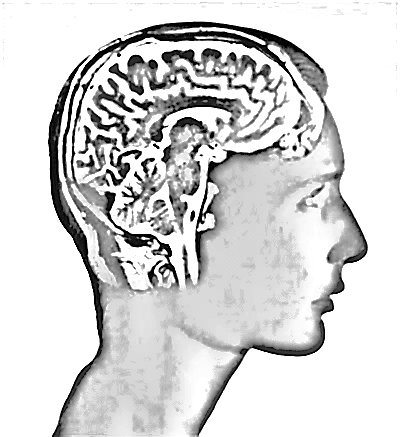
|  |
| --- |
| Niet-aangeboren hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie: |
| De realisering van een gespecialiseerde dagbehandeling. |
| Auteur / studentnummer:  Suzanne van dolen / 07059140  In opdracht van:  WZH Nieuw Berkendael.  Opleiding / faculteit:  Sociaal pedagogische hulpverlening / sociale professies.  School / docent-begeleider:  De Haagse Hogeschool / Joop Lambert. |
|  |



Voorwoord

Ik wil hier even de mogelijkheid aangrijpen om een aantal mensen te bedanken tijdens het werken aan mijn scriptie. Ten eerst mijn begeleider vanuit school Joop Lambert die, hoewel gebonden aan vaste werkdagen, scherpe opbouwende kritiek wist te geven. Ten tweede de begeleider vanuit WZH Nieuw Berkendael: Alette Schot, waar ik altijd bij terecht kon op momenten waarop de opdracht voor mij één groot grijs gebied was en ik er als een berg tegenop zag: “Hey, en maak je niet druk hè?” Ten derde mijn vader die deze scriptie het weekend voor de deadline doodleuk op zondagochtend 9 uur nog door zat te lezen op spel-, grammatica fouten, zinsconstructies en tegenstrijdigheden. Ten vierde mijn moeder die mijn gebrek aan huishoudelijke taken even een paar maanden door de vingers heeft gezien. Tenslotte mijn broer en vrienden die als klaagbank dienden en die mij in mijn periode van sociale afwezigheid een hart onder de riem hebben gestoken. Deze scriptie heeft mij veel geleerd over het menselijke gedrag en onze vermeende autonomie. Ik heb het interessant gevonden om mijn kennis, geleerd vanuit mijn sociaal pedagogische hulp opleiding, vanuit een neurologisch oogpunt te bekijken. Een studie psychologie en vervolg neuropsychologie werd het niet dankzij mijn wiskundige onkunde maar de passie voor neuropsychologie zal niet verloren gaan. Ik wens de lezer veel plezier bij het lezen van mijn stuk en ik raad aan te literatuurlijst te bekijken om zo tot leuke boeken te komen, een absolute must in mijn ogen is die van Oliver Sacks: ‘*De man die zijn vrouw voor een hoed zag.*’

***Samenvatting***

WZH Nieuw Berkendael biedt verpleeghuiszorg voor jonge cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel, neurologische aandoeningen en comazorg. WZH Nieuw Berkendael biedt ook dagbehandelingen voor cliënten met een somatische zorgvraag en/of met niet aangeboren hersenletsel en AWBZ en/of eerstelijnsbehandeling voor jonge cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (zowel chronisch als revalidatieafdeling) en cliënten met neurologische aandoeningen.

Bij WZH Nieuw Berkendael is sinds februari 2010 een dagactiviteitencentrum geopend voor de doelgroepen: 1) zorg voor mensen met *NAH*; 2)zorg voor mensen met *neurologische aandoeningen* en 3) zorg voor mensen in *coma*. Het is de bedoeling dat het dagactiviteitencentrum met een vraaggericht aanbod van dagbesteding en werkgerichte activiteiten komt. Het dagactiviteitencentrum sluit echter niet geheel aan bij de doelgroepindeling zoals boven gegeven. Dit komt doordat de doelgroep mensen met NAH en gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid’. niet terug te vinden is in de driedeling. Deze doelgroep is in tweeën gesplitst [1) gedragsproblematiek in agressie en 2) prikkelovergevoeligheid en geplaatst in de gespecialiseerde dagbesteding. Het probleem is dat er nog niet genoeg kennis en onvoldoende passende activiteiten zijn om een dagbestedingsprogramma voor cliënten met NAH met gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid op te zetten. Het gebrek aan kennis beperkt zich niet tot WZH maar is breder en uit zich ook in beperkte theorievorming , methodieken en methoden. Er is geen duidelijke en kant-en-klare informatie te vinden. Er ligt bij WZH een grote focus op kwaliteitsverbetering en de directie is nu van mening dat het nu bestaande activiteitencentrum niet de hoogst haalbare kwaliteit levert. Dat is de reden dat er een onderzoeksvraag is uitgegaan naar de onderwijsinstellingen waar WZH mee samenwerkt.

* Voortkomend uit dit probleem komt de vraag: ‘*Hoe kunnen we een passende dagbesteding creëren voor deze doelgroep die nu buiten de boot valt?’*.
* Daar weer uit voortkomend is de doelstelling: *‘Het maken van een handleiding voor een dagbesteding bedoelt voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel met gedragsproblemen al dan niet in combinatie met prikkelgevoeligheid’.*
* Deze resulteert in de hoofdvraag: *‘Op welke manier kan er voor de cliënten met NAH en daarbij gedragsproblematiek in agressie, wondende bij WZH Nieuw Berkendael een passende dagbesteding gerealiseerd worden?’*
* Met als conclusie (door mij getrokken):

*Kundige en continue begeleiding met vertrouwensband verdient de aanbeveling, een verstoring hierop door vrijwilligers en stagiaires moet zoveel mogelijk beperkt worden. Voor de voortgangsbewaking van de cliënt binnen de gespecialiseerde dagbesteding dient de begeleiding eenduidig en volledig te rapporteren met een target list en base-line. De levensloop van de cliënt moet zoveel mogelijk ingevuld worden om tot aansluitende dagactiviteiten te kunnen komen. De structuur in het gebouw behoeft verbetering.*

Op basis van deze conclusie is er een aantal aanbevelingen gemaakt die verwerkt zijn in het besproken eindproduct: *Handleiding gespecialiseerde dagbesteding: NAH met gedragsproblematiek in agressie.* (Bijlage 7)

Inhoudsopgave

[1. Inleiding 1](#_Toc292666892)

[2. Wat Is WZH Nieuw Berkendael? 2](#_Toc292666893)

[2.1. Organisatie WZH. 2](#_Toc292666894)

[2.2. Organisatie WZH Nieuw Berkendael. 2](#_Toc292666895)

[2.2.1. Missie, Visie En Doel. 2](#_Toc292666896)

[2.2.2. Organisatie. 3](#_Toc292666897)

[2.2.3. Gebruik Gebouw. 3](#_Toc292666898)

[2.3. Innovaties. 4](#_Toc292666899)

[2.3.1. De Cliënten Van WZH Nieuw Berkendael. 4](#_Toc292666900)

[2.3.2. Geschiedenis. 5](#_Toc292666901)

[2.4. Het Probleem. 5](#_Toc292666902)

[2.5. De Vraag. 5](#_Toc292666903)

[3. Onderzoeksopzet 6](#_Toc292666904)

[3.1. De opdracht 6](#_Toc292666905)

[3.2. Het eindproduct. 6](#_Toc292666906)

[3.2.1 Innovativiteit & maatschappelijke context. 7](#_Toc292666907)

[3.3. De hoofdvraag. 7](#_Toc292666908)

[3.4 De deelvragen. 7](#_Toc292666909)

[3.5 Inhoudelijke beschouwing over het vraagstuk. 7](#_Toc292666910)

[3.6. Onderzoeksbenadering. 7](#_Toc292666911)

[3.7. Databronnen. 8](#_Toc292666912)

[3.8. Dataverzamelingstechnieken. 8](#_Toc292666913)

[4. Wat is NAH? 9](#_Toc292666914)

[4.1. Korte Uitleg Werking Brein. 9](#_Toc292666915)

[4.1.1. De Hersenstam. 9](#_Toc292666916)

[4.1.2. De Tussenhersenen: Diëncefalon. 10](#_Toc292666917)

[4.1.3. Grote Hersenen. 10](#_Toc292666918)

[4.1.4. Cerebellum. 11](#_Toc292666919)

[4.1.5 Hersenvocht; Het Cerebrospinale Vocht. 12](#_Toc292666920)

[4.2 Mogelijke Oorzaken NAH. 12](#_Toc292666921)

[4.2.1. Hersentrauma. 12](#_Toc292666922)

[4.2.3. Niet-traumatisch Hersenletsel. 13](#_Toc292666923)

[4.3. Gevolgen NAH. 14](#_Toc292666924)

[5. Gedragsproblematiek In Agressie, Een Literatuuranalyse. 16](#_Toc292666925)

[5.1. Wat Is Gedrag? 16](#_Toc292666926)

[5.2. Gevolgen NAH voor gedrag. 16](#_Toc292666927)

[5.2.1. Neuropsychologisch. 17](#_Toc292666928)

[5.2.2. Verwerkingsproblematiek. 18](#_Toc292666929)

[5.2.3. Premorbide Eigenschappen. 18](#_Toc292666930)

[5.2.4. Wat Is Gedragsproblematiek? 18](#_Toc292666931)

[5.3. Communiceren. 19](#_Toc292666932)

[5.3.1 Communicatie- en taalstoornissen. 20](#_Toc292666933)

[5.4. Agressie. 20](#_Toc292666934)

[5.5. Gedragsproblematiek Doelgroep Nieuw Berkendael, Praktijkanalyse. 22](#_Toc292666935)

[6. Begeleiding NAH Cliënten Gedragsproblematiek, Literatuuranalyse. 24](#_Toc292666936)

[6.1. Begeleiding soorten NAH. 24](#_Toc292666937)

[6.2. Begeleiding NAH Gedragsproblematiek In Agressie. 25](#_Toc292666938)

[6.2.1. Begeleiding Communicatie. 25](#_Toc292666939)

[6.2.2. Begeleiding Gedragsproblematiek. 27](#_Toc292666940)

[6.3. Begeleiding NAH Gedragsproblematiek In Agressie Nieuw Berkendael, praktijkanalyse. 28](#_Toc292666941)

[7. Passende Dagbesteding, Literatuuranalyse 31](#_Toc292666942)

[7.1. Dagbesteding NAH-cliënten met gedragsproblematiek in agressie. 31](#_Toc292666943)

[7.2. Dagbesteding Nieuw Berkendael. 32](#_Toc292666944)

[7.2.2. Dagbesteding NAH-cliënten met gedragsproblemen in agressie. 33](#_Toc292666945)

[8. Analyse. 34](#_Toc292666946)

[9. Conclusie en aanbevelingen 36](#_Toc292666947)

[9.1 Conclusie 36](#_Toc292666948)

[9.2 Aanbevelingen. 36](#_Toc292666949)

[11. Verantwoording Eindproduct. 38](#_Toc292666950)

[11.1 Opbouw. 38](#_Toc292666951)

[11. Discussie 41](#_Toc292666952)

[11.1 Reflectie op Onderzoek. 41](#_Toc292666953)

[11.2 Reflectie op Eindproduct. 42](#_Toc292666954)

[11. Literatuurlijst. 43](#_Toc292666955)

[Boeken. 43](#_Toc292666956)

[Internet. 44](#_Toc292666957)

[Nota’s, memo’s, scripties en interne opdrachten. 46](#_Toc292666959)

[Bijlage 1, Begrippenkader, afkortingslijst. 47](#_Toc292666960)

[Bijlage 2, Format. 51](#_Toc292666961)

[Leeswijzer Formats. 51](#_Toc292666962)

[Blanco Format. 52](#_Toc292666963)

[Bijlage 3, Zorgleefplan. 54](#_Toc292666964)

[Bijlage 4, literatuurverdieping. 56](#_Toc292666965)

[Organogram 56](#_Toc292666966)

[Hersenanatomie. 57](#_Toc292666967)

[Neurologische aandoeningen. 59](#_Toc292666968)

[Communicatie- en taalstoornissen. 60](#_Toc292666969)

[Targetlist en base- line zoals gebruikt in de handleiding. 62](#_Toc292666970)

[Base-line. 62](#_Toc292666971)

[Naam Patiënt: Piet Mondriaan……………………………………………………………. 62](#_Toc292666972)

[Bijlage 5, interviews. 63](#_Toc292666973)

[Leeswijzer Interviews. 63](#_Toc292666974)

[Interviews. 64](#_Toc292666975)

[Interview 1, Vragenlijst. 64](#_Toc292666976)

[Interview 1, Topiclijst. 65](#_Toc292666977)

[Interview 2, Vragenlijst. 68](#_Toc292666978)

[Interview 2, Topiclijst 69](#_Toc292666979)

[Interview 3, Vragenlijst. 73](#_Toc292666980)

[Interview 3, Topiclijst. 74](#_Toc292666981)

[Interview 4, Vragenlijst 77](#_Toc292666982)

[Interview 4, topiclijst. 78](#_Toc292666983)

[Interview 5, Vragenlijst. 81](#_Toc292666984)

[Interview 5, Topiclijst. 82](#_Toc292666985)

[Interview 6, Vragenlijst. 85](#_Toc292666986)

[Interview 6, Topiclijst. 86](#_Toc292666987)

[Interview 7, Vragenlijst. 88](#_Toc292666988)

[Interview 7, topiclijst. 89](#_Toc292666989)

[Interview 8, Vragenlijst. 92](#_Toc292666990)

[Interview 8, Topiclijst. 93](#_Toc292666991)

[Interview 9, Vragenlijst. 95](#_Toc292666992)

[Interview 9, topiclijst. 96](#_Toc292666993)

[Bijlage 6, Handleiding gespecialiseerde dagbesteding: NAH met gedragsproblematiek in agressie. 98](#_Toc292666994)

1. Inleiding (niet langer dan 2 pagina’s)

*‘(..)Ik ben waar ik was:*

*Ik loop achter het geruis,*

*De voetstappen binnen mij, gehoord met mijn ogen,*

*Het geruis is in de gedachten, ik ben mijn voetstappen,*

*Ik hoor de stemmen die ik denk,*

*De stemmen die mij denken terwijl ik hen denk.*

*Ik ben de schaduw die mijn woorden werpen.’*

*´(…)Estoy en donde estuve:*

*Voy detrás del murmullo,*

*Pasos dentro de mí, oídos con los ojos,*

*El murmullo es mental, yo soy mis pasos,*

*Oigo las voces que yo pienso,*

*Las voces que me piensan al pensarlas.*

*Soy la sombra que arrojan mis palabras.’*

Octavio paz *‘Pasado en Claro’* (1974)

(Paz, Weinberger (ed.), 1991, 465)

Wij zijn wat wij denken. Wij zijn ons brein. Wij zijn een schaduw die onze woorden werpen. Wat nou als je niet meer kunt lopen behalve in gedachten. Wat als de gedachten niet als woorden geworpen kunnen worden. Ben je dan een mens zonder schaduw? Leef je dan enkel nog in het donker of besta je dan zelfs helemaal niet? Je bent lijfelijk waar je was maar mentaal heel ergens anders beland. Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel hebben opnieuw te leren leven in diezelfde wereld waar ze ooit anders waren.

Hoe iemand dat doet, hoe iemand zo’n proces doorloopt verschilt per persoon. Iedereen is anders, stoornissen zijn anders, situaties zijn anders en omgeving is anders. Wat dit onderzoek probeert te doen is huidige zorgbegeleiders bij woonzorghuis Nieuw Berkendael een handvat te geven betreffende dagbesteding voor niet-aangeboren hersenletsel (NAH)-cliënten met gedragsproblematiek in agressie. Dit onderzoek kijkt naar overeenkomsten in gedragsproblematiek (zowel bij NAH als andere cliëntengroepen waarin de gedragsproblematiek hoog is) en geeft een beschrijving van hoe te stimuleren in het proces van opnieuw te leren leven. Sommige cliënten zijn er al lang mee bezig en sommige niet. Desalniettemin kan iedereen vooruitgaan op eigen niveau en tempo.

Toch was het naar mijn gevoel voor lezers essentieel om deze informatie te hebben, omdat zo het belang en de effecten van NAH duidelijker zijn. Als je weet wat er allemaal precies gebeurt lees je de rest van het stuk met meer inzicht, bovendien kan mijn gedachtegang dan makkelijker gevolgd worden omdat ik mijn voorinformatie en kennis deel met die van de lezer.

Het zijn veel onderwerpen die met de vraagstelling te maken hebben. De vraagstelling bevat veel componenten die onderzocht moeten worden om tot een antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek te kunnen komen. Eerst moet duidelijk zijn binnen welk deel van de organisatie de vraag rijst. Hoe zit de globale organisatie in elkaar? Deze is globaal beantwoord in het tweede hoofdstuk. Hoofdstuk vier geeft inzicht in de benodigde kennis om de complexiteit van een NAH te snappen. Hierin wordt kort beschreven waar onze hersenen voor dienen, wat de functies zijn en wat schade hieraan allemaal tot gevolg kan hebben. Vervolgens worden in hoofdstukken 5, 6, en 7 per hoofdstuk de definities gemaakt over de onderwerpen [H 5] ‘*gedragsproblematiek in agressie’*, [H 6] ‘*begeleiding NAH-cliënten met gedragsproblematiek*’ en [H 7] ‘*passende dagbesteding’*, welke de onderwerpen van deelvragen 3 t/m 8 (§3.4) dekken. Dit gebeurt in de literatuuranalyses. Behalve deze literatuuranalyse bevat elk hoofdstuk ook een praktijkanalyse waarin de bevindingen uit de praktijk opgeschreven zijn. Deze worden in [H8] tegen de literatuuranalyses afgezet.

# algemeen Logo2. Wat Is WZH Nieuw Berkendael?

## 2.1. Organisatie WZH.

WZH staat voor Woonzorgcentra Haaglanden en duidt dus aan dat het om meer dan één zorghuis gaat. WZH is een overkoepelende organisatie met 13 locaties. Er staan huizen in Den haag, Leidschenveen, Leidschendam-Voorburg en Rijswijk.7, 16 Elke locatie biedt zijn eigen kwaliteiten, eigenschappen en deskundigheid. De doelgroep van heel WZH is groot, het betreft oudere mensen en mensen met niet-aangeboren hersenletsel.13 De ziekten van Parkinson, Alzheimer en Korsakov zijn een aantal ziekten die binnen de deskundigheid vallen en elke WZH locatie heeft dus ook een multidisciplinair team om aan de behoeften van de bewoners te voldoen.14 ‘WZH: Zorg in de buurt’ is geen locatie maar extramurale zorg die per locatie als een kring om de locatie heen gegeven wordt. Het is zo ook makkelijker voor deze cliënten om – als de thuis- en mantelzorg niet meer volstaat – bij de locatie die de thuiszorg heeft geboden, in te trekken.18 WZH heeft veel samenwerkingsverbanden met gemeenten, welzijnsorganisaties, huisartsen, specialisten, GGZ-instellingen, onderwijsinstellingen, verzekeraars, producenten, leveranciers, ziekenhuizen andere zorginstellingen en woningbouwcorporaties.20 De activiteiten, psychiatrie, ergotherapie, logopedie, fysiotherapie etc. horen standaard bij alle intramurale zorg. De verschillende zorgsoorten die WZH levert zijn8:

* Thuiszorg



* Ambulant geriatrisch team (AGT) (ambulante oudere zorg.) 9
* Leefstijl gerichte kleinschalige zorg
* Multiculturele ouderenzorg
* NAH zorg
* Neurologische aandoeningen
* Respijtzorg (zorg gericht op verlichten van het werk van mantelzorgers). 10
* Revalidatie
* Crisis opvang
* Zorg voor mensen met een MRSA-bacterie (ziekenhuis bacterie). 11
* Coma zorg
* Dak- en thuislozen zorg
* Terminale zorg (zorg gericht op cliënten in laatste levensfase). 12
* Geestelijke zorg.

