

Kinderrevalidatie in COVID-tijd

DE IMPACT VAN DE COVID-19 PANDEMIE DOOR DE OGEN VAN BEHANDELAREN: (ON)MOGELIJKHEDEN, ZORGEN, EN KANSEN

De COVID-19 pandemie en de bijkomende maatregelen om verspreiding van het virus te beperken hebben een grote impact gehad op de kinderrevalidatie. In deze publicatie beschrijven we hoe wij als revalidatieartsen en behandelaren hiermee zijn omgegaan, wat we ervan kunnen leren, waar onze grootste zorgen liggen, en welke positieve ontwikkelingen we mee moeten nemen in de zorg van de toekomst.



DR. J.J. (JORIS) BERKHOUT

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR VUmc, Amsterdam UMC loc. VUmc, afd. revalidatiegeneeskunde, Amsterdam

DR. M.W. (MATTIJS) ALSEM

Kinderrevalidatiearts, Amsterdam UMC, afd. revalidatiegeneeskunde, Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam

PROF. DR. A.I. (ANNEMIEKE) BUIZER

Kinderrevalidatiearts, Amsterdam UMC, afd. revalidatiegeneeskunde, Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam



CORRESPONDENTIE

jberkhout@spaarnegasthuis.nl

In de huidige COVID-19 pandemie lijken kinderen het ‘kind-van-de-rekening’ te worden. De meeste kinderen lijken gespaard te worden als het gaat om de infectie zelf, maar zij ervaren wel degelijk de gevolgen van de maatregelen die genomen zijn om de wereldwijde pandemie in bedwang te houden.¹ In maart 2020 kondigde de Nederlandse regering de eerste maatregelen aan om verspreiding te beperken,² en snel daarna werd besloten tot de sluiting van alle scholen.³ Deze maatregelen betekenden dat ook in de zorg beperkingen golden en het advies was om de zorg die niet ‘medisch noodzakelijk’ was tot nader order uit te stellen. In een onderzoek van Stichting Kind en Ziekenhuis werd duidelijk dat dit bij 79% van de ouders van kinderen met een uitgestelde ziekenhuisafpraak tot zorgen leidde, en dat 36% van de ouders dacht dat dit redelijke tot sterke gevolgen zou hebben voor hun kind.⁴ In dit onderzoek werd echter geen onderscheid gemaakt tussen kinderen met en kinderen zonder beperkingen.

Voor kinderen die revalidatiebehandeling kregen betekende de maatregelen veelal dat therapie tijdelijk gestopt en afspraken afgezegd werden. Het doel van deze studie was om op korte termijn meer inzicht te

verkrijgen in de impact die de maatregelen naar aanleiding van de COVID-19 pandemie hadden op de therapie die geboden kon worden in de kinderrevalidatie, hoe na afkondiging van de maatregelen therapieën wel of niet konden worden voortgezet, en welke zorgen er leefden bij de zorgverleners over de cliënten die zij (normaliter) behandelden.

Inmiddels (juni 2020) zijn de strengste maatregelen versoepeld, en zijn de scholen en kinderdagcentra weer (deels) open. Ook de niet-spoedeisende zorg in de revalidatiecentra en ziekenhuizen wordt weer opgeschaald. Dit betekent echter niet

De meeste kinderen ervaren wel degelijk de gevolgen van de maatregelen die genomen zijn

dat we van de maatregelen af zijn, of dat we in de toekomst gevrijwaard zijn van een nieuwe *lockdown* met opnieuw gevolgen voor de revalidatie. Als laatste doel willen wij dan ook inzicht geven in wat we als kinderrevalidatiesector kunnen leren van de gevolgen van de restricties.

