaan ontstekingen in deze myelineschede.

Daardoor kan de zenuwbaan het bericht niet goed overbrengen; dat uit zich in klachten.

Die klachten worden vaak weer minder als de ontsteking voorbij is maar er blijft een klein litteken achter en dat kan nog storingen teweegbrengen.

De meest voorkomende klachten bij mensen met M.S. zijn:

- Extreme vermoeidheid
- Problemen met zien (een wazig beeld of dubbel zien)
- Coördinatie stoornissen
- Incontinentie
- Bewegingsstoornissen (van lichte stoornissen tot verlamningsverschijnselen)
- Problemen met het voelen
- Psychische problemen (geheugenstoornissen, emotionele reacties)
- Psychosociale problemen

Verloop

M.S. kan op zeer verschillende manieren verlopen.

Een klein gedeelte van de patiënten heeft klachten die verdwijnen.

Bij ongeveer 15% van de patiënten is er sprake van een zeer progressief verloop van de ziekte en dit leidt binnen enkele jaren tot ernstige invaliditeit. Binnen deze uitersten zijn vele mogelijkheden waarop M.S. zich kan openbaren.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. M.S. patiënten moeten voorzichtig zijn met grote lichamelijke inspanningen; er zal dus zeer nadrukkelijk op intensiteit gelet moeten worden.
2. Zorg voor voldoende rustmomenten.
3. Geen explosieve/kracht sporten (gewichten, springen).
4. Probeer op de hoogte te blijven van het verloop van de ziekte.

REUMA

Je kent het vast wel: tijdens het sporten krijg je een bal ongelukkig op de vingers. Het gevolg is pijn, zwelling en eventueel verkleuring door een bloedingstorting. Meestal kun je de aangedane vingers een tijdje niet (goed) gebruiken. Na verloop van tijd is het over en kun je weer aan de sport meedoen.

Bij mensen met een reumatische aandoening is dit helaas anders. Pijnlijke gewrichten en spieren zijn een dagelijkse aanwezige kwelling. Bij alles wat de persoon in kwestie doet, wordt hij geconfronteerd met deze pijn, zowel in rust als bij beweging.

Een aantal vormen van reuma en aanverwante ziekten zijn:

1. Artritis, reumatoïde
2. Artrose
3. Ziekte van Bechterew
4. Fibromyalgie ('weke delen reuma')/Fibrositis

1. Artritis, reumatoïde

Deze vorm van reuma treedt in de gewrichten op, maar vooral in de handen en voeten. Het komt ongeveer driemaal zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen, op iedere leeftijd met pieken tussen 20-35 en 50-54 jaar. Ongeveer 3% van de bevolking heeft het.

Voor wat betreft het verloop is het vaak chronisch en wordt het steeds erger. Soms is het in dezelfde hoedanigheid steeds wegtrekkend en weer terugkomend. In veel gevallen verdwijnt het weer volledig (vandaar de gunstige prognose bij vroege gevallen).

Bekende verschijnselen zijn: ochtendstijfheid, pijn en gevoeligheid bij druk op de gewrichten, zwelling in één of meerdere gewrichten en vaak moeheid, slapte en vermagering.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. De pijn is veelal constant aanwezig, soms rustig, dan intens. Wees voorzichtig met waar je de persoon vasthoudt bij het geven van hulp.
2. De patiënten hebben soms enige, soms veel hulp nodig bij het aan- en uitkleden.
3. Probeer pijnlijke gewrichten zoveel mogelijk te ontlasten en ontzien.
4. Laat de mensen niet te lang lopen; zorg eventueel voor aangepast vervoer (duw wagen, douchestoel, etc.).
5. Wees extra alert in natte ruimtes (douche, zwembad) met het oog op vallen.

2. Artrose

Bij deze vorm van reuma is er iets in de stand van de gewrichten veranderd. Het is een vaak voorkomende, progressieve, meestal niet op ontstekingen gelijkende gewrichtsaandoening, waarbij aftakeling van het gewrichtskraakbeen optreedt. Het komt met name voor bij ouderen. De oorzaak van deze aandoening is niet bekend.

Bekende verschijnselen zijn: pijn, startstijfheid en deformatie, oftewel vervorming van de gewrichten.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

Het genoemde bij ad. 1 reumatoïde artritis.

3. Ziekte van Bechterew

Het gaat om een chronische aandoening, welke optreedt in het heiligbeen, heupgewricht en wervelkolom. Er ontstaat een sterke neiging tot progressieve verstijving/stijfheid. Tegelijkertijd treedt er ook vaak artritis op. De aandoening komt vrij vaak voor, meer bij mannen dan bij vrouwen. De ziekte begint meestal tussen het vijftiende en dertigste levensjaar.