## 2.2. Organisatie WZH Nieuw Berkendael.

WZH Nieuw Berkendael biedt verpleeghuiszorg voor jonge cliënten met Niet Aangeboren Hersenletsel, neurologische aandoeningen en coma zorg. WZH Nieuw Berkendael biedt ook dagbehandelingen voor cliënten met een somatische zorgvraag en/of met niet aangeboren hersenletsel en AWBZ en/of eerstelijnsbehandeling voor jonge cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (zowel chronisch als revalidatieafdeling) en cliënten met neurologische aandoeningen.17

### 2.2.1. Missie, Visie En Doel.

De visie van WZH is om cliënten te helpen hun leven weer op te pakken en om daarin het hoogst haalbare te realiseren. Dit wordt gedaan door achtergrondinformatie van de cliënt goed door te spitten, te kijken wat voor een leven hij/zij voorheen had en daarop in de zorg aan te sluiten. Hierin wordt gestreefd naar de beste individuele zorg die mogelijk is. 15

De individuele cliënt staat centraal. Hierbij vinden ze (WZH) het belangrijk om onze zorg en diensten aan te laten sluiten bij de levensvisie of levensstijl van de cliënt. Het dus noodzakelijk dat ze weten wat de cliënt belangrijk vindt. Dit doen ze door zich enerzijds te verdiepen in de achtergrond van de cliënt en anderzijds door de inbreng van de cliënt en/of zijn familie zoveel mogelijk mee te nemen in onze manier van werken. Samen met familie wordt geprobeerd het leven van de cliënt meer waarde te geven. Het hoogste doel is om een cliënt – ongeacht leeftijd en gezondheid - in staat te stellen zoveel mogelijk uit het leven te halen. Niet door de regie uit de handen van de cliënt te nemen, maar door voorwaarden te scheppen waardoor de cliënt hier zelf keuzes in kan maken. Cliënten kunnen kleine spullen van thuis meenemen; hier wordt tijdens het intakegesprek aandacht aan besteed.

Verder zorgen ze ervoor dat het vertrekpunt voor al hun handelen ligt in de mogelijkheden van de cliënt, wat kan een cliënt wél wat is er nog wel voor handen. Dit wordt eventueel met familie gedaan. Hierbij wordt ook

gekeken hoe de cliënt zijn leven in vulde, voordat hij in Nieuw Berkendael kwam wonen. Bij de invulling van de dagbesteding staat voorop dat de cliënt zoveel mogelijk ruimte krijgt om zelf de regie te behouden. Door een aanbod aan lichamelijke, psychische en sociale zorg- en dienstverlening, proberen ze aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt aansluitend bij de verschillen qua achtergrond, zorgbehoeften en cultuur. Er is ook aandacht voor geestelijke zorg; de woonzorgbegeleider senior bespreekt bij opname met de cliënt of vertegenwoordiger welke geloofsovertuiging de cliënt heeft.

Van de medewerkers wordt een aantal dingen verwacht, dat:

* ze naast de cliënt gaan staan,
* zorg niet overgenomen wordt maar aanvullend blijft,
* er rekening gehouden wordt met de beperkingen van de cliënt op het gebied van taal en begrip,
* de manier van communiceren aangepast wordt aan deze beperkingen,
* er zorgvuldig omgegaan wordt met de privacy en de bezittingen van de cliënten,
* de cliënten worden aangesproken op de manier die zij wenselijk vinden,
* er structuur en duidelijkheid geboden wordt in acties. Zeg wat je doet en vice versa,
* medewerkers sensitief zijn voor de gevoelens van de cliënt en hier respectvol mee omgaan.A

### 2.2.2. Organisatie.

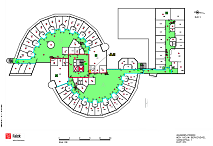
Het organogram valt in bijlage 5 te vinden. De medewerkers worden door een teamleider aangestuurd. Deze staan onder de plaatselijke locatiemanager. WZH Nieuw Berkendael heeft vele takken binnen de organisatie, casemanagers, projectontwikkelaars, stagebegeleiders etc.

2.2.3. Gebruik Gebouw.

Het gebouw is in 2003 herbouwd – wat nu op de plattegronden te zien als de ronde vormen – is wat er toen bijgekomen is. Hier stond voorheen een vierkant zorgtehuis dat aandeed als een flat. Het vierkante deel behoort nog tot het ‘oude gedeelte’. Dit gebouw bestaat uit een kelder, begane grond en vervolgens 3 etages waar de cliëntenkamers zijn. Het vierkante gedeelte houdt op bij de eerste etage. Hieronder is zijn plattegronden te zien van de begane grond, 1e etage en een overall sight zodat vorm en ligging duidelijk worden. Er is voor gekozen niet alle 3 de etages te laten zien, deze zijn vrijwel hetzelfde als de eerste. Het enige grote verschil is dat op de eerste etage geen balustrades zijn en het hele te zien groene gedeelte loopruimte is, waar op de tweede en derde etage wél (brede) balustrades zijn waarover cliënten en begeleiders met rolstoelen kunnen.



Plattegrond: begane grond



Plattegrond: 1e etage

Plattegrond: overall sight.

3

2

1

4

5

4

Legenda:

1. Ingang.
2. Oasis: eetzaal, aula.
3. DAC, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psycholoog.
4. Cliëntenkamers.
5. Kantoren.

*Figuur 2.2*

Legenda uitleg: 1; de ingang. Als iemand binnenkomt loopt deze direct tegen de receptie aan, rechts. Als je doorloopt is de eerste kamer aan de rechterkant een soort huiskamer waar gerookt wordt. Daar tegenover is 2; de oasis. Dit is de eetzaal/ aula waarin dagactiviteiten gedaan worden. Als gegeten wordt staan de tafels en stoelen, op het moment dat een activiteit gaat beginnen is deze door de activiteitenbegeleiders omgebouwd tot open ruimte. Deze eetzaal wordt gebruikt door externe gasten (zie §2.3.1.) en bewoners die hier willen eten. Per etage zijn er twee huiskamers waarin men rust en eet. Nummer 3 geeft het vierkante gedeelte op de begane grond aan. Hier zit het DAC, en (in willekeurige volgorde) de fysioloog, ergotherapeut, arts, psycholoog en logopediste. Het DAC heeft drie ruimtes waarin gewerkt wordt: de “ruimte creatief” en de dagbehandelingskamers één en twee. De “ruimte creatief” wordt gebruikt voor – zoals de naam al zegt –creatieve activiteiten zoals knutselen, schilderen etc. Beide dagbehandelingskamers worden gebruikt voor cliëntenbehandelingen in de vorm van geheugenactiviteiten en quizzen. Deze kamers hebben nog wat kleine zijkamertjes waarin spullen opgeslagen worden, onder andere rolstoelen en Wii*®*.

De cliëntenkamers, nummer 4, zijn dus te vinden op de 1e, 2e en 3e etage. Alle etages zijn in tweeën gesplitst, en bestaan uit twee delen, elke hemisfeer is een deel met zijn eigen naam. De 1e Waterbron & Zandduin, 2e Dromedaris & Palmboom en op de 3e de Woestijnroos & Kangoeroe. Elk deel heeft een eigen huiskamer, waarin gezeten, gerust en gegeten kan worden. Voor meer privacy kunnen de cliënten zich terugtrekken in hum eigen kamer. Nummer 5 is waar de kantoren zitten. De locatiemanager, kwaliteit-, innovatie-, en projectmedewerkers vertoeven hier. Hier is ook ruimte voor stagiaires, trainees en afstudeerders etc. om van computers gebruik te maken. Bovendien is hier een kamer waarin pauze wordt gehouden door medewerkers vanuit het hele gebouw.

## 2.3. Innovaties.

Het is een nieuwe tijd voor de zorg. We komen in aanraking met de complementaire zorg. Zoals het V&VN (vereniging Verplegenden en verzorgenden Nederland) zegt: *‘Mensen zoeken balans en welbevinden, en daar heeft de gezondheidszorg nog te weinig aandacht voor.’* 21 Ze streven naar een duidelijke plek voor complementaire zorg in de huidige gezondheidszorg. In 1996 heeft drs. Astrid Noorden een definitie van “complementaire zorg interventie” geformuleerd;

*‘Complementaire zorginterventies zijn die verpleegkundige interventies binnen het verpleegkundig proces en de verpleegkundige praktijk, die toegepast worden op basis van natuurlijke therapieën om het zelfhelend vermogen van de patiënt te ondersteunen, stimuleren of activeren en waarbij de zorg betrekking heeft op de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften van de patiënt, zodat deze een staat van welbevinden kan (her-) winnen’.* 22

Wanneer een verpleger of verzorger deze interventies deskundig wil toepassen bij de cliënten, moet ze een cursus voldaan hebben die door het kwaliteitsregister is goedgekeurd. Er zijn cursussen voor complementaire zorg om de kwaliteit te waarborgen en het idee van ‘kwakzalverij’ tegen te gaan. Zoals ook in de rest van de wereld een nieuwe vorm van zorg leveren vorm begint te krijgen, gebeurt dat ook op Nieuw Berkendael. De overheid geeft subsidies om deze innovaties te stimuleren. In §2.3.2. zal ik hierop verder gaan.

### 2.3.1. De Cliënten Van WZH Nieuw Berkendael.

Al eerder is de grootte van geheel WZH genoemd. Ook hoe de zorghuizen van elkaar verschillen. Verschillend aanbod leidt tot verschillende opbouw van cliënten. Zo biedt Nieuw Berkendael net als alle andere huizen begeleiding, verpleging, verzorging en behandeling maar ook diensten op het gebied van sociale contacten, ontspanning, service, gemak en niet te vergeten veiligheid. Verder ook diensten als het activiteitencentrum, de dagbehandeling, de NAH-poli en casemanagement NAH. De onderscheidende zorgproducten zijn: 1) zorg voor mensen met *NAH*; 2)zorg voor mensen met *neurologische aandoeningen* en 3) zorg voor mensen in *coma*.

1. *NAH-cliënten.* De nadruk van de behandeling ligt eerst op het revalideren en bieden van therapieën. Na deze periode kan ervoor gekozen worden om permanent te blijven wonen. Het doel van deze zorg is ervoor te zorgen dat de patiënt nog zoveel mogelijk zo lang mogelijk lichaamsfuncties optimaal kan gebruiken en het leren om te gaan met de beperkingen.
2. *Cliënten met neurologische aandoeningen.* Zorg voor mensen die ziekten als bijvoorbeeld MS en Parkinson hebben. Deze behandeling is gericht op behouden van zelfstandigheid van de cliënt.
3. *Coma-patiënten.* Nieuw Berkendael is gespecialiseerd in coma-zorg, gedaan door het prikkelen van zintuigen en bieden van comfort. Wanneer cliënten recentelijk in een coma zijn geraakt wordt de nadruk gelegd op het zo snel mogelijk een gedeeltelijk of volledig ontwaken te veroorzaken. Dit ook weer door een zintuiglijk stimuleringsprogramma. 19

Er is een structuur aangegeven betreffende de plaatsing van de cliënten en de zorg die daarbij geboden hoort. Nieuw Berkendael maakt het onderscheid tussen cliënten ‘jong’ en ‘oud’ waarbij jong onder 65 jaar is en oud daarboven. De indeling is als volgt: 1e etage; Revalidatie, behandeling, coma; de 2e NAH jong & oud en op de 3e chronisch jong & oud en coma.

### 2.3.2. Geschiedenis.

De geschiedenis van WZH gaat een tijd terug toen het nog een andere naam had: AHS; de Algemene Haagse Stichting. Dit is rond 1970 WZH geworden. Daar zijn meerdere huizen bijgekomen tot het aantal – de dertien – dat ze nu hebben. Het huis was toen vierkant en deed aan als een flat. Er waren 6 etages waarvan de 6e toen al een aantal NAH-cliënten had. De rest van het huis had geen speciale doelgroep en bestond uit de ‘gewone’ verpleeghuis patiënten: mensen die intensieve zorg of zware medische behandelingen nodig hebben.26 In 1999 is het gebouw verbouwd en is iedereen tijdelijk naar de vestiging ‘Vijverzicht’ gegaan waar daar de tweedeling “jong” en “oud” is gemaakt. In 2003 was het nieuwe gebouw klaar en kon men daar weer intrekken. Het aantal bedden is gereduceerd van rond de 130 naar de 108, onder andere omdat iedereen nu een kamer voor zichzelf heeft en het voorheen zo was dat een enkeling met twee personen op een kamer lag. Er is in die tijd een periode een contract geweest met een ziekenhuis om de COPD patiënten over te nemen. Dat contract is er niet meer en de bedoeling is dat nu het WZH Nieuw Berkendael voor jonge doelgroepen gaat zorgen. Daarmee wordt bedoeld: jonger dan 60 jaar. Hoe dat precies gerealiseerd gaat worden is nog niet helemaal duidelijk. Sinds een jaar wordt de nadruk steeds meer gelegd op de doelgroepen die bij §2.3.1. genoemd zijn. Daarbij komt dat sinds 1 februari 2010 het DAC (dagactiviteitencentrum) van start is gegaan. Niet alleen dit is nieuw en nog in de ontwikkelfase maar ook de complementaire zorg. In maart zijn hiervan proefbehandelingen geweest en deze zijn officieel in 1 april van start gegaan. Onderdelen die Nieuw Berkendael nu als complementaire zorg aanbiedt zijn:

1. Werken met klankschalen,
2. Healing Touch,
3. Werken met etherische oliën en massage,
4. Werken met muziek,
5. Werken met bewegende beelden. B

## 2.4. Het Probleem.

Bij WZH Nieuw Berkendael is dus sinds februari 2010 een dagactiviteitencentrum geopend voor de al eerder genoemde drie doelgroepen. Het is de bedoeling dat het DAC met een vraaggericht aanbod van dagbesteding en werkgerichte activiteiten komt. Het is alleen niet volledig aansluitend bij de drie doelgroepen. De doelgroep coma-cliënten valt logischerwijs buiten het aanbod van werkgerichte activiteiten. De doelgroep coma-cliënten is echter niet de enige groep waar het grote aanbod niet bij past. Dit kan meerdere oorzaken hebben die niet bekend zijn. Wel is al aangegeven welke personen niet willen en met welke ze geen contact kregen (de coma-cliënten). De kennis van waarom iemand niet wil is nog een vraag. De groep die er buiten valt bestaat uit de vier algemene doelgroepen en is door middel van een *vooronderzoek* vanuit WZH Nieuw Berkendael, op basis van observaties en verslagen, verder gespecificeerd als ‘mensen met NAH en gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid’. Deze doelgroep is nu als geheel geplaatst in de speciale dagbesteding. Wat deze dagbesteding omvat wordt in §7.2 uitgelegd. Het probleem is dat er nog niet genoeg kennis en onvoldoende passende activiteiten zijn om een dagbestedingsprogramma voor cliënten met NAH met gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid op te zetten. Het gebrek aan kennis beperkt zich niet tot WZH maar uit zich ook in theorieën, methodieken en methoden. Er is geen duidelijke en kant-en-klare informatie over te vinden. Er ligt bij WZH een grote focus op kwaliteitsverbetering en de directie is nu van mening dat het nu bestaande activiteitencentrum niet de hoogst haalbare kwaliteit levert. Dat is de reden dat er een onderzoeksvraag is uitgegaan naar de onderwijsinstellingen waar WZH mee samenwerkt.

## 2.5. De Vraag.

Voortkomend uit dit probleem komt de vraag: ‘Hoe kunnen we een passende dagbesteding creëren voor deze doelgroep die nu buiten de boot valt?’. Daar weer uit voortkomend is de doelstelling: “Het maken van een *handleiding* voor een dagbesteding bedoeld voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel met gedragsproblemen al dan niet in combinatie met prikkelgevoeligheid”. Waarom een handleiding? In WZH wordt gewerkt met protocollen, beleidsstukken, gedragscodes, handleidingen en productomschrijvingen. Met een hele logische reden; als er iets wordt bedacht moet dat uitgeschreven worden zodat de uniformiteit in handelen, van alle werknemers gewaarborgd blijft. Behalve dat moet alle zorg verantwoord kunnen worden naar zowel interne- als externe organisaties.

# 3. Onderzoeksopzet

## 3.1. De opdracht

De opdracht richt zich op de ontwikkeling van een handleiding voor de gespecialiseerde dagbesteding voor mensen met NAH en gedragsproblematiek in agressie en het geven van een voorzet voor de implementatie er van. Het uiteindelijke eindproduct met al zijn componenten wordt in kopje 3.2. besproken. De vorm van dagbesteding dient in samenwerking met andere interne medewerkers vormgegeven te worden. Er kan van externe deskundigen gebruik gemaakt worden, het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise). Het CCE houdt zich bezig met *individuele* bijzondere zorgvragen.27 Dus als er na het onderzoek mensen buiten de insluitingscriteria vallen en Nieuw Berkendael ook geen andere manieren van integratie in een dagbestedingsprogramma kan vinden, dan wordt er de hulp van het CCE ingeschakeld. Die bekijkt per individu wat er gedaan kan worden en kan geeft advies over het zorgplan.28 Een behandelcomponent maakt deel uit van deze vorm van dagbesteding. De behandeling wordt geboden door een multidisciplinair behandelteam. Daarnaast maakt inzet van vrijwilligers en mantelzorgers deel uit van deze dagbesteding. Gedurende de afstudeeropdracht is samengewerkt met verschillende andere studenten die in overleg op aangrenzende gebieden onderzoek doen, dit alles onder begeleiding van een projectmedewerker van Nieuw Berkendael.

De groep die het onderwerp vormt -mensen met NAH en gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid- bestaat uit negentien mensen. In het *vooronderzoek* is gekeken naar wat de verplegers, verzorgers en de activiteitenbegeleiders als probleem bij de cliënt zagen. Daarnaast is globaal beschreven wat voor een begeleiding de personen zouden moeten hebben, dus; is de aanwezigheid van verpleging noodzakelijk? Of; kan een vrijwilliger volstaan bij het uitvoeren van de activiteiten? Aangegeven is ook of een cliënt dan wel in een grote/ kleine groep kan, dan wel individueel een activiteit moet doen. Deze gegevens gaan uit van de situatie zoals die op het moment van het vooronderzoek bij de cliënt was en zijn dus niet absoluut maar slechts een aanname. Om de opdracht in het kader van deze afstudeerscriptie te begrenzen is deze doelgroep van negentien personen door mij geanalyseerd en verder gespecificeerd. Er is gekeken naar waarin die gedragsproblemen zich uiten. Daarbij is duidelijk geworden dat één groep van zes mensen gedragsproblematiek heeft in combinatie met agressie en de ander overgevoeligheid voor prikkels en daardoor gedragsproblemen.

Daarna zijn – in samenspraak met diegene die het vooronderzoek heeft gedaan en een andere student – de definitieve *subdoelgroepen* gemaakt. Elke subgroep bestaat uit zes personen. De bovengenoemde student heeft één groep overgenomen en ik de ander. De term subgroep is op dit moment genoemd om duidelijkheid te scheppen tussen de hoofdgroep van het *vooronderzoek* en de twee (drie als de groep ‘coma-cliënten’ meegerekend wordt) specifieke groepen die later gevormd zijn. Vanaf nu zal de term ‘doelgroep’ genoemd worden als ik het heb over de *subgroep* die ik voor mijn rekening genomen heb omdat dit de doelgroep voor mijn onderzoek geworden is.

De directe belanghebbenden zijn de cliënten zelf. Zij zijn de mensen waar de opdracht voor gemaakt wordt en hebben er het eerst belang bij, het gaat namelijk om hun levensinrichting. Indirecte belanghebbende zijn de medewerkers. Het is namelijk lastig als je met cliënten werkt en dat dan de dagbesteding die geboden wordt niet gebruikt (kan) worden. Niet alleen omdat het werken met deze cliënten geen vaste lijnen kent waardoor er verschillen in behandeling kunnen ontstaan – iedere medewerker hanteert dan de eigen kaders in plaats van vastgestelde en gevalideerde kaders – maar het kan ook negatief uitwerken op de cliënten.

## 3.2. Het eindproduct.

Dit verslag is een onderzoek naar een handleiding voor een dagbestedingsprogramma voor mensen met NAH met gedragsproblematiek in agressie. Waarbij uitgegaan wordt van een vraaggericht activiteitenaanbod, naast de aanwezige behandelcomponent.

Het eindproduct wordt een handleiding (zie hierboven) met verschillende componenten. Allereerst een beschrijving van de cliëntengroep met de in- en uitsluitingscriteria. Vervolgens passende en gestructureerde dagbestedingsactiviteiten, theoretisch onderbouwd. En als laatste profielen voor vrijwilligers, mantelzorgers en professionals waarin ondermeer staat; voorwaarden voor de begeleiding en beschrijvingen over hoe om te gaan met cliënten, een ‘what to do’ en een ‘what not to do’ list.