METHODE

Studieopzet

Tussen maart en mei 2020 hebben we een digitale enquête verspreid. De vragen hadden betrekking op vijf verschillende domeinen: 1) het beleid van verschillende kinderrevalidatie-instellingen en -praktijken ten aanzien van patiëntenzorg tijdens de COVID-19 pandemie; 2) het effect van dit beleid op behandelingen binnen de kinderrevalidatie; 3) hoe instellingen en zorgverleners binnen de huidige beperkingen toch de beste zorg proberen te verlenen; 4) informatievoorziening rondom kinderrevalidatie en de COVID-19 pandemie en 5) de zorgen die zorgverleners nu hebben over kinderen en hun familieleden door het ontbreken van (onderdelen van) de gebruikelijke zorg die zij krijgen (zie tabel 1). Deelnemers kregen de mogelijkheid om vragen niet te beantwoorden, indien gewenst.

Dataverzameling

Op 7 april 2020 werd het netwerk van de *Dutch Academy of Childhood Disability (DACD)* per email en via LinkedIn gevraagd om deel te nemen aan onze studie.

Het doel van de studie werd van tevoren gecommuniceerd naar alle deelnemers, deelname was geheel vrijwillig, en indien gewenst anoniem. Deelnemers werden niet gecompenseerd voor deelname. Ook zorgverleners die niet zijn aangesloten bij de DACD konden deelnemen, maar werden niet actief benaderd.

Analyse

Gezien de actualiteit van de COVID-19 pandemie werd gekozen voor data-analyse volgens de principes van *Qualitative Description*.⁵ Deze principes maakten het mogelijk om in korte tijd een goed inzicht te krijgen in de ontstane situatie waarin de zorg binnen de kinderrevalidatie zich

Tabel 1. Vragen gesteld in de enquête over kinderrevalidatiezorg tijdens de COVID-19 pandemie.

1.	Wat is je functie?
2.	Waar werk je voornamelijk?
3.	Wat is je belangrijkste patiëntengroep?
4.	Is er in jullie centrum een beleid opgesteld ten aanzien van het wel/niet zien van kinderen? Wat is dit beleid?
5.	Welke urgente behandelingen worden nu nog aangeboden door jou of jouw team? Op welke wijze en door wie?
6.	Welke niet-urgente behandelingen worden nu nog aangeboden door jou of jouw team? Op welke wijze? Door wie?
7.	Wat zijn de belangrijkste maatregelen die invloed hebben op het al dan niet leveren van behandelingen?
8.	Wat wordt er door jou nu gedaan om toch de noodzakelijke behandelingen aan te kunnen bieden?
9.	Op welke manier wordt dit gefaciliteerd vanuit je werkgever?
10.	Hoe gaan jij en je team om met deze situatie?
11.	Welke (innovatieve) oplossingen hebben jij/je team/je instelling bedacht/geïmplementeerd om ondanks de maatregelen toch behandelingen te kunnen leveren?
12.	Heb je momenteel overleg met disciplinegenoten uit andere centra en wat is toegevoegde waarde?
13.	Het kan zijn dat je in deze periode meer zorgen maakt, zo ja kun je de twee belangrijkste zorgpunten aangeven.
14.	Wat voor signalen krijg je van ouders/kinderen over hun thuisituatie? Zijn er ouders waarover je je zorgen maakt?
15.	Waar vind jij belangrijke informatie over het coronavirus?
16.	Waar verwijst je ouders naar voor belangrijke informatie over het coronavirus?
17.	Welke behandelingen kunnen volgens jou op dit moment niet geleverd worden maar moeten op korte termijn wel weer worden opgeschaald, en waarom?
18.	Welke ondersteuning heb je op korte termijn nodig om je werk weer goed te kunnen doen?
19.	Heb je nog andere vragen/opmerkingen? Vermeld ze dan hier.

bevindt zonder een uitgebreid theoretisch kader als uitgangspunt te gebruiken. De verkregen data werden open gecodeerd door één auteur (JB), waarna axiaal coderen plaatsvond gebruikmakend van een inductieve benadering en thematische analyse. Twee auteurs (MA en JB) spraken driemaal met elkaar over de naar voren komende thema's en de betekenis daarvan. Hierbij werd gebruik gemaakt van memo's om gedachten, interpretaties en reflecties vast te leggen. Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van MaxQDA V12 (Verbi GmbH, Berlijn, Duitsland).