Bekende verschijnselen zijn:

- pijn en stijfheid onder in de rug en in de billen, vooral 's nachts en 's morgens vroeg
- pijn op de borst
- slecht kunnen bukken
- stijve nek
- in de loop van de ziekte sterke bolling van de rug op schouder niveau
- bewegingsbeperking van de rug bij draaien
- moeite met borstademhaling

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Zie de punten die genoemd zijn bij ad. 1 reumatoïde artritis.
2. Houdt er rekening mee, dat de rug wisselend zeer pijnlijk kan zijn, met name wanneer de ontstekingen actief zijn

4. Fibromyalgie

Deze vorm van reuma wordt ook wel weke-delen reuma genoemd. Er zijn geen duidelijke ontstekingsverschijnselen en geen duidelijke oorzaken. Er is sprake van acute en chronische pijnen in bepaalde spieren of spiergroepen. De pijnlijke plekken bevinden zich vooral in nek, schouders en rug. Er treden spierverspansingen op in de aanhechtingpunten spier-bot.

Langdurige, intensieve en explosieve bewegingen kunnen negatief werken op de klachten. Goede afstemming van rust-inspanning is essentieel. Fibromyalgie-patiënten hebben een aantal opvallende persoonlijkheidskenmerken:

- het zijn doorzetters, geen afhakers
- ze vinden het vervelend als ze "nee" moeten zeggen
- het moeten stoppen met een activiteit geeft een negatief zelfbeeld

Het steeds maar weer moeten afhaken, kan er voor zorgen dat de personen definitief afhaken.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Wanneer een persoon met fibromyalgie aangeeft (even) met de activiteit te willen stoppen, respecteer deze keuze dan. Push ze niet te veel om door te gaan.
2. Dynamische activiteiten, bijvoorbeeld waar veel gerend moet worden, hebben een negatieve invloed op de klachten.
3. Hetzelfde geldt voor het gebruik van zwaar materiaal; het gooien met zware ballen is te belastend.
4. Bouw rustmomenten in de activiteit in. Het werkt vaak goed om hierover afspraken te maken tussen de begeleider en de sporters.

SPINA BIFIDA

De naam spina bifida heeft betrekking op de wervelkolom en wil zeggen dat één of meer wervelbogen niet gesloten zijn. Dit ontstaat tijdens de zwangerschap.

In algemene zijn er twee vormen.

In het eerste geval is behalve het probleem van het niet gesloten zijn van de wervelbogen er ook sprake van uitpuiling van een deel van het ruggenmergvlies. Deze uitpuiling is vrijwel altijd gevuld met vloeistof. Deze kinderen hebben meestal ook lichte tot matige neurologische uitvalsverschijnselen.

In het tweede geval is bovendien nog sprake van een misvorming van het ruggenmerg. Bij deze kinderen is er altijd sprake van ernstige neurologische stoornissen. Volgens de meest recente gegevens komt spina bifida ongeveer bij 1 op de 1000 kinderen voor.

Meestal heb je in praktische zin te maken met de volgende verschijnselen:

- slappe verlamming van de onderste extremiteiten en eventueel de bekkenspieren;
- gevoelsstoornissen;
- stoornissen in de vegetatieve functie van blaas, endeldarm en de geslachtsorganen.

Bij de gevoelsstoornissen is naast problemen met tast, pijn en temperatuurgewaarwording, vaak ook sprake van aandoening van het gewrichtsgevoel.

Bij afwijking in het vegetatief functioneren is naast het hierboven genoemde vaak ook sprake van problemen bij de regulatie van de doorbloeding van het onderlichaam, de temperatuur regulatie en de regulatie van de huid.

De meeste mensen met spina bifida zullen nooit een normaal seksueel leven kennen.

Daarnaast zijn er nog twee bedreigingen voor kinderen met spina bifida: de ontwikkeling van een waterhoofd en mogelijk een progressieve nierfunctiestoornis.

Verdere consequenties

De meeste kinderen met spina bifida zullen nooit leren lopen en zijn dus rolstoel gebonden.

De meeste kinderen hebben in hun jeugd te maken met vele en vaak langdurige ziekenhuisopnames. Veelal hebben zij daar op latere leeftijd nog last van en klagen daarover.

In relatie tot sport is het belangrijk rekening te houden met het volgende:

1. Goed en verantwoord tillen.
2. Veiligheid, vooral met betrekking tot de tere en gevoelige huid ter plaatse van de spina bifida.
3. Mensen zo veel als mogelijk zelf laten doen.
4. In relatie tot de ontwikkeling van een waterhoofd attent zijn op sufheid, hoofdpijn, wazig zien, anders (minder gecoördineerd) bewegen.
5. Vergrote kans op epilepsie.
6. De persoon met spina bifida verplaatst zich in een rolstoel. Zie dwarslaesie; de daar genoemde zaken met betrekking tot sport gelden in grote lijnen ook voor zeer veel mensen met spina bifida.