### 3.2.1 Innovativiteit & maatschappelijke context.

Deze opdracht is innoverend omdat er nog weinig bekend is over mogelijke activiteiten voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie. Er wordt dus een nieuw product neergezet. Bovendien staat de hele complementaire zorg nog in de kinderschoenen (zie ook 2.3). Deze opdracht is vanuit WZH Nieuw Berkendael aangevraagd en dus ook speciaal voor die organisatie bedoeld. Toch kan deze opdracht breder getrokken worden in de maatschappelijk context. Men kan zich voorstellen dat wanneer er een duidelijke in- en uitsluitingscriteria gevormd is, niet alleen de cliënten van WZH Nieuw Berkendael kunnen passen in dat gemaakte profiel, maar ook andere NAH-cliënten in andere instellingen. Het is dan ook het streven dat het eindproduct toepasbaar kan zijn in andere zorginstellingen, al dan niet van WZH. De menselijke waarde is hoog, de maatschappelijke waarde is laag (de patiënten zullen nooit meer kunnen deelnemen aan de maatschappij) tenzij je bedenkt dat iedereen die cliënt is ook familie en vrienden heeft. Door goede zorg aan hun naaste kunnen zij weer optimaal aan de maatschappij deelnemen. Je bent als maatschappij datgene wat je over hebt voor je leden.

## 3.3. De hoofdvraag.

De hoofdvraag en de doelstelling zijn de hoekstenen van dit onderzoek en om de hoofdvraag te kunnen formuleren moet er gekeken worden naar de doelstelling. De doelstelling is: Het maken van een handleiding voor een dagbesteding bedoeld voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel en gedragsproblematiek in agressie. Kijkend hiernaar is er een hoofdvraag gecreëerd, luidend:

‘Op welke manier kan er voor de cliënten met NAH en daarbij gedragsproblematiek in agressie, wonende bij WZH Nieuw Berkendael een passende dagbesteding gerealiseerd worden?’

## 3.4 De deelvragen.

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen geformuleerd die stuk voor stuk inzicht geven in het probleem en daarbij de oplossing.

1. Wat is WZH Nieuw Berkendael?
2. Wat is NAH?
3. Wat verstaat de literatuur onder gedragsproblematiek?
4. Welke gedragsproblematiek hebben de cliënten bij WZH Nieuw Berkendael?
5. Welke begeleiding is er over het algemeen voor mensen met NAH?
6. Welke begeleiding is zijn er over het algemeen voor mensen met gedragsproblematiek?
7. Wat verstaat de literatuur onder een passende dagbesteding?
8. Wat biedt WZH Nieuw Berkendael nu als dagbesteding aan de cliënten met NAH en daarbij gedragsproblematiek?
9. Hoe kun je de begeleiding voor mensen met *NAH*, *gedragsproblematiek* en *agressie* samen toepassen?

## 3.5 Inhoudelijke beschouwing over het vraagstuk.

De hoeveelheid deelvragen laten de complexiteit van de vraagstelling zien. Om te weten te komen wat de beste dagbesteding is en daarbij horende de begeleiding voor de cliënten, moet eerst duidelijk gemaakt worden wát precies die problematiek in agressie, wélke dagbesteding daarbij passend is en hóe deze het best begeleid kan worden. Er kan gekeken worden of er informatie over dagbesteding ook bij andere doelgroepen met gedragsproblematiek gevonden kan worden. Zolang de gedragsproblemen overeenkomen kan afgekeken worden hoe de dagbesteding met mensen met eenzelfde problematiek er uit ziet. Immers, waarom het wiel opnieuw proberen uit te vinden?

## 3.6. Onderzoeksbenadering.

De opdrachtgever (WZH Nieuw Berkendael) geeft een meeloopperiode van een maand waarin cliënten en hun begeleiding ontmoet kunnen worden en ideeën in de praktijk kunnen uitproberen. De tijd is krap en er is dus geen mogelijkheid voor een uitgebreid onderzoek en het in de praktijk proefdraaien en testen van methodieken. Vanuit het onderzoek wordt een manier gezocht om de leefwereld van de cliënt te verbeteren in samenwerking met de onderzoeksobjecten (cliënten en begeleiders). Zoals ook in het stappenplan te zien is, heb ik eerst vanuit de literatuur en andere informatiebronnen informatie verzameld waarna ik vervolgens een plan voor de dagbehandeling heb gemaakt.

## 3.7. Databronnen.

De databronnen zijn de bronnen waar gegevens en informatie over het onderzoek vandaan wordt gehaald. De databronnen die ik voor mijn onderzoek heb gebruikt zijn:

* Personen
* Boeken
* Internet
* Sociale werkelijkheid (sociale relaties tussen de mensen)

De boeken en het internet vormden de onderbouwing voor theoretische onderbouwing. Veel is werkendeweg bij elkaar gezocht (via verwijzingen etc.). Om te weten te komen hoe WZH Nieuw Berkendael werkt en ook welke gedragsproblematieken de cliënten precies hebben, had ik databronnen als personen en sociale werkelijkheid nodig. Met personen bedoel ik cliënten, begeleiders en opdrachtgevers. Met de term sociale werkelijkheid bedoel ik de samenhang tussen mensen, de (werk)cultuur en (werk) structuur.

De boeken zijn gehaald/gelezen bij de Koninklijke Bibliotheek, Haagse Hogeschool en verstrekt door WZH. Bij gebruik van internet zijn alleen die sites gebruikt die behoren tot een instelling of organisatie. Is dit niet het geval dan wordt een site niet gebruikt als niet duidelijk is wie de auteur is en of deze auteur geloofwaardig is.

## 3.8. Dataverzamelingstechnieken.

#### Betrouwbaarheid.

Een aantal dataverzamelingstechnieken zijn gebruikt: een inhoudsanalyse, open interviews en observaties. Ik heb korte tijd meegelopen met het DAC om te zien hoe de relatie tussen, en omgevingscondities van de cliënten en begeleiders is/zijn. Dit om zicht te krijgen op de sociale werkelijkheid. De gegevens hieruit zijn opgenomen in de topiclist voor de interviews.   
Ik heb interviews gehouden met begeleiders en opdrachtgevers. Cliënten zijn niet geïnterviewd want zij kunnen zich door de NAH niet goed uitdrukken. De ondervragingen zijn individueel, face-to-face, mondeling en open. Er is een topiclijst met punten die in ieder interview is gebruikt. Ik heb voor deze methode gekozen omdat het veel informatie biedt en ik kon doorvragen. In een interview is veel ruimte om de verschillende zijpaden van een onderwerp te bewandelen. De halfgestructureerde vragenlijst was het onderzoeksanker. Door face-to-face te ontmoeten en te bevragen kan iemand zich niet verschuilen achter anderen. Ook kon ik – omdat ik me op één persoon kon concentreren – vanuit lichaamstaal informatie opdoen. Om ook hier de betrouwbaarheid te waarborgen zijn alle interviews opgenomen en als bijlage uitgetypt toegevoegd.

#### Validiteit.

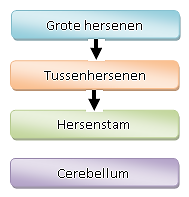
In het uitgevoerde onderzoek is een kleine groep van mensen geïnterviewd. Tevens is op de werkvloer meegekeken. Zoals aangegeven zijn zowel literatuur als de observaties gebruikt om een vragenlijst op te stellen. Deze is voordat ik de interviews heb gehouden doorgesproken met de begeleider van WZH en op interne consistentie gecontroleerd. Het aantal personen dat is bevraagd, is klein geweest. Dat heeft ondermeer te maken met het gegeven dat ik me heb gefocussed op een kleine groep NAH patiënten (6) die logischerwijze ook een kleine groep begeleiders kent. Samenvattend ben ik van mening dat het door mij uitgevoerde onderzoek voldoende valide is. Er is veel achtergrondliteratuur gebruikt, de vragenlijsten zijn gebaseerd geweest op literatuur en observaties en getoetst aan derden. Door de beperkte tijd van het onderzoek (drie maanden) is het echter nog niet mogelijk geweest om het plan van aanpak dat is gebaseerd op het onderzoek in de praktijk te toetsen.

# 4. Wat is NAH?

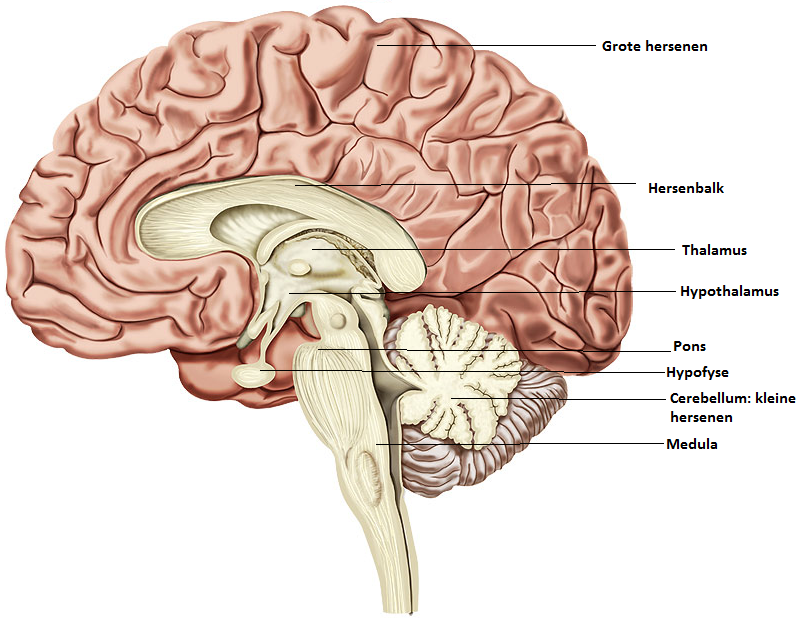
## 4.1. Korte Uitleg Werking Brein.

Dat het brein een ingewikkeld systeem is mag duidelijk zijn. Het doel van deze scriptie zal voorbij gegaan worden als er een uitgebreide uitleg over gegeven wordt, echter een korte uitleg is op z’n plaats. Het is belangrijk om te weten wat de globale functies van de verschillende componenten in het brein zijn. Met deze kennis zal de scriptie met andere ogen bekeken worden en is de impact van een hersenletsel nog helderder. Om te beginnen is de eerste logische stap te bekijken uit welke componenten het brein is opgebouwd. Welke grote ‘lagen’ of ‘systemen’ zijn er. Per laag zal uitgelegd worden wat de grote onderdelen ervan zijn en welke functies ze hebben. *(Carter, 2010)*

Het buitenste systeem zijn de grote hersenen. Als je dieper in het brein gaat, richting het ruggenmerg, kom je langs de tussenhersenen en eindig je bij de hersenstam. Het cerebellum ligt deels afgelegen – onder achterin – en heeft relatief ‘simpele’ functie. Het krijgt van alle drie de systemen informatie ter behoeve van coördinatie en zorgt ervoor dat deze nog grove signalen worden verfijnd. (Verdere uitleg volgt in §4.1.4.) Carter benoemt het gegeven van de mens en zijn bewust en onbewust handelen en stelt dat hoe dichter je bij de hersenstam komt, hoe meer je in de lagen zit, hoe onbewuster de mens handelt. De grote hersenen bewerken een duidelijk bewust denken en handelen, hier zijn we onze gedachten. Onze emoties en instincten zijn product van de tussenhersenen en dan voornamelijk van het limbisch systeem hierin. Alle oer-handelingen – bijvoorbeeld ademhalen, knipperreflex etc. – worden gereguleerd door de hersenstam en zijn we ook niet bewust mee bezig. *(Carter, 2010)*



*Figuur 4.1*

In de volgende subparagrafen wordt vanuit de hersenstam naar buiten gewerkt, d.w.z. als 1e de hersenstam, als 2e de tussenhersenen en als 3e de grote hersenen. Per subparagraaf wordt een laag behandeld. Het laatste aanbod is het cerebellum. Hieronder is in een dwarsdoorsnede de rechter hersenhelft te zien met daarop de te behandelen onderdelen.

### 4.1.1. De Hersenstam.

De hersenstam zorgt voor basale functies, het houdt het lichaam in leven als een persoon bewusteloos is.

1. Ademhaling
2. Lichaamstemperatuur
3. Bloeddruk
4. Zweten
5. Hartslag
6. Slaap- waakritme
7. (slok-) darmwerking
8. ‘aanmaak’ neurotransmitters (niet als enige in het lichaam)
9. Oogreflexen (knipperen, pupilcontrole, corneareflex)
10. Hoesten en slikken bij verslikken

Buiten deze eigen functies heeft de hersenstam een interessante mogelijkheid, namelijk de mogelijkheid om andere delen van de hersenen op ‘stand-by’ te zetten door de informatievoorziening af te sluiten. Dit doet het bijvoorbeeld wanneer een persoon– dan wel lichamelijk, dan wel de hersenen – vermoeid is. Zo kan alles bijkomen en wordt er door de hersenstam een sein gegeven wanneer deze rustpauze voorbij is. (*Eilander, 2006*)

### 4.1.2. De Tussenhersenen: Diëncefalon.

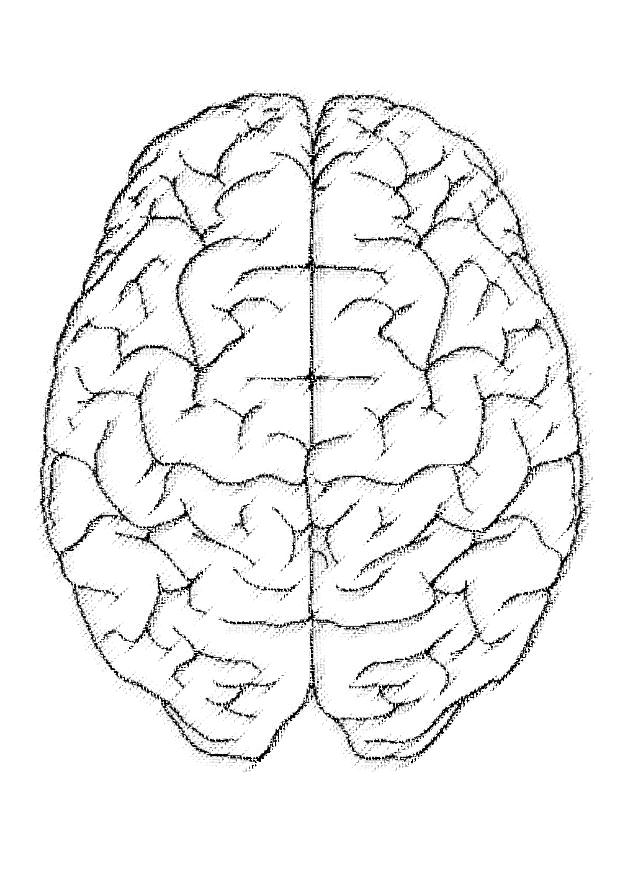
De tussenhersenen liggen onder de twee hersenhelften. In het centrale gedeelte van de diëncefalon zit het limbisch systeem. Dit wordt ook wel ‘de gevoelshersenen’ genoemd. Hierin worden gevoels- of sensorische indrukken (zintuigelijk) samengesmolten met \*emoties, stemming en motivatie [\*gevoelens, algeheel welbevinden en motivatie] en daarna gekoppeld aan overige hersenfuncties. Het is een schakel tussen het hoger bewustzijn (hersenschors) en de basisfunctieregulator (hersenstam). De reuk is het enige zintuig dat direct binnenkomt waar de anderen via de hersenstam doorgevoerd worden. Instinctief handelen, overleven, diepe emoties en fundamentele impulsen zijn onder andere een product van de tussenhersenen en daarmee ook het limbisch systeem. De twee belangrijke onderdelen van zowel het limbisch systeem als het grotere geheel (diëncefalon) waar het onder valt, zijn de thamalus (schakelstation tussen zintuigen en grote hersenen) en hypothalamus (heeft een aanbreng in het bewuste gedrag en emoties en instincten, maar ook in onbewust beheer van levenssystemen).

### 4.1.3. Grote Hersenen.

Van de grote hersenen is al heel vaak geprobeerd een soort kaart te maken. Er bestaan dan ook verschillende varianten en verschillende functies van de kaarten. Vroeger waren ze getekend, tegenwoordig doen we het met MRI. Voor nu worden de verschillende kwabben, verschillenden hersenfunctiegebieden en de verschillen tussen linker- en rechterhemisfeer uitgelicht. De hersenbalkverbindt de twee hersenhelften. Er lopen meer dan 200 miljoen zenuwvezels doorheen. De grote hersenen zijn verantwoordelijk voor ons bewuste denken.

#### Hemisferen; de twee hersenhelften.

De meeste mensen schrijven met rechts omdat het taalgebied links zit, linkshandige schrijvers schijnen beter te zijn in het denken en in visuele perceptie. Omdat de linker hemisfeer als taalgebied wordt aangeduid is er wel eens beweerd dat dit ook de dominante kant is. Dat is niet waar. Beide helften vullen elkaar aan en zijn daarin even onmisbaar. Het is zo dat bij het lezen van een zin niet alleen de linkerkant het verwerkt maar dat er op meerdere gebieden uit de beide kanten een beroep wordt gedaan. Bij het uitspreken van een ‘simpele’ zin als: “De man had een CVA in zijn linkerhersenhelft wat leidde tot een verlamming rechts”, wordt er een beroep gedaan op het zien van de tekst, ordenen van letters en woorden, mentaal beeld creëren van de betekenis van de zin, begrijpen, onthouden, klanken vormen bij het uitspreken, begrip van eigen tekst en intonatie. Beide hersenhelften zijn aan het werk en dankzij de hersenbalk kan dit in zo’n rap tempo gedaan worden. *(Eilander, 2006)*



**Rechts**

**Links**

* Begrip en uiten van woorden. Begrip van ‘de taal’.
* Het ‘beleven’ van tijd en het verwerken van opeenvolgende gebeurtenissen als geheel.
* Analyseren, detail-informatie ontdekken
* Gebruik maken van ‘oude’, bekende informatie. Feitenkennis, regels ezelsbruggetjes.
* Denken in taal, bewust redeneren.‘Het bewuste denken’.
* Het activeren van het eigen denken en de eigen handelingen.
* Begrip en uiten van intonatie, mimiek en gebaren. Daarmee ook het begrijpen van muziek.
* Ruimtelijke informatie. Visuele kenmerken onthouden.
* Synthetiseren, overzien van gehelen. Zowel visueel als auditief, details samenvoegen tot één beeld, één verhaal.
* Exploratie het verwerken en aanleren van nieuwe informatie.
* Onbewust ‘intuïtief’ denken. Oplossingsgericht denken, nog zonder details een oplossing hebben.
* Het afremmen van eigen denken en eigen handelingen. Besef van decorum.

#### Hersenkwabben.

Het indelen van de hersenkwabben is gedaan door de grote gyri en fissuren als ‘grenzen’ voor de kwabben aan te nemen. De namen van de kwabben zijn simpelweg overgenomen van de botten van de schedel (neocranium) die in het Engels *frontal-, parietal-, temporal-*en *occipalbone* genoemd worden. De in het Nederlands gebruikte namen zijn anders, tenzij de Latijnse benaming aangehouden wordt. Eigenlijk zijn de hersenen in maar twee helften verdeeld, namelijk de voor- (frontaal) en achterkant, maar de achterkant heeft drie delen en daarom zijn het vier kwabben. Wanneer er via de thalamus informatie vanuit de zintuigen in de achterkwab komt wordt deze in de drie delen onderverdeeld. De *pariëtaalkwab* behandelt de somatosensorische informatie, de *occipitaalkwab* de visuele en de *temporaalkwab* de auditieve informatie. Een letsel in de *frontaalkwab* veroorzaakt gedragsveranderingen. *(Carter, 2010)*

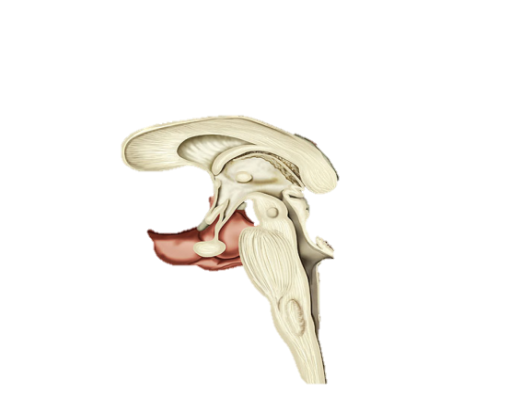
Frontaalkwab

Pariëtaalkwab

Occipitaalkwab

Temporaalkwab

Cerebellum



#### Functionele gebieden.

Zoals ik eerder al aangaf worden ook verschillende functies van de cortex aangegeven, dit verschilt met functies van hersengebieden; het zijn andere indelingen. Op deze kaart zijn er nummers aangegeven die overeenkomen met gebieden van cortex die op andere kaarten aangegeven worden. Deze zijn:

1. **Broca’s area:** heel globaal gezegd worden hier woorden gearticuleerd.
2. **Wernicke’s area:** even globaal gezegd wordt hier de betekenis aan woorden gegeven. Deze gebieden werken continu samen en staan in directe verbinding door de Fasciculusarcuatus (een bundel van zenuwvezels).
3. **Primairemotorische cortex:** het gebied dat zorgt dat bewegingen gemaakt kunnen worden. In het premotorische cortex-gebied, die links tegen nummer drie aanligt (in het gebied planning) zorgt voor de voorbereiding van en het aanzetten tot bewegen.
4. **Somato-sensorischecortex:** somatosensibele schors, hier worden de tastzinprikkels verwerkt. Gevoel op de huid, in het lichaam maar ook proprioceptie horen hierbij. Bij fantoompijn kun je je bedenken dat die ook hier geregistreerd wordt.