RESULTATEN

Tussen 8 april en 7 mei 2020 vulden 237 deelnemers de enquête in. Zij waren in verschillende disciplines en instellingen werkzaam (tabel 2). Normaliter behandelden zij kinderen en ouders van kinderen van alle leeftijdscategorieën en alle mogelijke diagnosegroepen, waaronder neuromusculaire aandoeningen (NMA), cerebrale parese (CP), ernstig meervoudig gehandicapte kinderen, maar ook somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), chronische pijn en oncologie. →

Tabel 3. Karakteristieken deelnemers

Disciplines deelnemers (n)	Werkplek deelnemers (n)
Bewegingslaborant (1)	Eerstelijnspraktijk (16)
Diëtist (1)	Gezondheidscentrum (1)
Ergotherapeut (39)	GGZ-instelling, poliklinisch (1)
Fysiotherapeut (78)	Kinderdagverblijf/therapeutische peutergroep (19)
Logopedist (31)	Mytylschool (85)
Maatschappelijk werker (7)	Revalidatiecentrum, klinisch (4)
Oefentherapeut (1)	Revalidatiecentrum, poliklinisch (85)
Orthopedagoog/psycholoog (15)	Ziekenhuis, klinisch (2)
Pedagogisch medewerker (3)	Ziekenhuis, poliklinisch (4)
Physician assistant (6)	
Revalidatiearts (i.o) (43)	
Speltherapeut (2)	
Zorgcoördinator (1)	

NB niet alle deelnemers hebben alle vragen ingevuld daardoor is de werkplek of discipline van sommige deelnemers niet bekend, sommige deelnemers werkten ook in verschillende disciplines of instellingen.

De (on)mogelijkheden door de COVID-19 pandemie

Vrijwel in alle instellingen was er een duidelijk beleid over het leveren van zorg, gestoeld op de RIVM-richtlijnen en aangevuld met richtlijnen door de vakverenigingen en instellingsspecifieke maatregelen. De instellingsspecifieke maatregelen varieerden sterk en gingen vooral over de poliklinische zorg waarvoor een patiënt fysiek naar een instelling moet komen. Dit leidde tot onduidelijkheid bij sommige zorgverleners, die bij meerdere instellingen werkzaam waren.

Scholen en kinderdagopvanginstellingen waren dicht, hoewel sommige wel noodopvang leverden. Dit betrof opvang bij een onveilige/onvoldoende ondersteunende thuissituatie of indien urgente zorg nodig was. De klinische zorg, behandeltrajecten na botulinetoxine-injecties, en postoperatieve trajecten vonden wel vrijwel altijd doorgang.

Dit was wel veelal in aangepaste vorm om het aantal contactmomenten te beperken.

De poliklinische zorg die fysiek geleverd werd varieerde sterk. Sommige instellingen verrichtten in het geheel geen poliklinische zorg meer, terwijl in andere instellingen de meeste poliklinische zorg (o.a. EMDR-behandelingen en SOLK-behandelingen) nog fysiek doorgang vond. Het meest gehoorde antwoord van de respondenten was dat instellingen hun fysieke poliklinische zorg hadden teruggebracht tot alleen noodzakelijke/urgente zorg. Wat urgent of noodzakelijk is werd zeer wisselend geïnterpreteerd. De meest gehoorde interpretatie hiervan was 'die zorg die indien niet geleverd wordt binnen zes weken tot een achteruitgang in het functioneren resulteert die niet snel reversibel is'. Vaak werd de beslissing of iets noodzakelijke zorg is door een arts genomen in samenspraak met een behandelaar.