In 1909 kwam de Duitse Neuroloog Korbinian Brodmann met een zeer gedetailleerde functiegebieden hersenkaart gemaakt op basis van celbouw. Deze kaart gaf 52 verschillende gebieden aan en waren allen een nummer gegeven. Deze kaart wordt nog steeds gebruikt. De afbeelding links laat dus feitelijk zijn werk zien maar dan op een versimpelde en overzichtelijke manier. *(Carter, 2010)*

### Cerebellum.

De kleine hersenen. Deze hersenen hebben één taak: de fijne bijsturing van de aangegeven bewegingen die vanuit de grote hersenen, tussenhersenen of de hersenstam komen. Het mogelijk maken dat men vloeiende handelingen kan uitvoeren. Als iemand een beschadiging aan de kleine hersenen heeft kan het zijn dat deze persoon continu dronken overkomt.

### 4.1.5 Hersenvocht; Het Cerebrospinale Vocht.

De hersenen zijn al met al dus onmisbaar voor het leven en zeer kostbaar. Dit kostbaar goed moet dus ook een goede bescherming hebben. We bezitten daarom over een schedel die niet alleen alles bij elkaar houdt maar ook klappen en schokken opvangt. Het brein ‘zweeft’ als het ware binnen in de schedel. Voordat je vanuit de hoofdhuid bij de cortex komt, volgen eerst zes lagen. Het hersenvocht heeft een beschermende schokdempende functie binnen deze ruimten en in de holtes. Het voert verder ook nog afval af en voedsel aan. Stel dat er in een groot kanaal een blokkade optreedt, denk aan bijvoorbeeld een tumor, dan blijven de grote holtes vocht aanmaken. Doordat dit niet afgevoerd kan worden zullen ze naar boven opzwellen en druk uitvoeren op het hersenweefsel, dit zorgt voor het verstoren van het functioneren van de hersenen.

## 4.2 Mogelijke Oorzaken NAH.

NAH is een medische verzamelnaam en er behoeft daarom een duidelijke definitie. Het Nederlands Centrum Hersenletsel heeft zo’n NAH definitie uitgegeven. Deze is alomvattend in de oorzaak en het gevolg van NAH.

*‘Niet-aangeboren hersenletsel wil zeggen: beschadiging van het hersenweefsel door een hersenaandoening die op enig moment na de geboorte is ontstaan en die niet samenhangt met zwangerschap en bevalling. Door de gevolgen van die beschadiging ontstaat een breuk in de levenslijn. Vaak is er sprake van een complexe combinatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, zodat de patiënt en zijn directe omgeving een beroep op meerdere zorgaanbieders moeten doen.’ (Nederlandse vereniging revalidatieartsen)*

De naam zegt het al: elk hersenletsel dat niet aangeboren is – genetisch dan wel door geboorte zelf –, of dat dan door een ziekte komt of door een ongeval, is een niet-aangeboren hersenletsel. Er zijn verschillende oorzaken voor en kent een tweedeling: niet-traumatisch en traumatisch hersenletsel. Bovendien hoeft een trauma an sich geen hersenletsel te veroorzaken maar kunnen complicaties daarbij voor een beschadiging zorgen.

### 4.2.1. Hersentrauma.

Het eerste letselsoort behandeld is het traumatisch hersenletsel. Er zijn binnen deze soort twee paar indelingen te maken. Het *open en gesloten hoofdletsel*. Het is een *open letsel* wanneer de inhoud van de hersenen buiten de schedel komt of te zien is. Bij een impressiefractuur is dat het geval. De oorzaak van dit letsel is meestal het van buitenaf binnendringen van een voorwerp. Deze indeling is niet absoluut, er bestaat namelijk een grote variëteit van trauma’s. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de schedel vanaf de buitenkant heel lijkt terwijl de binnenkant verbrijzeld is en er schedelfragmenten de hersenen zijn binnen gedrongen. Bij het binnendringen worden hersenstructuren beschadigd bovendien treden bloedingen op. *(Cranenburgh, 2009)*

Het is een *gesloten hersenletsel* wanneer de schedel de hersenen bedekt, hierbij hoeft het niet zo te zijn dat de schedel zelf niet kapot is. Een botsing is de meest voorkomende oorzaak voor een gesloten hoofdletsel, het kan een extreme versnelling of vertraging zijn. Omdat er vrijwel altijd sprake is van een contra coup (terugslag) kan het voorkómen dat aan twee kanten, tegenover elkaar, een letsel zit. Om de kracht van een klap voor de hersenen te verduidelijken; hier een rijtje van wat er kan gebeuren wanneer er zo’n kracht tegen het hoofd wordt uitgeoefend: hersencellen worden platgedrukt, verbindingen kunnen afgescheurd, bloedingen treden op, hypoxie of anoxie (zuurstoftekort en –gebrek), oedeemvorming, hydrocefalus(waterhoofd), epilepsie en ten slotte kan een operatie nodig zijn dat altijd een grote kans op kleine of grote beschadigingen. *(Cranenburgh 2009; Eilander 2006)*

De tweede indeling wordt op basis van ernst van verschijnselen gemaakt. Als een persoon binnen 15 minuten bijkomt van bewusteloosheid en hij/zij heeft geen restverschijnselen is er sprake van een *commotio cerebri.* Is dit niet het geval, dan gaat het om een *contusio cerebri.* Cranenburgh (2009) geeft aan dat deze indeling ‘*zeer kunstmatig’* is en laat weten dat er altijd sprake is van een continuüm en er geen directe tweedeling is. *(Cranenburgh, 2009)*

### 4.2.3. Niet-traumatisch Hersenletsel.

Bij een niet-traumatisch hersenletsel kan gedacht worden aan encephalitis (infecties), tumoren, cerebro vasculaire accidenten (CVA’s), intoxicaties (vergiftigingen) en niet te vergeten ziekten. Zoals eerder aangegeven kan een hersenletsel ook ontstaan door complicaties. Drie voorbeelden hiervan zijn: hypoxie of anoxie, epilepsie of hydrocefalus. Systeemziekten en een trauma of CVA zijn lastig met elkaar te vergelijken aangezien de ziekten, afhankelijk van welke soort, of progressief of degeneratief, een eigen ziekteverloop hebben. Dit neurologische verloop is anders dan die van mensen met een trauma of CVA. *(Eilander, 2006)*

#### Cerebrovasculair accident.

Er zijn pathologisch-anatomisch twee verschillende CVA’s. De één is een haemorrhagia (bloeding) wat de meeste mensen kennen onder de naam *hersenbloeding*. De andere is een stenose (vaatvernauwing) dat voor vaatafsluiting kan zorgen en een *herseninfarct* veroorzaakt. In de medische wereld bestaat er ook een andere indeling namelijk die van klinisch verloop van een CVA. Gegeven door Cranenburgh (2009):

1. TIA: Transient (focal) ischemic attack; kleine beroerte. Client zal om en nabij 24 uur weer volledig herstellen.
2. RIND: Reversible ischemic neurological deficit; de cliënt zal net als bij een TIA volledig herstellen maar dan na een week of maand.
3. Progressive stroke: de neurologische symptomen zullen toenemen in progressieve gang dusdanig tot de cliënt overlijdt.
4. Completed stroke: er zal geen volledig herstel meer komen. De neurologische symptomen zullen na het ontstaan ervan – afhankelijk van niet-medische factoren – langzaam, geleidelijk en gedeeltelijk herstellen.

#### Neurologische aandoeningen.

Ziekten als MS, Parkinson, Korsakov etc. (zie bijlage 5) worden in het kader van dit onderzoek niet verder besproken wanneer het om NAH-cliënten gaat. Mijn doelgroepen zullen gaan over diegene waarbij hersenbeschadiging min of meer plotseling voorkomt (trauma of CVA). Wanneer er een cliënt in Nieuw Berkendael met een neurologische aandoening gedragsproblemen heeft zal dit per cliënt bekeken moeten worden. Het is zo dat bij een ziekte ook hersenstructuren kapot gaan maar dit is progressief of degeneratief en omwille behandeldoelen daarom ook een afzonderlijk traject zullen hebben dan die cliënten met een plotse NAH.

### 4.3. Gevolgen NAH.

Om de enorme hoeveelheid aan en diversiteit van de gevolgen van NAH te kunnen volgen is het handig een classificatiesysteem te gebruiken. Cranenburgh (2009) hanteert een indeling in drie classificatiegroepen “*neurologisch”, “neuropsychologisch”* en *“psychologisch”*. In het boek ‘*Niet-aangeboren Hersenletsel: informatie voor verpleegkundigen’* wordt echter nog een vierde groep genoemd namelijk: “*Psychiatrisch” (Hoenderdaal, 2002).* Het groep *“psychiatrisch”* wordt toegevoegd aan het classificatieschema omschreven door Cranenbrugh. Let wel: de volgende gevolgen zijn de meest voorkomende mogelijke gevolgen, de lijst is dus niet volledig (voor de overzichtelijkheid) en het is niet zo dat iemand met NAH in alle groepen een stoornis of verandering heeft. In §5.2 zal ik verder ingaan op de veranderingen in gedrag.

**Hersenbeschadiging**

**CVA Trauma**

**Stoornissen/veranderingen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Neurologisch | Neuropsychologisch | Psychologisch | Psychiatrisch |
| * Bewegingsstoornissen * Bewustzijnsdaling * Coördinatiestoornissen * Dysartrie: (articulatiestoornis). * Hemi-anopsie * Parese * Sensibiliteitsstoornissen * Stoornissen in seksuele functies * Stoornissen van functie blaas en darmen * Zintuigelijke functiestoornissen | * Afasie * Afname tempo informatieverwerking * Apraxie * Attentie- en concentratiestoornissen * Beperkte probleemoplossing * Geheugenstoornissen * Inzicht-/ overzicht beperkingen * Neglect * Planning- en organisatieproblemen * Waarnemingsstoornissen | * Afname empathie * Agressie / woede-uitbarstingen * Apathie * Decorumafname * Dwanglachen/ dwanghuilen * Eetontremming * Egocentriciteit * Emotionele vervlakking * Gestoord ziektebesef / ziekte-inzicht * Initiatiefvermindering * Libidoverandering * Moeite met relativeren * Ontremd gedrag * Prikkelbaarheid * Risicozoekend gedrag * Stemmingsveranderingen * Stemmingswisselingen * Veranderd gevoel voor humor | * Angststoornis * Posttraumatische stress-stoornissen * Psychotische stoornissen * Stemmings-stoornissen |

#### Sociale gevolgen.

Behalve gevolgen op individueel niveau verandert ook veel voor de omgeving (zie ook §5.4). Wanneer iemand een NAH krijgt is deze persoon niet de enige die daar mee moet leren leven. Van Belle (2005) citeert een partner die zijn vrouw Anja eigenlijk niet meer herkent.

‘*Ik heb een hele andere Anja teruggekregen. Vroeger was ze rustig en stabiel nu praat ze heel veel en kan haar stemming plotseling omslaan, zonder aanwijsbare redenen. Ik weet niet goed wat ik aan haar heb.’*

Vele familieleden en kennissen spreken over een geheel nieuwe persoonlijkheid bij de persoon die NAH heeft gekregen. Daarom wordt er nog wel eens gesproken over de persoon die iemand ‘vroeger’ (voor NAH) was en ‘nu’ (na NAH), alsof het over twee verschillende mensen gaat. Immers zo ervaart de bekende omgeving het en niet zonder uitzondering de cliënt zelf ook. Dit besef, het besef van het *persoonlijkheidsverval* (zo genoemd omdat de veranderingen gewoonlijk negatief van aard zijn), roept bij de omgeving – en dan voornamelijk de directe omgeving – een x-aantal gevoelens op die ook voor hen lastig te uiten is. De meest voorkomende reeks is die van eerst de teleurstelling, dan ergernis, naar wanhoop en niet geheel onbelangrijk; de schuldgevoelens. Men kan zich gewoonlijk makkelijker aanpassen aan cognitieve restverschijnselen (bv. geheugenproblemen) dan aan persoonlijkheidsverval. *(Minderhoud, 1984)*

In het dagelijkse leven verandert er ook nogal wat. Zanen (2002) zegt dat bij het wegvallen van oude vormen van dagbesteding het grootste probleem de afwezigheid van het ritme en dagelijkse routine is. Ze benoemt hoe de dagelijkse structuur wegvalt en daarmee een zeer belangrijk aspect: *‘het gevoel van nuttig bezig zijn.’* Niet de motorische handicaps maar de sociale aspecten worden als meest belemmerend ervaren. Iemand met NAH loopt sterk de kans om geïsoleerd te worden. Het grote sociale kennisnet krimpt en vaak blijft alleen de meest intieme kring over. Dit is logisch als men kijkt naar waar het sociale kennisnet uit op is gebouwd; collegae, vrienden van sportschool, vrienden van een hobbyclub en zelfs vrienden van vrienden. Wanneer iemand niet meer in staat is al deze dagbestedingen te beoefenen is het contactmoment verdwenen en te zien is dat deze relaties dan langzaamaan uitdoven. Helemaal bij diegenen die genoodzaakt zijn naar speciale woonvormen (als Nieuw Berkendael) te verhuizen. Je kunt zeggen dat ze uit hun omgeving gerukt worden. Van volwaardig burger veranderen ze in een behoevende patiënt. De omgeving reageert anders dan voorheen op de persoon, voornamelijk als in het uiterlijk van de persoon te zien is dat deze NAH heeft. Palm (1997) haalt in ‘*Veranderd leven: begeleiding na hersenletsel’* Oliver Sacks aan die in zijn boek *‘Een been om op te staan’* uitlegt hoe het alleen al in een rolstoel belanden zorgt voor een veranderde benaderingswijze van de omgeving die nu letterlijk op de persoon neer kijkt. Omgekeerd: de persoon in de rolstoel moet continu opkijken naar zijn/ haar omgeving.

# 5. Gedragsproblematiek In Agressie, Een Literatuuranalyse.

## 5.1. Wat Is Gedrag?

In het boek *‘Neuropsychologie’* beweert Cranenburgh (2009) dat ‘gedrag’ een vaag begrensde term is; een gestoord looppatroon is gedrag maar een woede-uitbarsting ook. Om in het kader van mijn onderzoek de term ‘gedrag’ te begrenzen zodat deze eenduidig is, wordt de volgende uitleg van Eilander (2006) aangehouden.

*‘Gedrag bestaat uit reacties en handelingen waarmee mensen uitdrukken wat ze denken, voelen en willen. (…) Non-verbaal gedrag is alle gedrag dat zonder woorden geuit wordt. (…) Wij communiceren vooral via onze non-verbale communicatie, dus via ons gedrag.’*

Groothuis (1998) gaat hier verder op in en zegt: *‘… dat alle communicatie al het gedrag is waardoor mensen elkaar informatie kunnen geven. (…) Alle communicatie is gedrag.’*

Hiervan uitgaande zou kunnen gelezen worden dat *gedrag* en *communicatie* synoniemen van elkaar zijn, dat is niet zo. Ze zijn wel onlosmakelijk met elkaar verbonden; *al het gedrag is communicatie maar niet alle communicatie is gedrag*. Er bestaat namelijk ook eenzijdige communicatie, bijvoorbeeld communicatie via een brief, of e-mail. Toch kan gezegd worden dat het niet meer dan logisch is dat onder dit hoofdstuk een paragraaf ‘*Communicatie’*, is opgenomen.

Emoties, stemmingen, gedrag en persoonlijkheid willen nog wel met elkaar verward worden daarom zijn ook van deze begrippen definities gewenst. *Emoties* zijn kortdurende, reacties op gedachten, bezigheden en sociale situaties. Ze werken als signalen om passend *gedrag*  te realiseren. Gedrag is dus uiten van emoties*.* Een *emotionele staat* (het voelen en beleven van de emotie*)* kan omslaan in een *stemming*. Een *stemming* kan uren en dagen duren, bij sommigen ziekten (bv depressie) zelfs maanden. Genen dragen bij aan persoonlijkheidsontwikkeling maar er kan gezegd worden dat *persoonlijkheid* als een geheel van gewoonten beschouwd kan worden. Een groep *gedragskenmerken* die bij een individu ‘horen’. *(Carter, 2010)*

Verandering kan optreden in emoties, gedrag en in de relatie tussen emoties en gedrag (het sterker of minder uiten van emoties). Er kan vanuit gegaan worden dat bij emotionele veranderingen bij NAH ook leidt tot gedragsverandering. Hier volgen vier emotionele veranderingen die primair kunnen liggen aan door een cliënt vertoonde gedrag.

1. Emotionele vervlakking. Cliënt kan emoties niet meer goed beleven of uiten.
2. Emotionele labiliteit. Cliënt kan emoties niet controleren of reguleren.
3. Dwanglachen en dwanghuilen. Dwangmatig lachen of huilen zonder (of door kleine) aanleiding.
4. Stemmingswisselingen. Het veelvuldig van stemming wisselen. Het is heel breed en kan gaan over impulsief handelen en agressie naar apathie en neerslachtigheid. *(Hoenderdaal, 2001)*

## 5.2. Gevolgen NAH voor gedrag.

Heugten (2001) geeft aan dat meer dan 50% van de CVA-cliënten en mensen uit hun directe omgeving de volgende emotionele problemen en gedragsveranderingen ervaren; emotionele labiliteit, vermindert initiatief, prikkelbaarheid, veranderde seksualiteit en persoonlijkheid. Meer 40% noemen een toename in afhankelijkheid, depressieve stemming, egocentrisch en aandacht vragend gedrag en angst (onderzoek in 1999 door studenten van de Katholieke Universiteit Nijmegen). Zoals in § 4.3 in de tabel af lezen valt, bestaan er veel meer mogelijke psychologische en psychiatrische problemen die voor kunnen komen. Al deze gedragsproblemen kunnen tot een persoonlijkheidsverandering leiden, we hadden al gezien dat een persoonlijkheid als een geheel van gewoonten beschouwd kan worden. Palm (1997) parafraseert G.P. Prigitano die de persoonlijkheidsveranderingen op drie niveaus als volgt ingedeeld heeft:

1. Neuropsychologisch.
2. Verwerkingsproblematiek.
3. Op basis van premorbide eigenschappen.

Deze indeling wordt aangehouden om de verschillende kanten van de gevolgen van NAH voor gedrag te belichten en zullen in de volgende subparagrafen verder uitgewerkt worden.

### 5.2.1. Neuropsychologisch.

Neuropsychologie is de wetenschap van de relatie tussen hersenfunctie en cognitie, emotie en gedrag. Wat gebeurt er in de hersenen dat het gedrag van ons bepaalt? Op het neuropsychologische niveau wordt ingedeeld naar gedragsverandering die veroorzaakt worden door beschadigingen van de hersenstructuren. Deze zijn nagenoeg niet te veranderen. In 1995 is in de wetenschap voor het eerst aangetoond dat er in de volwassenheid nog sprake is van de aanmaak van nieuwe zenuwcellen. Bekend was al dat zenuwbanen ook niet stopten met uitgroeien. Dus waarom zou deze mogelijkheid niet bij mensen met hersenletsel aanwezig zijn? In de klinische praktijk is te zien dat de ene een grotere herstelcapaciteit heeft dan de ander en sommigen zelfs helemaal geen. Globaal is te zeggen dat er drie manieren zijn waarop herstelprocessen zich in de hersenen kunnen voordoen.

1. Door de reactivatie van tijdelijk uitgeschakelde hersengebieden.
2. Nieuwgroei van zenuwcellen, verbindingen en steuncellen.
3. Door reorganisaties van hersenfuncties.

Voor verdere informatie wordt doorverwezen naar *‘Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben.’* te vinden in de literatuurlijst. Herstel is dus mogelijk, maar is per persoon en situatie verschillend. *(Cranenburgh 2009; Eilander 2006)*

De meest voorkomende en de meest algemene gedragsveranderingen zoals die genoemd zijn door Cranenburhg (2009), zijn:

|  |  |
| --- | --- |
| Meest voorkomende gedragsveranderingen naar Prigatano, Wood en Lawson. | Meest algemene gedragsveranderingen volgens Goldstein. |
| * Noso-agnosie: gebrek aan ziekte inzicht. Wanneer een hersenfunctie uitvalt of beschadigd is kan dit ook zo zijn voor het besef van deze functie. Noso-agnosie is daarom cruciaal om te herkennen en daarmee te werken want iemand kan geen revalidatie beginnen als die niet erkent dat er een probleem is. * Gebrekkige sociale aanpassing: voornamelijk bij een frontale laesie (frontaal letsel). Het kan zich uiten in decorumverlies (het niet weten wat in welke situatie gepast is) maar het kan ook zo zijn dat een omgeving of situatie anders wordt waargenomen en dus het verkeerde gedrag ‘uitkiest’. Gedrag dat in zijn ogen wel gepast is maar alleen omdat zijn werkelijkheid anders lijkt. * Depressie: er kan door een laesie iets veranderd zijn in de structuur van de hersenen in het emotiegebied – men zegt dat bij een laesie in de linkerhersenhelft vaker lijdt tot depressies – maar het kan ook verwerkingsproblematiek zijn (§5.2.2). * Sufheid en mentale traagheid: dit kan ook weer meerdere oorzaken hebben; verminderde arousel (bewustzijn, ‘wakkerheid’) of door een corticale laesie (letsel in de cortex). * Abulie: apathie en initiatiefloosheid. Voornamelijk bij een letsel mediaal en/of frontaal. De wil om dingen te doen kan verminderd zijn. * Agressiviteit: zonder reden of prikkel agressiviteit hebben. Bij de omschrijving hiervan moet het gedrag van de desbetreffende persoon goed geobserveerd en concreet omschreven moet worden. Is er fysiek geweld, verbaal, materieel en is dat dan tegen zichzelf of naar anderen? * Veranderingen in seksualiteit: dit kunnen ontremmingen zijn maar ook verminderingen. Denk aan handtastelijkheid en seksueel getinte opmerkingen en als verminderingen libidoafname of spasticiteit bij vrijen. * Paranoia: een omgeving kan verkeerd begrepen worden door verschillende redenen (doofheid, afasie etc.) en dat kan leiden tot achterdocht. | * **Verhoging en labiliteit van de reactiedrempel:** het is wisselmatig, cliënt heeft trage reactie of een hele sterke prikkel nodig. * **Uitbreiding in tijd en ruimte:** 1**;**een prikkel wordt langer gevoeld dan het werkelijk toegevoegd wordt. 2; een prikkel wordt op meerdere plekken waargenomen (vinger wordt aangeraakt, cliënt denkt de hele hand). 3; spastische motoriek is traag. 4; de contracties van de spieren gebeurt in groepen en er zijn onbedoelde meebewegingen. * **Afhankelijkheid externe stimuli:**  in de normale situatie kan een actie door motivatie komen of een reactie door een externe stimulus. Bij een afhankelijkheid ontbreekt de redenatie voor handelen als er geen stimulus in de beurt is. Dit kan een herinnering of begeleiding zijn. * **Moeite met voor-/achtergrond signaal/ruis:** het niet moeilijk kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken. Bijvoorbeeld: visueel geen verschil zien tussen de voor- en achtergrond. Maar ook geen uitsluiting van geluiden. Alles komt even hard binnen. * **Verlies van abstracte attitude:** niet meer kunnen verplaatsen in persoon, tijd en ruimte. Iets zich niet meer kunnen voorstellen. * **Verlies van generalisatievermogen:** het aangeleerde niet meer op andere situaties kunnen toepassen. Bijvoorbeeld: een vierkant lichtknop kan aangedaan worden maar een ronde niet. * **Verlies van automatismen:** het niet goed meer kunnen uitvoeren van routinehandelingen. Bijvoorbeeld: bij lopen moet ineens bewust bij nagedacht worden. |

### 5.2.2. Verwerkingsproblematiek.

Verwerkingsproblematiek gaat over problemen bij het verwerken van het letsel en de gevolgen ervan. Een cliënt (en omgeving) gaat een rouwproces in. Het is belangrijk te weten in welke fase iemand zit want bij elke fase horen emoties en gedragingen. Zo kan voorkómen worden dat een gedragsverandering tot de persoon worden toegekend terwijl het bij het proces van afscheid nemen van de ‘oude zelf’ is. Men maakt creëert zijn hele leven een eigen identiteit, iedereen kent het op zoek naar zichzelf zijn, voornamelijk in de puberteit. Er moet dus afscheid genomen worden van deze identiteit alvorens de nieuwe ‘ik’ te kunnen aanvaarden. De vier stadia van het rouwproces zijn:

Fase I. Ontkenning, ongeloof, verdringing.

Fase II. Protest, agressie, woede, verzet, jaloezie, verwijten, het niet willen aanvaarden.

Fase III. Verdriet, wanhoop, depressie. Zich terugtrekken in isolement, resulteert in lastige   
bereikbaarheid.

Fase IV. Evenwicht, aanvaarding in tegenstelling tot ontkenning. *(Eilander 2006; Palm 1997)*

Iedereen heeft zijn eigen tempo van verwerken. Het verwerkingstempo kan beïnvloed worden door de reacties van de omgeving, de ernst van de neurologische beschadigingen en het karakter van de persoon. Bij de verwerkingsproblematiek kan het zo zijn dat fasen overgeslagen worden, niet goed doorlopen worden of niet afgesloten worden. Iemand kan dan in een fase blijven hangen. Vink et al. (2002) schrijft dat de prevalentie van depressie bij ouderen hoog is en die van ouderen in verpleeghuizen in combinatie met een CVA is nog hoger. Dit kan veroorzaakt worden doordat iemand in fase zit en er niet overheen komt, het kan komen door een neuropsychologische aandoening, maar ook een verpleger of begeleider kan het verkeerd interpreteren.

Een patiënt kan ook heel angstig worden doordat handelingen bijvoorbeeld niet meer goed uitgevoerd kunnen worden of de wereld kan in een onherkenbare plek veranderen. Angst om het fout te doen, gek over te komen maar ook om geconfronteerd te worden speelt allemaal mee in de verwerking van het hersenletsel. *(Cranenburhg, 2009)*

### 5.2.3. Premorbide Eigenschappen.

Uitgebreid is gesproken over het feit dat emoties, gedrag en persoonlijkheden kunnen veranderen maar de ‘oude’ emotionele gedragingen en persoonlijkheden kunnen ook versterkt worden. Over deze preëxistente eigenschappen is Palm (1997) kort; vaak wordt gezien dat eigenschappen premorbide (letterlijk: voor de ziekte) aanwezig waren sterker aanwezig raken. Ze treden op naar de voorgrond. Bijvoorbeeld: iemand die heel precies was, kan na het NAH absoluut niet verdragen dat er iets in de dagstructuur verandert tot het punt dat het obsessief wordt. Je zou jezelf kunnen afvragen hoe hier dan sprake kan zijn van een verschil tussen de persoon van voor en na het NAH. Het gaat om de mate waarin gedrag uitgevoerd wordt. Preciesheid kan omslaan in altijd alles onder controle willen hebben. Minderhoud (1984) stelt dat omdat de veranderingen in iemand persoonlijkheid meestal negatief worden ervaren er ook gesproken kan worden van een persoonlijkheidsverval.

### 5.2.4. Wat Is Gedragsproblematiek?

**pro·bleem***het; o -blemen; -pje***1**moeilijkheid **2**op te lossen vraagstuk.30

Problematiek kan zelf in gradaties worden onderverdeeld als je uitgaat van de definities die de World Health Organisation in 1980 heeft uitgegeven.

* Stoornis: *‘problemen in basale anatomische, fysiologische en geestelijke functies, die daardoor niet goed meer kunnen uitgevoerd.’*
* Beperking: *‘het gevolg van die stoornissen voor allerlei taken en activiteiten in het dagelijks leven.’*
* Handicap: *‘het gevolg van de beperkingen voor het maatschappelijk functioneren.’ (Eilander, 1998)*

Gedrag kan als adequaat en inadequaat gedrag gezien worden, waarin adequaat aangepast gedrag betekend dat de reactie past bij de prikkel en omstandigheden. Inadequaat gedrag is de tegenhanger hiervan en kan gezien worden als onaangepast gedrag waarbij de reactie niet past bij de prikkels en omstandigheden. *(Eilander, 2006)* Dat wil zeggen voor iedereen in de normale omstandigheid, namelijk zonder hersenletsel. Met name Goldstein laat ons goed zien hoe prikkels en omstandigheden anders waargenomen kunnen worden door mensen met NAH. Juist dit maakt dat inadequaat gedrag voor anderen lastig mee om te gaan. Het is ook belangrijk om jezelf af te vragen wie het probleem heeft. Fontain (2005) laat de begeleider zichzelf de volgende vragen te stellen: is het een probleem van of voor de cliënt? Kan het ook zijn dat het een probleem is van de organisatie (dus veroorzaakt door de begeleiders en omgeving) of vóór de begeleiding (de begeleiding heeft er last van). Wanneer spreekt men van probleemgedrag? Wanneer is gedrag een probleem, een aanpassing of een ‘cry for attention?’ Het is ten eerste belangrijk als begeleider bij het probleemsignalement met de een aantal vragen rekening te houden.

1. Zijn mijn signalementen hetzelfde als die van collega’s of is het mijn eigen interpretatie?
2. Wie heeft er een probleem? Het kan zijn dat de begeleiders een probleem hebben maar daardoor niet optimaal kunnen behandelen, de cliënt lijdt eronder; een indirect probleem is ook een probleem.
3. Is het probleem een gezamenlijk probleem voor álle betrokkenen?
4. Is het probleem van de cliënt of van de context waar de cliënt in zit? In hoeverre is het mogelijk deze context te veranderen?
5. Is er een gedragsprobleem of ‘normaal’ en hebben anderen er problemen mee.

Bij deze laatste vraag gaat het over de uitleg van inadequaat gedrag, namelijk iemand kan naar aanleiding van zijn/haar prikkelreceptie ‘normaal’ reageren. Desalniettemin kun je dan nog te maken hebben met een indirect probleem. Hoe weet een begeleider dan wanneer er adequaat gereageerd wordt:

1. Waarom wordt dit gedrag van de cliënt op dit moment vertoond en niet op een ander moment?
2. Waarom wordt op dit moment door de cliënt dit gedrag vertoond en geen ander gedrag?
3. En heel belangrijk: past het gedrag dat door de cliënt vertoond wordt bij het algemene beeld van de cliënt?

Er kan begrepen worden – als gedrag reactie is – reactie op reactie volgt, tussen cliënt / omgeving en naar begeleiders en weer terug. Zo is te snappen dat gedrag uitgelokt kan worden en niet persé bij de cliënt zelf hoeft te liggen. Er kan zelfs in een vicieuze cirkel terecht gekomen worden. De cirkel – het SORC-schema – hieronder, getoond door Cranenbrugh (2009), geeft aan hoe dat kan. [Stimulus, Organisme, Respons, Consequentie]

Wat bezielt een cliënt?

2 ORGANISME

Is er een uitlokkende prikkel?

3 STIMULUS

Wat doet de cliënt concreet?

1 RESPONS

Hoe reageert omgeving?

4 CONSEQUENTIES

Externe stimulus.

1. **Respons:** gedrag.

* Niet-coöperatief: niet willen.
* Aandachtvragend: wil eigen zin krijgen.
* Negativisme: niet inzien van de zin van behandeling.
* Noso-agnosie: niet inzien van ziekte.

1. **Organisme:** mentale toestand.

* Arousal: is de client suf of moe?
* Emotie: in welke emotionele toestand verkeert een cliënt?
* Cognitie: snapt een cliënt het nut van de therapie? Kent de cliënt negatieve arts-ervaringen?

1. **Stimulus:** prikkel, situatie. Eigenschappen van de begeleider kunnen irritatie opwekken.
2. **Consequenties:** zeker in verzorg-/ verpleeghuizen is aandacht een groot goed. Alleen aandacht bij negatief gedrag is een positieve stimulans!

## 5.3. Communiceren.

Dat gedrag communicatie is weten we nu maar communicatie is ook taal en spraak. Beter gezegd het doel van taal is communicatie. Spraak is het fysieke onderdeel van taal: taal is het systeem en spraak de realisering ervan; het uitbrengen van de klanken. Taal op zichzelf alleen al bestaat uit:

* *fonemen* (klanken),
* *lexicon* (woordenschat),
* *segmentatie* (waar houdt een woord op, waar begint een woord),
* *grafemen* (tekens voor geschreven taal),
* *syntaxis* (woordvolgorde),
* *semantiek* (betekenis),
* *grammatica* (taalregels),
* *pragmatiek* (in de juiste context taal gebruiken)
* *prosodie* (intonaties, accenten om gevoelswaarde aan taal te geven).

*(Cranenburg, 2006)*

Nu hebben we het alleen nog maar over taal zelf gehad. Slechts 7% van de communicatie gebeurt verbaal, de overige 93% (!) is dus non-verbaal. Dus houding, bewegingen, gelaatsuitdrukkingen, oogcontact, geluiden, positie in de ruimte, spierspanningen en onbewuste fysiologische reacties doen mee in communicatie. *(Belle and Zadoks 2005; Sijnke 2005)* Dit gaat merendeel onbewust en daarom kan het belangrijk zijn dat een begeleider stil staat bij wat voor een beeld zij/hij heeft bij een cliënt. Groothuis (1998) toont een schema met daarin de grondhoudingen voor communicatie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Zelfbeeld | |
| Positief | Negatief |
| Kijk op anderen | Negatief  Positief | Ik ben goed,  maar jij niet.  Ik ben goed,  jij ook. | Ik ben niet goed,  maar jij ook niet.  Ik ben niet goed,  maar jij ook niet. |

Begrepen kan worden waarom er in het dagelijks leven zoveel fout kan gaan bij het communiceren wanneer al deze factoren meespelen. Krijgen we niet vaak (vooral tijdens discussies) te horen: ‘Het gaat niet om wát je zegt, maar hoe je het zegt.’ Belle en Zadoks (2005) zeggen dat een goede communicatie nauw samenhangt met vertrouwen. Vertrouwen is ook weer opgebouwd uit verschillende componenten waar ik omwille van deze scriptie niet verder op inga, behalve dat ik wil noemen dat authenticiteit een van de belangrijkste componenten ervan is. Om authenticiteit te kunnen overbrengen moeten inhoud (wat) en de relatie (hoe) van het bericht congruent met elkaar zijn. Dat wil zeggen: “zeggen wat je voelt, en voelen wat je zegt”. Één en hetzelfde bericht kan middels deze vier grondhoudingen totaal anders overkomen. Dit zijn een hoop dingen waar in het contact tussen een cliënt en de begeleider fout kan gaan. Dan bestaan er ook nog beïnvloedingsfactoren die cliënt-eigen zijn, daarmee bedoel ik niet onveranderbaar maar die op dat moment – en misschien een deel van het leven – bij communicatieve (on)vaardigheden van de cliënt horen.

* *‘Cognitieve vaardigheden: de taal begrijpen, snelheid van denken.*
* *Zintuigelijke vaardigheden: zien (…) en horen (…).*
* *Motorische vaardigheden: spreken, schrijven, aanwijzen.*
* *Organisatie vermogen: initiatief nemen tot een gesprek, op het juiste moment iets bespreken.*
* *Persoonlijkheid: bv. Durven praten, makkelijk contact maken.*
* *Bewustzijn: energieniveau, mate van alertheid.*
* *Stemming: in de stemming zijn voor contact op dat moment.’ (Belle and Zadoks, 2005)*

### 5.3.1 Communicatie- en taalstoornissen.

Afasie is een taalcommunicatiestoornis niet ten gevolgen van slechthorendheid of dysartrie. Verschillende classificaties zijn gemaakt door Goodglass en Kaplan (klassiek neurologische afasie classificaties en pure afasieën), Benson (anomische afasie indeling), te vinden in bijlage 5. Dit is uitlopend van het puur niet snappen wat er met een woord gezegd wordt tot het wel snappen maar niet meer kunnen bedenken hoe je het uitspreekt. De meest besproken zijn de Broca- en Wernicker- afasie, naar een defect in één van die gebieden (§4.1.3) en de gemengde vorm hiervan.

## 5.4. Agressie.

Bij de beschrijving van gedragsveranderingen in §5.2.1. was er al een tipje van de sluier gelicht over gedragsproblemen in agressie.

* **Agressiviteit**: zonder reden of prikkel agressiviteit hebben. Bij de omschrijving hiervan moet het gedrag van de desbetreffende persoon goed geobserveerd en concreet omschreven moet worden. Is er fysiek geweld, verbaal, materieel en is dat dan tegen zichzelf of naar anderen?

Dit geeft echter nog geen volledig inzicht in agressie zelf. Verschillende uitgangspunten kunnen er gekozen worden bij het definiëren van agressie; dat het om kwetsende en destructief gedrag gaat, dat het gaat om het winnen van volgzaamheid door middel van dreigingen en straf, dat geen enkele actie zonder daarin het systeem van de ontvanger mee te nemen, als agressief kan worden gezien. Dit kan duidelijk gemaakt worden in de meer uitgebreide uitleg die deze sociale wetenschap over agressie geeft:

1. het gegeven dat een agressief persoon controle over een situatie probeert te krijgen zodat hij/zij zich hierin prettig voelt,
2. hoeft niet problematisch te zijn omdat dit doel niet behaald wordt maar meer omdat de omgeving het gedrag niet meer als passend gedrag in de situatie ziet (immer er wordt niets mee bereikt).
3. Het gedrag moet het beoogde doel van de persoon zelf behalen en binnen de norm voor normaal voor de situatie gezien worden om als adaptief te kunnen worden bevonden door zowel persoon zelf als de omgeving.

Als naar het doel in plaats van naar de oorzaak wordt gekeken kunnen er grofweg twee soorten agressie onderscheiden worden: de emotionele agressie en de instrumentele agressie. *Emotionele agressie* is meer een reactie op een vijandige situatie waar *instrumentele agressie* meer gemotiveerd wordt door externe factoren als voedsel, waardevolle spullen maar ook macht en aandacht. *(Ellis and Christensen, 1989)*

Er zijn mensen die een variant van een gen hebben die aan impulsief geweld gekoppeld is. Bij hen is het gebied dat gedrag ziet en stuurt kleiner en vertoont veel minder activiteit dan bij mensen bij wie dit niet het geval is. *(Carter, 2010).*

De hoeveelheid mensen die agressie als ‘aangeboren persoonlijkheid’ hebben, is niet bekend. En – als van het nature-nurture principe wordt uitgegaan – dan is de omgeving ook veelbetekenend als het gaat om agressief gedrag aanleren. Als agressie in het licht van §5.1 tot en met §5.2.4 gehouden wordt kan er uitgegaan worden dat tenminste de volgende oorzaken van agressie bij NAH-cliënten altijd bedacht moeten worden voordat de stempel ‘agressief type’ op zo’n persoon geplakt wordt..

* Emotioneel: een persoon voelt zich vijandig binnengedrongen in bijvoorbeeld zijn/haar – dan wel fysiek dan wel mentale – territorium.
* Emotioneel: iemand kan zich op een moment gewoon heel boos voelen en uit dat, kan de cliënt niet met woorden uiten dan kan deze dat met gebaren en geluiden doen. Belangrijk hier is te blijven opletten en bij veelvuldig voorkomen de situatie te observeren.
* Neuropsychologisch: hersenstructuren zijn veranderd wat voor ontremmingen en snelle geïrriteerdheid kan zorgen.
* Neuropsychologisch: prikkels kunnen meer en sterker binnenkomen waarbij agressie een uitingsvorm van ongemak kan zijn.
* Psychologisch: confrontaties met andere stoornissen kunnen tot frustratie en agressie lijden.
* Verwerkingsproblematiek: het niet kunnen accepteren van de situatie.
* Premorbide eigenschappen: iemand kan vroeger een meer dan normaal agressieve persoonlijkheid hebben gehad die nu sterker naar boven komt (of door boven genoemde ontremmingen naar buiten komt).
* Psychiatrisch: iemand kan in een situatie zitten (een voorbeeld: delier) die erg op agressie lijkt, door het bijvoorbeeld rondgooien van dingen.