Een aantal instellingen had specifiekere plannen gemaakt voor de zorg tijdens de COVID-pandemie. Zo zijn er instellingen die per kind een plan hadden gemaakt. Andere instellingen hadden een concrete lijst met zaken opgesteld waarvoor kinderen fysiek gezien konden worden, en andere instellingen hadden een geprioriteerde lijst gemaakt waarin stond welke kinderen fysiek gezien moesten worden. Kinderen met ernstige ziektebeelden, snelle progressie van het ziektebeeld, een nieuwe diagnose met een ernstig ziektebeeld en jonge kinderen kregen daarbij eerder een fysieke afspraak.

Behandelaren van vrijwel alle disciplines gaven aan dat ze ondanks de beperkingen toch ook de zorg voor de patiënten die ze fysiek niet konden zien zo goed als mogelijk op afstand door lieten gaan. Veel gaven aan dat dat opvallend goed lukte. Sommige contacten vonden op afstand plaats om poolshoogte te houden, maar ook de coaching van ouders en het helpen met een dagstructuur werd veel genoemd als zorg die op afstand kon worden geleverd.

Welke zorgen leefden er bij de zorgverleners over de cliënten die zij behandelden?

Ondanks de mogelijkheid tot het houden van contact op afstand speelden er wel degelijk zorgen bij de zorgverleners. Met name de kinderen die therapie het hardst nodig hadden waren volgens hen vaak het moeilijkst te behandelen op afstand. Hierdoor bestond de angst dat de verschillen tussen kinderen steeds groter werden, aangeleerde vaardigheden weer afnamen, en dat het risico op medische problemen, zoals contracturen of slikproblemen, toenam. Vooral kinderen met ernstige ziektebeelden, snelle progressie van ziektebeelden, snelle achteruitgang van functionele vaardigheden, snelle progressie van

medische problemen zoals contracturen, jonge kinderen van 0-4 jaar, kinderen die een schooladvies nodig hadden voor volgend jaar, en kinderen uit gezinnen die overbelast waren werden hierbij als extra kwetsbaar genoemd. Zorgverleners gaven aan dat veel ouders van kinderen met een beperking moesten werken en voor hun kind moesten zorgen, waarbij er ook nog verwacht werd dat ze therapie moesten geven aan hun kinderen, geïnstrueerd door therapeuten op afstand, en thuischoling voor andere kinderen moesten verzorgen. Dit kon niet altijd optimaal worden gedaan omdat die belasting voor ouders en gezinnen simpelweg te groot was.

Ook kinderen die redelijk op afstand te behandelen waren kregen regelmatig niet-optimale zorg. Dit bijvoorbeeld doordat niet alle instellingen al veilig beeldbellen beschikbaar hadden voor therapeuten. Ook kon de leeftijd/instrueerbaarheid van het kind een probleem zijn, en soms was een taalbarrière de oorzaak van niet-optimale zorg op afstand.

Welke kansen zijn er?

Er werd veel getelefoneerd door alle verschillende zorgverleners, maar ook e-health modaliteiten zoals videobellen en andere vormen van tele-revalidatie hebben een ware vlucht genomen. Intakes en controles werden door artsen telefonisch of via videobellen gedaan, en ook team-besprekingen gebeurden via videobellen. Daarnaast gaven therapeuten adviezen, oefeningen, trainingsschema's, instructies en thuisopdrachten via telefoon of video. Zij vroegen daarbij ook aan ouders om filmpjes te maken van de oefeningen zodat zij feedback konden geven. Innovatieve oplossingen zoals een YouTube-kanaal met instructievideo's voor de kinderen, een Pinterest-pagina met activiteiten voor de

kinderen, huiswerkpakketten voor ouders en kinderen, tuin-consulten door fysiotherapeuten, en een Facebook-groep voor het delen van oefeningen tussen therapeuten onderling werden ook ingezet om zo goed mogelijke zorg te kunnen blijven leveren.