## 5.5. G**edragsproblematiek Doelgroep Nieuw Berkendael, Praktijkanalyse.**

De groep mensen met niet-aangeboren hersenletsel die binnen dit onderzoek vallen zijn diegene met gedragsproblemen in agressie. Ik heb in het kader van de opdracht een format gemaakt waarin alle bruikbare en nodige informatie vanuit de zorgdossiers van de cliënten in een duidelijk en beknopt overzicht weergegeven kan worden. Dit format is als bijlage 2 toegevoegd aan dit document. In een ingevuld format wordt in volgorde beschreven:

1. **Algemene gegevens:** naam, geboortedatum, leeftijd, burgerlijke staat, kinderen, nationaliteit, geboorteplek en wanneer de intrek bij Nieuw Berkendael heeft plaatsgevonden.
2. **Medische gegevens:**
3. *De diagnose van het hersenletsel* zoals die – voor het laatst – (voornamelijk van belang bij CVA’s) is opgetreden.
4. *Trauma:* de omstandigheden waarin het letsel is opgetreden.
5. *Medische geschiedenis pré-trauma:* wat is er allemaal in het medische veld bij de cliënt gebeurd voordat het trauma heeft plaatsgevonden? Dan kan het gaan om eerdere CVA’s, psychiatrische opnamen, psychologische diagnoses, middelengebruik maar ook ziektes, operaties (hoe klein ook). Deze worden allemaal per jaartal uitgetikt waarbij de eerste jaren bovenaan en de laatste jaren onderaan.
6. *DSM-IV:* als er een indeling in de DSM-IV is gemaakt kan deze hierin opgeschreven, in de medische geschiedenis valt te zien of deze indeling pre-morbide is of niet.
7. *Detail hersenletsel:*alle informatie over het hersenletsel dat niet opgeschreven is bij de diagnose kan hier neergezet worden. Dus informatie als: de plek van het letsel, welke complicaties daarbij zijn opgetreden en de directe neurologische gevolgen hiervan.
8. *Somatische gevolgen van trauma:* de vegetatieve gevolgen (zoals basisfuncties), orthopedische gevolgen (zoals botbreuken), neurologische gevolgen (zoals epilepsie), sensorische gevolgen (zoals prikkelovergevoeligheid), motorische gevolgen (zoals paralyse, tremmoren).
9. *Psychische gevolgen van trauma:* kennis en begripsvermogen (zoals taalbegrip), cognitie (zoals geheugen, oriëntatie) persoonlijkheid en gedrag (zoals basisstemming en ziekte inzicht).
10. *Communicatieve gevolgen van trauma:* afasie etc.
11. **Leefgebieden schema:** naar de leefgebieden van Belle en Zadoks (2005). Per leefgebied wordt in een overzichtelijk schema aangegeven hoe de situatie was 1) vóór het letsel, 2) huidig, 3) wat de inbreng van de hulpverleners is en 4) wat de inbreng van de familie is. Bij invulling van de situatie vóór het letsel gaat het over hoe de werkelijke situatie was maar ook voornamelijk over denkwijze van de cliënt over het desbetreffende onderwerp. De twaalf leefgebieden zijn: gezondheid, uiterlijk, familie/relaties, seksualiteit, werk/school, vrijetijdsbesteding, sociale contacten, financiële situatie, woonomgeving, levensbeschouwing, onafhankelijkheid en toekomstperspectief.
12. **Leidraad omgang:** zoals deze is gegeven door de psycholoog. Hierin staat wat de vraagstelling is en welke tips in omgang er allemaal voor de persoon zijn.

Uit de informatie die hierin is opgenomen kan bij allen te lezen zijn dat de agressie naar voren treedt op het moment dat frustraties optreden. Wanneer de cliënt dingen niet begrijpt, wanneer het de cliënt niet lukt om iets uit te leggen en wanneer er zonder toestemming aangeraakt wordt. Het schema hieronder is uit de formats gehaald, die op hun beurt weer ingevuld zijn met behulp van informatie uit de zorgdossiers (zoals eerder aangegeven). De bewoordingen zijn letterlijk overgenomen en komen uit rapportages van artsen, verpleging en begeleiders.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cliënt | Uitingsvorm van agressie | Komt voor wanneer: | Co-morbiditeit |
| Cliënt 1 | Gericht slaan. | De cliënt aangeraakt wordt, zeker zonder toestemming. | Schizofrenie, ongedifferentieerde type. Persoonlijkheidsveranderingen door organische oorzaak. Motorische afasie. Hemiparese rechts. Hemianopsie (halfzijdige gezichtsuitval) links. |
| Cliënt 2 | Verbale agressie, kan ook fysieke agressie tonen. | De cliënt kan situaties niet begrijpen door de stoornissen en daardoor agressief worden. | Gemengde afasie. Alcohol abusus. Cognitieve functiestoornissen. |
| Cliënt 3 | Weglopen en verbaal agressief. | Wanneer de cliënt verward is, kan door teveel prikkels komen. Bij te lange of gecompliceerde opdrachten. | Oriëntatie- en geheugenproblemen. Impulscontrole verlies. Depressie. borderline persoonlijkheidsstoornis. Dementie. Waanstoornis. GAF=40. |
| Cliënt 4 | Stem verheffen, op een geïrriteerde, geagiteerde toon praten. | Wanneer de cliënt iets niet wil maar toch gepusht wordt. Wanneer de cliënt door de afasie iets niet duidelijk kan maken. | Geheugenstoornissen. Ernstige afasie. Impulscontrole verlies. |
| Cliënt 5 | Kan verpleging dwingend benaderen, boos en geagiteerd reageren. | Mentaal niet flexibel. Wanneer dingen niet op de manier gaan die de cliënt van te voren heeft bedacht/ op het lijstje staan. Wanneer de cliënt eigen regie kwijt is. Wanneer door de gemengde afasie niet duidelijk wordt wat de cliënt zegt. | Pre-morbide gedragseigenschappen; dwangmatig en perfectionistisch. Afasie: taal begrip slecht, schrijftaal zwaar. Deels noso-agnosie, vluchtgedrag bij confrontatie ziekte. |
| Cliënt 6 | Schelden, om zich heen slaan, schreeuwen en bijten. | Bij dagelijkse verzorging, momenten wanneer de cliënt aan het been aangeraakt wordt of bij de gedachte van aanraking in het been. Er bestaat de angst voor pijn. Sensorische prikkels komen mogelijk versterkt bij de cliënt binnen. | Afasie; taalautomatismen (schelden). Noso-agnosie. Stemmingswisselingen. |

# 6. Begeleiding NAH Cliënten Gedragsproblematiek, Literatuuranalyse.

## 6.1. Begeleiding soorten NAH.

Bij begeleiding valt te denken aan de revalidatiefase en de chronische fase. Revalidatie Nederland geeft op haar website de volgende definitie van revalidatiegeneeskunde.

*‘Revalidatiegeneeskunde richt zich op het voorkomen, terugbrengen en genezen van (te verwachten) gevolgen voor mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking.’ 30*

Waar in de revalidatiefase alles was gericht op (gedeeltelijk) herstel, kenmerkt de chronische fase zich door het leren omgaan met de huidige situatie. Het verwerkingsproces wordt nu pas echt op gang gezet. *(Palm, 2003)*

In de laatste fase wordt met betrekking tot begeleiding duidelijk onderscheid gemaakt tussen nazorg wanneer iemand thuis gaat wonen en chronische zorg voor mensen die in een verpleeg(-zorg)huis wonende zijn. De reden dat de mensen in zo’n huis komen houdt in dat de gevolgen van het letsel dusdanig erg zijn dat er geen autonome zelfzorg meer bestaat en/of de mantelzorg kan het niet meer aan, en/of de thuiszorg is niet voldoende. Te zien is ook dat de onderzoeksdoelgroep meer dan één, twee en zelfs drie stoornissen tegelijk hebben en dan is nog niet eens gesproken over benodigde somatische zorg.

Voor begeleiding in NAH bestaan een aantal methoden; 1) ‘Hooi op je vork.’, 2) Methodisch werken aan een aangepaste omgeving en 3) het trainingsmodel van Esdégé-Reigersdaal. Het *derde* is een methode die zich richt op de revalidatiefase. Het *tweede* houdt vooral bezig met de externe prikkels, de prikkels uit de omgeving die tot onduidelijkheden en overprikkeling leiden (meer informatie § 7.2). Op de omgeving wordt later in ingegaan. De *eerste* methode is vooral goed toepasbaar op die NAH-cliënten die geen hoge complexiteit van stoornissen hebben. Desalniettemin, het idee erachter is absoluut belangrijk bij het behandelen van alle NAH-cliënten. Bij dit model wordt veel nadruk gelegd op het feit dat de NAH midden in het leven heeft plaatsgevonden. Het feit dat mensen ook een leven hadden voordat ze getroffen werden door een desbetreffend letsel. De leefgebieden die in §5.5 zijn behandeld, zijn een tekenend voorbeeld uit deze methoden. Voor meer informatie wordt door verwezen naar het boek van Belle and Zadoks, te vinden in de literatuurlijst.

Als we het onderwerp begeleiding in gedrag aanhalen komen we al snel op het concept conditioneren; het af- en aanleren van nieuw gedrag. Voor het aanleren van nieuw gedrag kan gebruik gemaakt worden van de stap-voor-stap methode. Sowieso is het van belang dat stappen behapbaar worden gemaakt voor mensen met NAH omdat de informatieverwerking en het geheugenproces vaak is verstoord. De stap-voor-stap methoden heeft vijf fasen:

1. Herhalend oefenen van stappen. Het doel is: het gedrag automatiseren (het onbewust uitvoeren)
2. Feedback geven. Prinsen et al (2009) zeggen hierover dat wanneer successen – zowel volledig als deels behaalde – visueel worden gemaakt dit behalve duidelijkheid ook voldoening geeft.
3. Alle stappen tot een geheel gaan vormen. Losse handelingen worden samen één handeling.
4. Consolidatie. Het gegeven dat het aangeleerde gedrag – door oefening en herhaling – vastgehouden wordt.
5. Generalisatie. Het gegeven dat het aangeleerde gedrag ook in andere situaties gebruikt kan worden. Dit kan nog wel eens een struikelblok zijn aangezien het verlies van generalisatievermogen dat vele cliënten hebben. *(Eilander, 2006)*

Wat betreft het afleren van gedrag moet met meer rekening gehouden worden; ten eerste dat de begeleider zelf vaak als voorbeeldfunctie dient. Hoe authentieker de begeleider is hoe beter gedrag gekopieerd wordt, bijvoorbeeld: wanneer is het gepast te lachen en wanneer niet? Ten tweede dat voor gedrag afleren zowel bekrachtiging als bestraffing gebruikt kan worden maar voor aanleren alleen maar bekrachtiging (zie ook § 6.2.2). *(Prinsen et al 2009; Ellis and Christensen1989)*

Begeleiding moet gegeven worden. Van begeleiders mag verwacht worden dat ze tenminste affiniteit hebben met de doelgroep, kennis van de doelgroep en kennis van methoden bezitten. Het Onderwijscentrum Zorg en Welzijn heeft een lijst met vaardigheden gemaakt waarover begeleiders van mensen met een lichamelijk handicap moeten beschikken. De volgende vaardigheden zijn ook toepasbaar bij de doelgroep NAH.

* Algemene vaardigheden: zelfreflectie, gespreksvaardigheden.
* Persoonlijke begeleidingsvaardigheden: toepassen van geleerde kennis over gevolgen v.d. handicaps, zelfredzaamheid van bewoners bevorderen, adequaat reageren op gedragsproblemen bij cliënten, groepsbegeleiding geven, met familie en kennissen van cliënt contact onderhouden.
* Methodisch werken: observaties uitvoeren, hulpvragen analyseren, hulpverleningsdoelen formuleren, handelingsplanmatig werken, eigen werkzaamheden kunnen organiseren.
* Samenwerkingsvaardigheden: rapporteren, kunnen geven en ontvangen feedback/ kritiek.
* Beleidsvoorbereiding: kennis hebben van vakliteratuur, hulpverleningstekorten kunnen signaleren. *(Vos and Eilander, 1994)*

## 6.2. Begeleiding NAH Gedragsproblematiek In Agressie.

Wat continu terugkomt in begeleiding omtrent gedrag is de gedragsmodificatie die ik in §6.1 al benoemde. Het conditioneren van gedrag, het aan- en afleren ervan. Bij de één zal dit sneller gaan dan bij de ander. Dit heeft veelal te maken met cognitieve functies en co-morbiditeit. Als iemand continu wanen heeft door schizofrenie valt te begrijpen dat dit een drempel in het oefenen kan veroorzaken. Ellis en Christensen (1989) benoemen twee oorzaken waarbij het bijna onmogelijk is gedragsmodificatie toe te passen. De eerste is de organische oorzaak: daar waar de hersenstructuren zo zijn aangetast dat de cliënt geen hedonistische respons kan krijgen, dat wil zeggen dat de cliënt weinig of geen moeite doet om beloning te krijgen en pijn te vermijden. Aangezien dit is waar de gedragsmodificatietheorie om gaat, is het bij deze personen bijna onmogelijk gedrag aan- en af- te leren. De tweede is het post-traumatisch hysterisch syndroom. Diagnostische signalen zijn 1) het feit dat de afwijkingen niet overeenkomen met neurologische stoornissen of ziektebeelden en 2) dat wanneer er bewijs was dat een functie (visie, ledematen etc.) niet meer gebruikt kan worden, deze toch bewust uitgevoerd kunnen worden wanneer ogenschijnlijk niemand kijkt. Aangezien slechts een zeer klein deel van de cliënten één van deze oorzaken hebben, is het verwaarloosbaar voor dit onderzoek.

### 6.2.1. Begeleiding Communicatie.

Voor afasie bestaan er veel behandelmethoden en –technieken allemaal gericht op één of meerdere vormen van afasie tegelijk. Hierbij zijn hulpmiddelen te benoemen, echter er moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alleen een begeleider hiermee moet leren omgaan maar ook de cliënt. De hulpmiddelen zijn vaak een onderdeel van een behandeling die door een logopedist (!) uitgevoerd wordt. De meest voorkomende hulpmiddelen zijn 1) het *gespreksboek*; door woorden en tekeningen duidelijke maken van zaken; binnen de vragen ‘wie/wat’, ‘waar’, ‘wanneer’, ‘hoe’; van globaal naar specifiek; maakt gesprekken over gevoel en gebeurtenissen mogelijk, 2) *taalzakboek*; woorden en begrippen uit het alledaagse leven zijn hierin afgebeeld; A5 of zakboek formaat; ringband, 3) *communicatiebord*; ter ondersteuning van de dagelijkse communicatie; makkelijker voor mensen die niet met het taalzakboek kunnen werken; openslaand geplastificeerd bord; plaatjes kunnen erop verplaatst worden, en 4) het *aanwijsboek*; 44 onderwerpen binnen de belevingswereld van volwassenen; zakformaat; plaatsjes die aangewezen kunnen worden.32 Behalve de methoden die door de logopedist worden begeleid en ingevoerd zijn er verder geen methoden voor begeleiders en de dagelijkse communicatie tussen hen en een cliënt met afasie. Wel is er een grote hoeveelheid aan tips. Deze tips zijn in het volgende tabel weergegeven, per communicatie aspect: taalgebruik, taal-ondersteuning, lichaamstaal, reactie, sfeer, gesprekstechniek, besef van invloeden. Dit zijn een hoop tips voor de communicatie maar een enkele is voorwaarde in de omgang met mensen met gedragsproblematiek in agressie. Vooral de tips die betrekking hebben tot de relatie, dit heeft dan weer te maken met het stukje authenticiteit van een begeleider. Hoenderdaal (2002) zegt: *‘Communicatieproblemen als gevolg van gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen vragen dezelfde benaderingen als gedragsproblemen.’*

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspecten** | **Tips** |
| Taalgebruik | 1. **Naam van cliënt** noemen voordat je gaat praten. 2. **Korte zinnen,** soms maximaal twee woorden ligt aan de ernst van de afasie. 3. **Geen moeilijke woorden** gebruiken 4. **Eenduidig taalgebruik**, een woord moet maar één betekenis hebben. 5. **Duidelijk articuleren.** Maar niet overdrijven. 6. **Pas het tempo aan.** Woorden kunnen voor de cliënt in elkaar overgaan en dat vermoeilijkt het begrip van zin. 7. **Gesloten vragen** stellen als duidelijk is dat open vragen te moeilijk zijn. 8. Maar **één ding tegelijk** vragen of zeggen. 9. Stel **geen ‘waarom vragen’**, maar concrete ‘wat’, ‘wanneer’, ‘hoeveel’, ‘wie’ en ‘waar’. |
| Taal-ondersteuning | 1. **Hou een duidelijke structuur in het gesprek.** Eerst jouw doel, dan het onderwerp en dan hoeveelheid tijd die je hebt. 2. **Duidelijke intonatie.** Niet overdrijven, dus géén kinderlijk taalgebruik. 3. **Gebaren gebruiken.** Bijvoorbeeld een drinkgebaar als je wilt koffiedrinken. 4. **Vragen binnen gezichtsveld.** Niet over dingen praten die buiten het gezichtsveld van de cliënt staan. 5. **Gebruik foto’s en afbeeldingen** om jouw woorden te onderstrepen. 6. **Gebruik dezelfde bewoording** bij het herhalen van vragen of opdrachten, zoals je dat altijd gebruikt. 7. **Gebruik pen en blocnote** om eventueel kernwoorden over te nemen. zo hoeft een cliënt niet twee keer moeite te doen om zijn/haar verhaal te vertellen. 8. **Teken** iets wanneer er geen afbeelding van iets bij de hand is. |
| Lichaamstaal | 1. **Neem de tijd.** Zorg dat je echt tijd hebt om te praten, tijdgebrek straalt iedereen namelijk uit. 2. **Concentreer je alleen op de cliënt** en niet op iets anders. 3. **Zorg voor oogcontact**. 4. **Communiceer op ooghoogte**, dit geeft een meer evenwaardige houding. 5. **Communiceer vanaf een kleine afstand**, niet vanuit een andere ruimte. 6. **Jouw positie** in de ruimte geeft ook signalen af. (dichterbij; meer intiem, verder af; meer afstandelijk) 7. **Pauzeer** tussen activiteiten, vragen en opdrachten. |
| Reactie | 1. **Reageer op elke communicatief signaal** van de cliënt (knikken is ook reageren!), de cliënt weet dat je luistert. 2. **Verwoordt je handelingen.** Zo houdt je contact met de cliënt. 3. **Zelf rustig blijven**, cliënten zelf kunnen moeite hebben met emotieregulatie. 4. **Controleer eigen interpretaties.** Jij kan denken dat een cliënt het moeilijk vindt ergens over te praten, maar dat hoeft niet zo te zijn. 5. **Taalgebruik overnemen**. Gebruik de woorden die de cliënt zelf gebruikt anders kan er verwarring ontstaan. 6. **Spiegelen**. Benoem de emotie die je ziet bij een cliënt. 7. **Herhaal de boodschap** rustig een aantal keer als deze niet begrepen wordt. 8. **Controleer of je goed begrepen en gehoord bent.** 9. **Verbeter een afasiecliënt niet!** Dit geeft frustratie want herstel is maar minimaal aanwezig. 10. **Maak geen woorden en zinnen af** tenzij je ziet dat een cliënt echt worstelt. 11. **Benoem onbegrip** als je niet snapt waar het over gaat. Geef een alternatief aan: “bedoelt u dit?” 12. **Bekrachtig** wanneer het communiceren goed verloopt of is verlopen. |
| Besef van invloeden | 1. **Bepaal een juist tijdstip**. Een cliënt kan moe zijn of net willen gaan eten. 2. **Bepaal een juiste plaats** voor een gesprek, misschien wil de cliënt liever op de kamer of juist buiten praten. 3. **Voorkom teveel** **auditieve en visuele prikkels**. Dit kan afleiden en voor te veel informatie zorgen. 4. **Vermoeidheid** speelt een grote rol in verstaanbaarheid van de cliënt. 5. **Gedragsreflectie van cliënt** is niet vanzelfsprekend. Hou hiermee rekening bij bespreken van gedrag. 6. **Spreek niet over de cliënt waar deze bij is** alsof hij/zij niet aanwezig is. Dit zal niet de persoonlijke relatie bevorderen. |
| Gespreks-technieken | 1. **Stimuleer** goed gedrag, complimenteer! 2. **Wees bewust wat kritiek** met iemand doet. Zeker voor NAH-cliënten. 3. **Vat samen wat gezegd is.** |
| Sfeer | 1. **Fatische communicatie,** communicatie over koetjes en kalfjes bevorderd contact. 2. **Communicatiewijzen passend bij cliënt.** Niet te serieus als de cliënt dat niet is. 3. **Stiltes** kunnen ook prettig zijn, er hoeft niet altijd gesproken te worden. 4. **Interesse over actuele zaken,** bijvoorbeeld in de krant of op tv kan zorgen dat een cliënt zich nog betrokken bij de wereld voelt. 5. **Moedig anderen aan** met de cliënt te praten. Voorkom isolatie. 6. **Humor** is het beste medicijn (mits geschikt in een situatie) en kan ervoor zorgen dat de leuke kant van het leven niet vergeten wordt |

*(Dharmaperiwa-Prins and Maas 1998; Sijnke 2005; Belle and Zadoks 2005; Eilander 2006; Prinsen et al 2009)*

### 6.2.2. Begeleiding Gedragsproblematiek.

Voordat effectief een *behandeling* bedacht wordt voor gedragsproblematiek in agressie, is het verstandig eerst een analyse te maken van welk gedrag voorkomt, hoe vaak en wanneer. Voor ‘welk gedrag’ kan een *target list* gebruikt worden waarin agressieve gedragingen staan die variëren van verbaal agressief naar anderen, verbaal bedreigingen uit over materiaal/ anderen/ zichzelf naar fysiek bedreigen, naar fysieke agressief naar anderen naar seksueel overschrijdend gedrag. In bijlage 5 staat deze *target list*. Vervolgens moet een er een nullijn (baseline) gemaakt worden om te kijken hoe vaak gedrag in welke situatie voorkomt (ook in bijlage 5). Dit zijn de basiselementen voor het rapporten. Er is een aantal dingen dat hierbij fout kan gaan. Een van de belangrijkste zaken is dat alle observeerders dezelfde definitie van het gedrag (bij gebruik van de *target list* gaat het om die beschreven gedragingen) hebben en wanneer deze definitie wordt aangescherpt, alle observeerders daarvan op de hoogte zijn. Vervolgens wordt er een norm voor gedragsmodificatie vastgesteld; welk gedrag wordt hoe beloond en welke gedrag hoe bestraft? Na enige tijd volgt een evaluatie om vervolgens het behandelplan nog eventueel bij te stellen. *(Prinsen et al 2009; Ellis and Christensen 1989)*

Bij gedragsmodificatie wordt gebruik gemaakt van reïnforcement (bekrachtiging) en punishment (bestraffing). Eerder was al aangegeven dat gedrag afleren door beide gedaan kan worden maar aanleren slechts door bekrachtiging. Dit gaat door middel van een stimulus. Bij bestraffing wordt of een *negatieve* stimulus *toegevoegd* of een *positieve* *weggenomen*. Simpel voorbeeld: een kind heeft de kamer niet opgeruimd en krijgt huisarrest (toevoegen) of zakgeld wordt ingehouden (wegnemen). Bij bekrachtiging wordt of een *positieve* stimulus *toegevoegd* of een *negatieve* stimulus *weggenomen*. Simpel voorbeeld: een kind heeft de kamer opgeruimd en krijgt een compliment (toevoegen) of heeft geen huisarrest meer (wegnemen). Wanneer er constant een positieve stimulus bij een bepaald soort gedrag wordt toegevoegd is er wel de kans dat wanneer dit ophoudt extinctie optreedt: *uitdoving*. Het aangeleerde gedrag wordt door het eigen organisme (de cliënt) weer snel afgeleerd. Wanneer er intermittend reïnforcement wordt uitgevoerd (met tussenpozen) duurt dit afleren veel langer. *(Rigter, 2004)*

Bij probleemgedrag kan gekozen worden voor negeren van aandacht vragend gedrag – als men er zeker van is dat het inderdaad om aandacht vragen gaat – omdat ook terechtwijzingen gezien kunnen worden als het toevoegen van een positieve stimulus, namelijk aandacht. Omdat de relatie NAH-cliënt begeleider anders ligt dan een relatie jong kind en volwassene, moet de begeleiding meer op samenwerkende relatie zitten dan op een belerende relatie. Meer zal hier de nadruk liggen op positieve stimulus (complimenten, positieve aandacht) toevoegen omdat daar een mindere machtsverhouding aan zit. Wanneer straffen, wegnemen en weggenomen weer teruggeven wordt gebruikt, moet door de begeleider rekening gehouden worden met de relatieconsequenties die dit met zich meebrengt.

Dat gedrag door enorm veel dingen beïnvloed wordt, weten we inmiddels. Dat emotieregulering, stemmingswisselingen en ontremmingen veel voorkomen bij NAH-cliënten zijn we ons nu ook van bewust. NAH-cliënten zijn veelal zelf instabiel en kunnen niet meer volledig op eigen cognitieve functies vertrouwen. Wanneer de begeleider wél structureel te werk gaat en wél een stabiel persoon is kan de cliënt er van op aan. Om deze positie als begeleider te vergaren is er een aantal grondhoudingen voor omgang waar een begeleider mee moet kunnen leren werken.

1. **Structuurverlening:**  het ordenen, vereenvoudigen, verhelderen en overzichtelijk maken van taken, tijd en ruimte.
2. **Stap-voor-stap methode:** taken in kleine haalbare stappen opdelen.
3. **Directief zijn:** niet de baas zijn en laten merken dat de cliënt zelf de regie heeft, maar bijsturen waar nodig.
4. **Feedback geven, aanreiken van alternatieven:** vooral mensen met noso-agnosie hebben baat bij feedback, het gaat erom dat iemand niet blijft door ploeteren zonder besef van waarom iets niet lukt.
5. **Zoveel mogelijk vaste routines handhaven:** hoort ook bij structuurverlening. Het is een houvast aan de enorme hoeveelheid tijd die er in een dag zit.
6. **Oefenen in situaties vergelijkbaar met waarin gedrag toegepast moet worden:** mensen met NAH kunnen lastig generaliseren, door de oefensituatie aan te passen kan de stap kleiner gemaakt worden.
7. **Concreet taalgebruik:** zeg wat je bedoelt en bedoel wat je zegt.
8. **Eenduidigheid in hulpverlening:** NAH-cliënten zijn gebaat bij een hulpverlening die door iedereen op dezelfde manier uitgevoerd word.

## 6.3. Begeleiding NAH Gedragsproblematiek In Agressie Nieuw Berkendael, praktijkanalyse.

Algemeen  
Nieuw Berkendael werkt met zorg op maat. Op basis van een indicatie worden er met cliënt en of familie afspraken gemaakt over de te leveren zorg. Deze afspraken worden vertaald naar een cliëntagenda waar een looplijst voor de verzorging van wordt gemaakt. Hierin staat vermeldt hoeveel minuten bepaalde zorg wordt geleverd per 24 uur. Als verzorging aangeeft dat ze geen tijd hebben moet gekeken worden hoe dit komt, want met de cliënt worden afspraken gemaakt.

#### CIZ-indicatie, zorgleefplan en levensloop.

Cliënten die krijgen bij Nieuw Berkendael AWBZ –zorg. Dit kan alleen verkregen worden op basis van een ZZP CIZ-indicatie in natura (zorg in natura: ZIN). Dit is een indicatie voor intramurale zorg. Voor de extramurale klanten uit de wijk die op de dagbesteding komen is er een extramurale functiegerichte indicatie op  
basis van dagdelen. Dit is een indicatie gegeven door Centrum Indicatiestelling Zorg die cliënten indeelt naar de hoeveelheid en soort zorg die iemand nodig heeft. Met deze indicatie kan een vergoeding of Persoonsgebonden Budget via AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Zorg) aangevraagd worden. 34,35 Als de cliënten binnenkomen bij WZH, wordt sowieso de hele medische geschiedenis van een cliënt overgenomen in een zorgmap, waarin alle informatie over de cliënt staat, ook dagelijkse rapportages.

Bij binnenkomst wordt ook een zorgleefplan opgesteld. Deze heeft vier domeinen. Deze zijn gericht op kwaliteit van leven: 1) *Woon- en leefomstandigheden* (zich thuis voelen); 2) *Participatie* (sociaal welbevinden); 3) *Mentaal welbevinden en autonomie* en 4) *Lichamelijk welbevinden en gezondheid*. Dit wordt – veel in ouderenzorg – gebruikt om zoveel mogelijk het oude leven van een cliënt door te kunnen zetten. Samen met de cliënt of vertegenwoordiger wordt dit plan samengesteld. Afspraken die in dit plan worden gemeld komen overeen met werkzaamheden die in het zorgcontract staan vermeld. Per punt in een domein wordt het vraag/aandachtsgebied beschreven, waaruit een doel wordt geformuleerd, die in stappen worden opgeschreven. Er staat bij wie dit gaat doen en wanneer er een evaluatie zal plaatsvinden. 36,D In bijlage vier is het zorgleefplan als voorbeeld bijgevoegd. Daarnaast staat in de zorgmap een samenvattingskaart van de domeinen. Per domein een bladzijde. Hierin wordt ingevuld hoe een situatie was, is en wat er aangepast dient te worden.

De levensloop wordt ook bij binnenkomst door ofwel cliënt ofwel familielid ingevoerd. In de levensloop staan uitgebreide vragen over 1) het *ouderlijk gezin* van de cliënt, 2) *het leven* van de cliënt als volwassene en 3) beschrijving van de persoon, welk *type mens* de cliënt is. Wanneer de cliënt afasie heeft zou dit door een familielid ingevuld moeten worden. Het kan zijn dat er in een familie nogal wat dingen gebeurd zijn die zij liever niet opschrijven en dan óf niets invullen óf niet de volledige waarheid invullen en dus informatie weglaten.

#### Agressieproblematiek.

Behandelmethoden  
Cliënten van NB krijgen cyclisch Multidisciplinair Overleg waarin de disciplines tezamen de cliënten bespreken. In het Zorgplanoverleg wordt op aanvraag van de PB’r de behandeldoelen van individuele cliënten besproken (op basis van het zorgleefplan. Het MDO vindt frequenter plaats voor de cliënten met gedragsproblematiek. Er kan altijd een beroep gedaan worden op arts/ psycholoog. De Pb-er is degene die signaleert en de juiste signalen afgeeft aan teamleider en behandelaren.

Wanneer er cliënten in Nieuw Berkendael problemen hebben met agressie, zijn het de verplegers die dat als eerste ondervinden. Aangezien ze met somatische zorg bezig zijn komen ze het dichter bij de cliënt dan elke andere begeleider/ arts etc. Niet alleen fysiek maar ook mentaal, denk maar aan het verschonen van een luier van een cliënt. Wanneer er een probleem met agressie zich voordoet (voorbeeld: een cliënt haalt regelmatig uit en weigert zorg) dan stapt de verpleging naar de persoonlijk begeleider. Elke cliënt heeft er één en een PB’er kan gezien worden als de schakel tussen verplegers en cliënt. Deze trekt bij de teamleider aan de bel wanneer er problemen zijn die hij/zij niet zelf kan of mag oplossen. Elke etage heeft zijn eigen teamleider. De cliënt zal besproken worden in het MDO waarna de psycholoog er mee aan de slag gaat. Hieruit ontstaat vervolgens een leidraad voor omgang. Niet elke cliënt heeft er dus één, slechts diegene die geen zorg kunnen krijgen door hun gedrag. De leidraad voor omgang – zoals de naam al zegt – geeft aan hoe je het beste om kunt gaan met (het gedrag van) de desbetreffende cliënt. De persoonlijk begeleider gaat dit als eerste ‘uitproberen’/toepassen om het vervolgens samen met andere verplegers te introduceren. Waar een persoonlijk begeleider voor waakt is dat zo’n cliënt niet in een negatieve spiraal terecht komt. Een spiraal waarin een cliënt agressief naar verplegers is, waardoor verplegers niet met zo’n cliënt willen werken, waardoor ze negativiteit uitstralen waar een cliënt op zijn beurt weer gevoelig voor is en vervolgens weer het aan verwachtingspatroon van die verpleger voldoet door agressief te reageren. Toch is het bij een aantal van de cliënten nodig om medicatie (bijvoorbeeld Lorazepam) toe te dienen zodat ze rustiger zijn wanneer de zorg geleverd moet worden. De Nederlandse hartstichting (2001) zegt letterlijk:

‘*Medicamenteuze ondersteuning moet overwogen worden, met name bij gedrag dat wordt bepaald door slecht organisch functioneren.’*

Het is zo dat medicijnen bijwerking (kunnen) hebben en zware medicijnen als Lorazepam kunnen zorgen voor een negatieve invloed op het cognitieve functioneren. Er moet tegen elkaar opgewogen worden wanneer het nodig is een cliënt rustig te krijgen en wanneer het nodig is dat een cliënt volledig bij bewustzijn is. Hoe vaak en wanneer moet zo’n medicijn worden toegediend en met welk doeleinde.

In de interviews werd aangegeven dat er tijdgebrek is om echt met een cliënt koffie te drinken of naar de rookruimte te gaan. Iemand die voorheen in een psychiatrische instelling heeft gewerkt, geeft aan dat daar vaste tijden zijn voor dit één-op-één contact. Nieuw Berkendael is een somatisch verpleeghuis en daar wonen mensen die lichamelijk verzorging nodig hebben wat veel tijd kost, toch zei dezelfde geïnterviewde dat zij het gevoel had dat de zorg een beetje ophoudt wanneer iedereen verschoond is en in de ‘huiskamer’ zit. Hierna wordt weer verder gegaan met anderen. Ook kan zorg vluchtig geleverd worden; wanneer iemand meer gebaat is bij begeleiding, maar de taak wordt overgenomen. Bijvoorbeeld bij een cliënt die apraxie heeft en niet meer de kleding in de juiste volgorde aan kan doen; dit kan overgenomen (verpleger doet het) worden maar ook begeleid (directie geven) worden. Ergotherapie, logopedie en fysiotherapie worden gestaakt op het moment dat een cliënt te agressief is om mee te werken. Medicijnen zouden niet werken omdat – zoals we al weten – deze de cognitieve functies kunnen beslechtingen.

#### Rapportage.

In principe wordt er elke dag over de cliënten gerapporteerd door de verplegers, PB’ers en artsen. Dit om de zorg een continuüm te geven aangezien de medewerkers niet elke dag en/of regelmatig werken, Dit is pure overdracht van gegevens over wat er op het moment bij de cliënt speelt. Het is zo dat iedereen volgens de domeinen van het zorgleefplan zouden moeten rapporteren. Dat gebeurt niet. Een HBO -verpleging derde jaars student van de Haagse Hogeschool heeft als opdracht een kleine enquête gehouden over waarom dit niet gebeurt. Daar is uitgekomen dat de meerderheid vond dat het te veel tijd kost. Er wordt nagedacht over een manier van versimpelen van het systeem. D Deze opdracht is niet uitgevoerd als eindejaarsopdracht en deze gegevens komen uit een zeer kleinschalige enquête (15 personen) maar duidelijk is dat er door een overgroot deel van de medewerkers niet volgens de vier domeinen van het zorgleefplan rapporteren.

#### Productomschrijvingen.

Op Nieuw Berkendael zijn veel protocollen, productomschrijvingen en gedragscodes. Het is veel informatie. De productomschrijvingen beschrijven de soort zorg die het betreft. In het kwaliteitsjaarboek staan deze productomschrijvingen:

1. Coma cliënten met behandeling
2. Behandeling (AWBZ) voor extramurale cliënten
3. Dagbehandeling NAH
4. Dagbehandeling somatiek
5. Module cognitieve revalidatie t.b.v. NAH cliënten
6. Revalidatie voor mensen met NAH
7. Wonen voor mensen met een chronisch neurologische aandoening
8. Wonen voor mensen met NAH

Nummer 3 gaat over dagbehandeling NAH maar betreft alleen thuiswonende cliënten dus extramurale cliënten. Product 4 gaat ook over dagbehandeling maar dan alleen zelfstandig wonende cliënten die dus in een Garantwoning (aanleunwoning) wonen, deze heeft Nieuw Berkendael niet.35 Er is geen productomschrijving over de dagbehandeling noch dagbesteding voor de cliënten wonende binnen WZH Nieuw Berkendael. Daarbij komt dat alle productomschrijvingen een uitsluitingscriterium hanteren: indien cliënt dwalend, luidruchtig en/of agressief gedrag vertoont/ bekend is of gedurende het verblijf ontwikkeld. De doelgroep NAH valt dus buiten alle productomschrijvingen die er zijn, inclusief die van het wonen. Bij 8 betreft het niet de dagbehandeling.

#### Kennis.

Bij de medewerkers is een verschillend niveau aan scholing kennis en ervaring. Zoals al aangegeven worden veel verschillende documenten binnen Nieuw Berkendael gebruikt en dienen medewerkers deze te lezen. Al zou iedereen ze gelezen hebben, de inhoud kan weer snel worden vergeten. Nieuw Berkendael levert om de zoveel tijd cursussen aan die de medewerkers kunnen (en soms) moeten doen. Iedereen die ik gesproken heb zegt deze leuk te vinden en interessant. Ze wekken ook interesse en motiveren. Wanneer er een protocol of iets dergelijks (de zorgmap) wordt ingevoerd, is dit in de nieuwsbrief of in een e-mail besproken. Wel is in interviews duidelijk geworden dat deze nieuwe inhoud niet altijd helder is en soms niet duidelijk is waarvoor iets dient. Ook weet men niet altijd dat er iets is ingevoerd.

# 7. Passende Dagbesteding, Literatuuranalyse

Dat hersenletsel verstrekkende gevolgen heeft mag duidelijk zijn. Gelezen is in §5.2.4 dat het WHO in 1980 de drie consequenties van een beroerte uitgegeven heeft maar deze zijn niet compleet volgens Warlow en collegae (1996) er mist de consequentie in de kwaliteit van het leven. De ‘Quality of Life Research Unit’ van de University of Toronto geeft een definitie van dit veel omvattende begrip: de kwaliteit van het leven; ‘*The degree to which a person enjoys the important possibilities of his/her life.’* Met de definitie geeft de universiteit van Toronto aan dat de mogelijkheden direct voortvloeien uit de kansen en beperkingen die in het leven van een persoon kenbaar zijn. Deze mogelijkheden reflecteren de interactie tussen de persoonlijke en omgevingsfactoren. Waar ze het hebben over het woord ‘enjoy’ praten ze over twee componenten die dat woord volgens hen bezit : 1) de bevredigende ervaringen en 2) het hebben dan wel bereiken van sommige karakteristieken (bijvoorbeeld: *“she enjoys good health”,* zij geniet een goede gezondheid) . Ze onderscheiden drie verschillende domeinen – Being, Belonging and Becoming – waarin drie verschillende vlakken – psychisch, sociaal en gemeenschappelijk – besproken worden. 33 In “*Stroke:* *A practical guide to management”* vertellen Warlow en collegae (1996) dat, omdat er geen duidelijke definitie van ‘kwaliteit van leven’ is, het ook moeilijk is deze te meten. De Nederlandse Hartstichting (2001) benoemt wel een aantal generieke meetinstrumenten maar op een kleine uitzondering na zijn er nog geen ontwikkeld voor CVA cliënten en dus ook niet voor NAH-cliënten. Om tot een goede behandeldoelen te komen zeggen zij dat dezelfde meetinstrumenten interdisciplinair gehanteerd moeten worden. De cliënten kunnen wel gemonitord worden, dus observaties en rapportage zijn een goede manier om door de tijd heen veranderingen bij te houden.