Goede ICT-ondersteuning bleek essentieel. Dit betrof zowel de ondersteuning voor thuiswerken, videobellen, een goed bereikbare ICT-ondersteuningsdienst, de mogelijkheid om laptops mee naar huis kunnen

De resultaten maken duidelijk dat er grote verschillen zijn in hoe er met de situatie is omgegaan

nemen, als de ondersteuning van software zoals Microsoft Teams/Skype Business/Zoom/Facetalk/ArQive /Therapieland e.d.

DISCUSSIE

De resultaten van onze enquête geven inzicht in hoe instellingen en zorgverleners zijn omgegaan met beperkingen in de kinderrevalidatie, die voortvloeiden uit de maatregelen om de COVID-19 pandemie in te perken. Wij richtten ons op de kinderrevalidatie, maar het lijkt aannemelijk dat de resultaten voor een groot deel ook toepasbaar zijn voor volwassenenrevalidatie, gezien de maatregelen en behandel-mogelijkheden niet specifiek op kinderen waren gericht.

De resultaten maken duidelijk dat er grote verschillen zijn in hoe er met de situatie is omgegaan. Met name de vraag 'wat is urgente dan wel medisch noodzakelijke zorg?' werd op verschillende manieren beantwoord. Dit heeft geleid tot onduidelijk-

heid en verwarring, in eerste instantie bij de deelnemende zorgverleners, maar vermoedelijk ook bij patiënten en hun ouders. Daarnaast is de definitie 'die zorg die indien niet geleverd wordt binnen zes weken tot een achteruitgang in het functioneren resulteert die niet snel reversibel is' discutabel gezien bij kinderen een stilstand in de ontwikkeling in feite ook als een achteruitgang gezien kan worden. De behoefte aan een helderder en meer eenduidig beleid in de kinderrevalidatie, en wellicht in de hele zorgsector, was dan ook groot. De door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgestelde Urgentielijst medisch-specialistische zorg⁶ werd door de deelnemers niet genoemd als leidraad en lijkt eveneens onvoldoende duidelijkheid te bieden voor de bepaling van de urgentie van een behandeling in de kinderrevalidatie. Ook het advies van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is weinig specifiek voor de kinderrevalidatie.⁷ De aanbeveling van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen lijkt hiervoor bruikbaar⁸ maar is niet overal toegepast zo blijkt uit de enquête. In de toekomst zou een breder gedragen, instellingen-overkoepelend beleid, mede-opgesteld door de verschillende vakverenigingen, hier uitkomst voor kunnen bieden.

Inmiddels wordt vrijwel overal de reguliere zorg weer hervat. Maar de manier waarop dit gedaan wordt, lijkt eveneens aanzienlijk te variëren. De manier waarop en de timing van uitbreiding is belangrijk en vereist daarom aandacht van ons allen om een toename van COVID-19-besmettingen in zorginstellingen te voorkomen.

Dat ouders van kinderen zich zorgen maakten over de effecten van de maatregelen voor hun kind was al duidelijk.⁴ →

Nu is ook inzichtelijk geworden welke zorgen er leefden bij behandelaren. De angst werd gedeeld dat de meest kwetsbare kinderen de meeste hinder ondervonden door het gebrek aan fysieke contacten. Dit zijn dan ook de groepen die onze volle aandacht zullen vereisen zodra zij weer fysiek gezien kunnen worden; zeker omdat dit de groep betreft die bij een eventuele tweede golf weer actief beschermd zal moeten worden. Daarnaast is de belasting van de ouders een prominente zorg van de respondenten geweest. De precieze gevolgen van de COVID-19 pandemie voor gezinnen zijn nog niet duidelijk, maar dit inzichtelijk krijgen is iets wat aandacht behoeft en momenteel door de *European Academy of Childhood Disability (EACD)* wordt geïnventariseerd.

Ook de effectiviteit van de therapie die op afstand kon worden geboden dient nader te worden onderzocht. Dat therapie in de kinderrevalidatie moet bestaan uit voor het kind relevante functionele handelingen is al tijden duidelijk. Recent onderzoek laat daarbij ook zien dat interventies op participatieniveau invloed kunnen hebben op functioneniveau.⁹ Hierbij werd opgemerkt dat de 'Fun'-factor ook belangrijk is in het functioneren en aanbieden van therapie. Het is voorstelbaar dat minder contact en therapie op afstand deze factoren lastiger maken om te implementeren.

Dat de situatie moeilijk is geweest voor patiënten, hun familie, en alle behandelaren is duidelijk. Toch biedt deze situatie ook kansen. Zo is er veel discussie geweest over wat de beste 'dosis' van therapie in de kinderrevalidatie is.¹⁰ Waar dit eerder door ethische bezwaren niet goed te onderzoeken was, kan de huidige situatie ons helpen om meer inzicht te krijgen in wat er gebeurt als er weinig tot geen therapie wordt aan-

geboden die normaliter binnen de *usual care* valt. Er wordt momenteel gekeken of dit uit gebruikelijke registratiedata kan worden teruggehaald. Als inzichtelijk

De situatie was moeilijk voor patiënten, hun familie, en behandelaren; toch biedt dit ook kansen

wordt wat de impact van geen therapie bieden is voor kinderen, kan dit een belangrijke fundering vormen voor beleidsmatige keuzes in de toekomst. Daarnaast valt op dat de ouders van veel kinderen veel explicieter onderdeel geworden zijn van de therapie en de behandeling.

Hopelijk leidt dit tot meer begrip, een hogere therapietrouw, en uiteindelijk betere functionele uitkomsten. De gevolgen van de *lockdown* voor ouders in Nederland en in Europa worden thans in kaart gebracht door de EACD, en zullen inzichtelijk maken welke specifieke aandachtspunten er zijn voor ouders en gezinnen van deze kinderen.

Beperkingen studie

Uiteraard heeft onze studie een aantal beperkingen die onder andere voortkwamen uit het korte tijdsbestek waarin de studie is opgezet, geanalyseerd en geïnterpreteerd. Het toevoegen van een theoretisch kader, evenals het uitzetten van een enquête onder ouders en kinderen betrokken bij de kinderrevalidatie had de validiteit van de studie verder kunnen vergroten. Daarnaast is het een beperking dat er weinig werd

Summary

The measures taken by the Dutch government to restrain the spread of the COVID-19 pandemic, starting March 2020, have had a large impact on access to rehabilitation treatment for children with disabilities and their families. We conducted a survey study to gain insight in what effects these measures have had on treatments in pediatric rehabilitation, how therapists and physicians coped with the restrictions they faced, what their biggest worries were, and what new treatment modalities were being developed. A total of 237 therapists and physicians involved in pediatric rehabilitation responded. We learned that a substantial amount of 'usual care' provided in pediatric rehabilitation had to be altered or stopped. However, to what extent this happened varied greatly as the governmental measures left room for interpretation. Because of the restrictions, all institutions implemented some form of telehealth.

The COVID-19 pandemic has also resulted in new innovative ways to treat patients in pediatric rehabilitation. Video-consultations suddenly became a common mode of treatment and therapists communicated with each other and with their patients through the use of several social media platforms. Good ICT support was therefore essential during the lockdown.

Much can and should be learned from how everyone dealt with the situation, to understand short-term effects on our pediatric rehabilitation practice, and to deal with a similar situation in the future.

Keywords: COVID-19, pediatric rehabilitation, tele-rehabilitation, e-health

gesproken over opgenomen kinderen en de effecten van bijvoorbeeld de beperkte bezoekersregeling in instellingen. De effecten die de maatregelen hebben gehad op de uitkomst van zorg zijn nog niet onderzocht en moeten nog blijken. Het grote aantal deelnemers dat afkomstig was uit vele verschillende instellingen en werkplekken is goed geweest voor de betrouwbaarheid van de resultaten, echter is er helaas relatief weinig respons gekomen uit de ziekenhuis-context.

CONCLUSIE

De maatschappelijke beperkingen die opgelegd werden om verspreiding van het coronavirus te beperken hebben veel invloed gehad op de manier waarop revalidatiebehandelingen in de kinderrevalidatie konden worden voortgezet. Er was verscheidenheid in de manier waarop de beperkingen waren geïnterpreteerd en geëffectueerd. Dit kwam met name door het gebrek aan een definitie over wat

essentiële zorg is. Een dergelijke definitie zou kunnen helpen om in de toekomst een eenduidiger beleid te volgen. Het is goed om te zien dat er door de beperkingen ook nieuwe behandelmogelijkheden zijn ontwikkeld die de moeite waard zijn om verder te perfectioneren en te blijven inzetten in de toekomst.

DANKWOORD

De *Dutch Academy of Childhood Disability (DACD)* bestaat sinds 2007 en heeft als doel om samenwerking en kennisdeling tussen de verschillende disciplines werkzaam met kinderen met beperkingen te bevorderen. De enquête werd uitgezet door het bestuur van de DACD onder de netwerkleden. Het bestuur bestaat uit Annemieke Buizer (hoogleraar kinderrevalidatie), Marianne Geerts (kinderrevalidatiearts), Ruud Wong Chung (kinderfysiotherapeut), Esther Bakker (arts verstandelijk gehandicapten), Karen van Hulst (logopedist), Bianca Impelmans (kinderrevalidatiearts),

Carola Bouwhuis (kinderrevalidatiearts) en Mattijs Alsem (kinderrevalidatiearts). Wij willen de betrokkenen hartelijk bedanken voor hun expertise. ←

Referenties

1. *The Lancet*. Generation coronavirus. *The Lancet* 2020;395:1949.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over COVID-19 nieuwe maatregelen 12-03-2020. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/12/kamerbrief-over-covid-19-nieuwe-maatregelen>.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief met nieuwe aanvullende maatregelen om de COVID-19 uitbraak te bestrijden 15-03-2020. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/15/covid-19-nieuwe-aanvullende-maatregelen>.
4. Stichting Kind en Ziekenhuis. Zorgen bij gezinnen om de gevolgen van uitgestelde en afgezegde afspraken behandeling of onderzoek in de kindzorg! 22-04-2020. https://kindenzorg.nl/wp-content/uploads/2020/04/FLITSPEILING-uitgestelde-zorg-kindgezin_Stichting-Kind-en-Ziekenhuis_april-2020.pdf.
5. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard, J. Qualitative description – the poor cousin of health research?. *BMC medical research methodology*. 2009;9:52.
6. Nederlandse Zorgautoriteit. Urgentielijst medisch-specialistische zorg 29-05-2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/#9efe236a-8d68-4635-8079-b2ed8708fc94.
7. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Overzicht aandoeningen non-COVID-zorg 06-05-2020. <https://www.nvk.nl/over-nvk/vereniging/dossiers-en-standpunten/covid-19/document-covid-19?dossierid=26542080>.
8. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. 06-04-2020. Aanbeveling vanuit het bestuur van de kindersectie m.b.t. noodzakelijke en urgente zorg in het kader van COVID-19. https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/COVID-19/sectie_kinderrevalidatie_-_2020-04-14_aanbeveling_kindersectie_noodzakelijke_en_urgente_zorg_ivm_covid19.pdf.
9. Anaby D, Avery L, Gorter JW, Levin MF, Teplicky R, Turner L, et al. Improving body functions through participation in community activities among young people with physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2020;62:640-6.
10. Novak I. Therapy for children with cerebral palsy: who, what, and how much?. *Dev Med Child Neurol*, 2020;62:17.