Dagactiviteitencentra hebben een aantal algemene functies als: a.)sociale steun door o.a. lotgenoten contact en ontmoetingen etc, b.) territoriumuitbreiding door het buiten de eigen woonplek komen, c.) activerende structurerende functie en d.) connectie met de samenleving bieden. Er zijn landelijk vier verschillende basistypen dagbesteding in de ouderen zorg: 1) waar het sociale element voorop staat omdat de deelnemers een verkleinde persoonlijke kenniskring hebben gekregen, 2) waar sociale en therapeutische aspecten voorop staan omdat deze deelnemers doorgaans meer last van depressie en eenzaamheid hebben, 3) waar sociale, therapeutische en verzorgende aspecten voorop staan omdat de deelnemers vaak relatief zwaar (meervoudig) verzorgingsbehoevend zijn en 4) waar expliciet gericht wordt op speciale doelgroepen bijvoorbeeld visueel gehandicapten of CVA cliënten etc. Verschillen van voorzieningen binnen dit type liggen ver uit elkaar. Wanneer er zoveel verschillende mensen, voorkeuren en culturen zijn is het begrijpelijk dat er verschillende manieren van aanpak zijn. Men kan proberen de cliënten te motiveren, niet actief laten meedoen (kijken is ook meedoen), activiteiten aanpassen, extra begeleiders inzetten, met kleine (sub) groepen werken of inspelen op de persoon (onderwerpen gebruiken die een cliënt erg leuk vindt). *(Hanekamp 2005; Zanen 2002)*

## 7.1. Dagbesteding NAH-cliënten met gedragsproblematiek in agressie.

Er zijn dus verschillende manieren van aanpak. Om meer in te gaan op het aspect gedragsproblematiek in agressie wordt gekeken naar de mogelijke omringende problemen van zo’n cliënt binnen de dagbesteding. De omgeving geeft teveel prikkels, de motivatie kan gezakt zijn, impulscontrole van een persoon is dusdanig verdwenen dat het storing aan andere cliënten kan geven, bepaalde handelingen zijn te pijnlijk (fysiek als mentaal; denk aan confrontaties) etc. Motivatie is misschien wel het belangrijkste, denk aan het gezegde “waar een wil is is een weg”. Om die weg bewandelbaar te maken is er een aantal tips om de motivatie te krijgen dan wel te behouden. Prinsen et al (2009) benoemen deze: I) de doelen moeten zoveel mogelijk vertaald worden naar persoonlijke doelen van de cliënt. Bijvoorbeeld een cliënt wil leren lopen, dan moet dit feit benoemd worden bij het leren staan. Immers men kan niet lopen als deze niet kan staan. II) confrontatie getrapt maken. Het is zo dat confrontatie nodig is voor het verwerkingsproces maar het kan absoluut alle motivatie de grond in boren als een handeling veel te moeilijk blijkt voor een cliënt. III) visueel maken van successen maar ook vaardigheden die zowel gedaan als nog te doen zijn. Duidelijkheid en voldoening komen hieruit voort. IV) de cliënt moet mee kunnen denken en niet voorgeschreven worden wat er moet gebeuren.

In §6.1 is heel kort uitgelegd wat er met omgevingscondities wordt bedoeld en hoe dat toegepast kan worden in begeleiding. Dit is een viertal voorwaarden met daarbij het “hoe aan deze voorwaarde te voldoen”.

1. **Het bieden van structuur:** vaste patronen, heldere sociale regels, duidelijke structuur taakvariabelen (wie zijn begeleiders, hoe regelmatig zijn die er, wanneer wordt een handeling gedaan, wordt dit vaak herhaald etc.)
2. **Het bieden van veiligheid:** structuur kan dit bieden maar ook emotionele steun (geven van vertrouwen), waarderingssteun (geven van waardering), instrumentele en/of praktische steun (materiële hulp) en informatiesteun (advies kunnen geven).
3. **Werken vanuit leertheoretische principes:** wanneer iemand zich sociaal onaangepast gedraagt is deze erg afhankelijk van de hoe de omgeving op dit gedrag reageert. Een handelingsplan op systematische en methodische wijze uitgevoerd zal moeten gebruikt bij het werken met deze cliënten.
4. **Gestructureerde fysieke omgeving:** duidelijke architectonische eigenschappen (structuur / inrichting, wegwijzing)

## 7.2. Dagbesteding Nieuw Berkendael.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Componenten | Inhoud | Uitleg |
| Dagactiviteiten | Creatief | Kleine creatieve activiteiten als schilderen, |
| Job | Werk gerelateerde activiteiten, denk bijvoorbeeld aan post binnen Nieuw Berkendael rond brengen. |
| Groen | Met planten werken, in de tuin van Nieuw Berkendael werken etc. |
| Gym | Lichte bewegingsoefeningen. |
| Dagbehandeling. | Ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, psychologie etc. | Dit zijn de behandelingstherapieën die door specialisten worden uitgevoerd. |
| Gespecialiseerde dagbesteding. | Complementair | Dagbesteding waar de nadruk ligt op passieve ontspannende activiteiten in §2.3.2 wordt uitgelegd wat hieronder verstaan wordt. |
| Kleine groepen | Cliënten die niet in grote groepen functioneren kunnen in kleinere groepen aan bod komen. |
| Individueel | Coma cliënten die vallen onder deze uiting van dagbesteding maar ook cliënten die niet functioneren in groepen. |
| Game plaza | Wordt nog aan gewerkt, onderdeel is o.a. de Wii®. |
| Prikkel en gedrag | Wordt nog aan gewerkt, voor die cliënten die door prikkelovergevoeligheid of gedragsproblematiek niet mee doen aan de reguliere dagactiviteiten. |

De dagbesteding van Nieuw Berkendael heeft drie componenten. Het is zo dat onder de gespecialiseerde dagbesteding automatisch cliënten vallen die niet mee (kunnen/willen) doen met de reguliere dagbesteding. Dit sluit niet uit dat omgekeerd, de cliënten van reguliere dagbesteding niet ook complementaire zorg kunnen ontvangen óf dat uitgesloten wordt dat deze nooit meer individuele activiteiten krijgen etc.

### 7.2.2. Dagbesteding NAH-cliënten met gedragsproblemen in agressie.

Het dagactiviteitencentrum (DAC) heeft de basiskennis over NAH-cliënten. In principe wordt één keer per jaar een NAH-cursus gegeven die iedereen in Nieuw Berkendael (van receptiepersoneel tot facilitair personeel tot caseworkers) moet volgen. Iedereen die ik geïnterviewd heb gaf aan dat ze deze de cursussen allemaal prettig en verhelderend ervaren. Men krijgt ook een agressiecursus. Desondanks wordt personeel van boven (verplegers) ingeschakeld wanneer cliënten agressief worden. De medewerkers van het DAC hebben moeite met agressieve cliënten. Ze geven zelf aan dat ze hier onvoldoende toe in staat zijn. Zo’n situatie levert dit personeel ook tijdsgebrek op omdat er op het moment dan niet gestart of verder gegaan kan worden met de activiteit. Omdat de aandacht naar de agressieve cliënt gaat. Met het motiveren van de cliënten om aan de dagbesteding deel te nemen begint al bij het ophalen. Het is de bedoeling dat dit door de verplegers gedaan wordt, dit gebeurt nog niet consequent. Hierdoor moeten soms medewerkers van het DAC de cliënten ophalen waardoor de situatie kan ontstaan dat de eerste opgehaalde cliënten om en bij dertig minuten moeten wachten voordat de activiteit begint. Een vicieuze cirkel kan dan ontstaan: verplegers helpen medewerkers dagbesteding met hun taken (bij agressie) en medewerkers dagbesteding helpen verplegers. Het systeem moet zich nog inregelen. Een groot probleem bij deze transfers is ook de lift. Er zijn twee liften: één kleine en één grote. Ze zijn langzaam en sommige cliënten hebben een grote rolstoel waardoor soms maar één persoon per lift vervoerd kan worden. Bij het DAC wordt ook gebruik gemaakt van vrijwilligers en stagiaires. Vooral vrijwilligers zijn gemotiveerd maar bezitten weinig kennis.

# 8. Analyse.

We beginnen bij de begeleiding omdat die de basis van de dagbesteding vormt. Bij het lezen van deze analyse moet rekening gehouden worden met het feit dat ik niet de vraag onderzoek die stelt waarom de doelgroep in Nieuw Berkendael niet meedoet met het DAC, daar is mijn onderzoek niet op gericht. Wel kijk ik naar welke condities ik zie binnen Nieuw Berkendael en bij de doelgroep, die veranderd (of niet ) moeten worden om die gespecialiseerde dagbesteding op te kunnen zetten. Dit is wezenlijk wat anders omdat dit geen kwaliteitsonderzoek is naar een bestaand product, maar een onderzoek naar mogelijkheden voor een nieuw product.

#### Voorwaarde begeleiding.

Bij Nieuw Berkendael wordt een aantal eisen gesteld aan de medewerkers die er werken, deze zijn te vinden in de §2.2.1. Die eisen zitten in het verlengde van de visie van NB, het aansluiten bij de cliënt en wat de cliënt belangrijk vindt. Nieuw Berkendael gaat voor kwaliteit en laat dat zien in de innovaties die plaats vinden en de hoeveelheid cursussen en bijscholings mogelijkheden die ze bieden. Echter verschilt het niveau (logischerwijs) onderling tussen de medewerkers. Er kan een tweedeling van begeleiding gemaakt worden: de somatische- en activiteitenbegeleiders. De somatische begeleiders (verplegers etc.) doen de algemene activiteiten als ADL. De activiteitenbegeleiders doen de activiteiten die in §7.2 als dagactiviteiten staan omschreven. Het is zo dat verplegers de cliënten dienen te brengen naar beneden, dit gebeurt sporadisch. Het is een proces wat op gang dient te komen omdat de DAC nog maar een jaar bestaat. Wat dus resulteert in het feit dat de activiteitenbegeleiders –waar veel vrijwilligers en stagiaires bij zijn – de cliënten naar beneden moeten brengen. In de literatuur (§6.1) is een lijst met vaardigheden opgegeven die een begeleider zou moeten hebben en vervolgens is in §6.2.2. dieper ingegaan op de benodigde grondhoudingen die nodig zijn voor die cliënten met gedragsproblematiek.   
Zoals de literatuur aangeeft is kennis van NAH een belangrijke voorwaarde voor goed handelen. Bij NB wordt de begeleiding zowel door professionals als door vrijwilligers uitgevoerd. Uit gesprekken met medewerkers en vrijwilligers bleek dat niet iedereen theoretisch even goed is onderlegd. Het is bijvoorbeeld voorgekomen dat nieuwe medewerkers, nog zonder kennis al wel patiënten moesten ophalen op hun eerste dag. Logisch gezien de werkdruk maar wel een belangrijk punt om nog extra aandacht aan te besteden om nieuwelingen kennis en vaardigheden aan te bieden voordat ze daadwerkelijk met patiënten aan het werk gaan. .

#### Rapportage.

In §6.2.2. wordt de importantie van een goede en eenduidige observatie aangegeven met daarbij hoe dit zou moeten en waarom het vooral voor gedragsmodificatie van belang is. In Nieuw Berkendael moet volgens het zorgleefplan gerapporteerd worden. Dus volgens vier domeinen. Per domein moeten de bevindingen (gedrags)specifiek en concreet worden opgeschreven. Dit gebeurt onvoldoende en soms zelfs niet. Als reden wordt onduidelijkheid en gebrek aan tijd opgegeven. Bij het lezen van de rapportages was te zien dat er weinig concrete handelingen werden opgeschreven en veel persoonlijk verschillend te interpreteren woorden als: agressief, boos, geagiteerd etc. gebruikt werden. Er was geen uitleg van deze woorden en er rijst de vraag of deze woorden dus eenduidig zijn.

#### Behandelmethoden agressieproblematiek.

Gedragsmodificatie is nodig voor deelname aan activiteiten want met agressief gedrag kan er niet begeleid worden en dus geen activiteiten uitgevoerd. In de literatuur(§6.2) worden twee oorzaken genoemd waardoor er geen gedragsmodificatie toegepast zou kunnen worden. Deze zijn zeldzaam en we kunnen ervan uitgaan dat de doelgroep, hoe deze nu is, geen van deze oorzaken heeft omdat deze anders (in ieder geval) deels benoemd hadden moeten zijn in de medische gegevens. Het is dus bij alle cliënten mogelijk gedragsmodificatie toe te passen. De vraag is wie moet dit doen? Verpleging en activiteitenbegeleiding, hebben we kunnen lezen, zijn hier niet voor aangesteld. Wel benoemde een PB’er het feit dat ze wegloopt (dus stimulus afnemen) op het moment dat iemand te agressief is. Maar dit geldt op moment dat verpleegkundige handelingen uitgevoerd moeten worden. De verpleging zegt weinig tijd te hebben en de activiteitenbegeleiding zegt weinig (tot geen) tijd te hebben om actief hiermee bezig te zijn. Zij bellen namelijk verpleging op het moment dat een cliënt agressief wordt. De psycholoog en ergotherapeut zouden dus de beste kandidaten zijn, ware het niet dat deze behandelingen niet uitgevoerd worden bij agressie. Bovendien kan Lorazepam cognitieve processen vermoeilijken. De cliënt lijkt tussen de mazen van het net te zijn gevallen: geen begeleiding door gedrag, geen verandering in gedrag door moeite bij begeleiding. De begeleiding geeft dus aan weinig tijd te hebben wat vaak in grote verpleeghuizen voorkomt zoals ook in §5.2.4 uitgelegd is. Aandacht is dus een groot goed, alleen aandacht bij negatief gedrag is dus ook een positieve stimulans.

#### Communicatie.

Alle cliënten in de doelgroep hebben afasie, uitgezonderd één. In alle literatuur wordt de nadruk op communicatie gelegd. Het is niet duidelijk welke afasie de cliënten hebben, hooguit wordt gemengde afasie geconstateerd of de ernst van de afasie aangegeven. Een vraag die bij mij oprijst is dan: hoe gaat het communiceren als men niet weet waar het probleem ligt? Antwoord wordt in gesprekken met de PB’ers duidelijk: ‘moeilijk’. Communicatie bestaat voor 7% uit verbale communicatie en 93% uit non-verbale communicatie. Wij zijn in onze maatschappij erg gericht op verbale communicatie, ook op de relatie (hóe iets gezegd wordt) maar dat is alsnog door middel van woorden te horen. Door niet te weten hoe zonder woorden gecommuniceerd kan worden is het resultaat, zoals bij de cliënten, dat de communicatie slecht is. Een enkeling van de PB’ers geeft aan te gissen en na een lange tijd te hebben gewerkt met een cliënt door te hebben wat deze bedoelde met geluiden en of bewegingen. Dit kost dus veel tijd en uithoudingsvermogen. Doordat logopedie als dagbehandelingscomponent wordt gestaakt als een cliënt agressief is of wordt, ontstaat ook hier een vicieuze cirkel. De cliënt moet in klanken en woorden zich kunnen uitdrukken waardoor communicatie mogelijk wordt (en dus agressie kan verminderen) maar door de agressie kan de cliënt dit niet leren.

#### Structuur.

Dit is een element dat door de literatuur continu wordt benoemt. Structuur biedt veiligheid, overzicht, houvast, duidelijkheid en ga zo maar door. Nieuw Berkendael zegt dit ook zeer belangrijk te vinden en dit wordt zo goed mogelijk meegenomen. Er is een vast dagprogramma en voor cliënten met gedragsproblematiek is er een leidraad afgegeven. Er is dus structuur aanwezig, de vraag is of het genoeg is. Omgeving valt ook onder structuur. Het gebouw is onduidelijk. Zoals te zien is bij de plattegronden in §2.2.3 bestaan de drie etages uit twee hemisferen en zijn ze in spiegelbeeld. Dit maakt het onoverzichtelijk. Uit gesprekken blijkt dit ook:. Nieuwe medewerkers ervaren de eerste paar weken een gevoel van desoriëntatie

#### Dagbesteding.

De dagbesteding is vrijblijvend. Wanneer cliënten niet willen, hoeven ze niet te gaan. De literatuur geeft aan dat motivatie een belangrijk punt is op het gebied van dagbesteding. Als er geen intrinsieke motivatie bestaat, moet deze dus gestimuleerd worden. Hier ligt een belangrijke taak voor de begeleiding. In de literatuur wordt als belangrijk punt besproken, dat NAH een duidelijke scheidingslijn heeft tussen een leven vòòr en na. Echter dagbesteding is essentieel voor het hebben van een dagstructuur, van sociale contacten en een gevoel van nuttig bezig zijn. Dit valt weg wanneer iemand NAH krijgt. De literatuur geeft aan dat het pré-morbide leven een niet te missen component in de begeleiding en dagbesteding. Bij Nieuw Berkendael is dit een onderdeel van de visie. Er wordt gewerkt met een zorgleefplan (§6.3) – waarin deels voorkeuren van een persoon in staan – maar ook met een levensloop waarin de leefstijl, type persoon en karaktertrekken van de cliënt beschreven zijn. Deze is vaak niet compleet, niet naar waarheid of niet ingevuld, waardoor de kennis van het pre-morbide leven van een cliënt onvolledig en onvolledig diepgravend is. Dit kan negatief uitwerken op de motivatie van NAH cliënten om aan de dagbestedingsactiviteiten deel te nemen.

# 9. Conclusie en aanbevelingen

## 9.1 Conclusie

De vraag van het onderzoek was als volgt: ‘Op welke manier kan er voor de cliënten met NAH en daarbij gedragsproblematiek in agressie, wondende bij WZH Nieuw Berkendael een passende dagbesteding gerealiseerd worden?’ Hierin zijn de verschillende aspecten van begeleiding, gedragsproblematiek en dagbesteding tegen het licht gehouden met als conclusie:

*Kundige en continue begeleiding met vertrouwensband verdient de aanbeveling, een verstoring hierop door vrijwilligers en stagiaires moet zoveel mogelijk beperkt worden. Voor de voortgangsbewaking van de cliënt binnen de gespecialiseerde dagbesteding dient de begeleiding eenduidig en volledig te rapporteren met een target list en base-line. De levensloop van de cliënt moet zoveel mogelijk ingevuld worden om tot aansluitende dagactiviteiten te kunnen komen. De structuur van het gebouw kan ook worden verbeterd.*

## 9.2 Aanbevelingen.

Naar aanleiding van de analyse en deze conclusies tezamen zijn de volgende aanbevelingen gemaakt.

**1) Aanbeveling vertrouwensband:**

De begeleider moet tijd uittrekken om een vertrouwensband tussen hem/haar en de cliënt op te bouwen.

**2) Aanbeveling structuur, gebouw:**

Simpele wegwijzing naar bestemming. Routes naar bestemmingen structureel hetzelfde nemen.

Rustig tijdstip uitzoeken voor een transfer.

**3) Aanbeveling communicatie [1]:**

Uitvinden welke vorm van afasie de cliënt heeft.

**4) Aanbeveling communicatie [2]:**

Duidelijk krijgen wat een cliënt met zijn non-verbale communicatie bedoelt.

**5) Aanbeveling bij rapportage [1]:**

Het gebruiken van een targetlist en een base-line voor de aanvang van het structureel rapporten.

**6) Aanbeveling bij rapportage [2]:**

Het rapporteren overzichtelijk maken. Eenduidige rapportagebegrippen vaststellen en trainen in consequent rapporteren

**7) Aanbeveling dagbesteding [1]:**

Een op gesprekstechniek bevoegde werknemer met de familie laten praten waarin de functie van een levensloop duidelijk wordt uitgelegd en deze samen met deze werknemer en de familie zo concreet mogelijk invullen en vaststellen.

**8) Aanbeveling dagbesteding [2]:**

De levensloop gebruiken om activiteiten te bedenken.

**9) Aanbeveling begeleiding omstandigheid:**

De activiteiten dienen op en rustige tijdstip uitgekozen te worden in een ruimte waar zo min mogelijk prikkels aanwezig zijn.

**10) Aanbeveling begeleiding [1]:**

Ik stel het volgende ontwikkeltraject voor. Dit bestaat uit 6 fases. Deze fases zijn niet statisch en de tijd & duur kan per individu verschillen.

1. *Pre-begin fase:*De eerste activiteiten kunnen niet anders zijn dan het opbouwen van een vertrouwensband.
2. *Beginfase:*De vertrouwensband moet meer worden uitgediept.
3. *Opbouwfase 1:*Pas wanneer vertrouwensband aanwezig is kan gekeken worden naar passieve activiteiten.
4. *Opbouwfase 2:*Langzaam moet geprobeerd worden of de cliënt het aan kan om actieve activiteiten uit te voeren.
5. *Evaluatiefase:*In de evaluatiefase wordt geëvalueerd op basis van de rapportages. In een MDO moet bekeken worden of een cliënt in staat is met meerdere cliënten (in kleine groepen) dagbesteding te volgen.
6. *Continuümfase:*De beslissingen van het MDO worden uitgevoerd.

**11) Aanbeveling begeleiding [2]:**

Zeker in de eerste 2 fases dient de activiteit niet langer dan 15 minuten te duren.

**12) Aanbeveling begeleiders [1]:**

De begeleider dient een cursus over niet-aangeboren hersenletsel te hebben gevolgd en voldaan.

**13) Aanbeveling begeleiders [2]:**

De begeleider dient een agressietraining te hebben gevolgd en voldaan.

**14) Aanbeveling begeleiders [3]:**

Medewerker dient over de juiste diploma’s voor senior activiteitenbegeleider te beschikken.

**15) Aanbeveling begeleiders [4]:**

Mantelzorg wordt in de beginfasen afgeraden omdat er een vertrouwensband tussen begeleider en cliënt moet worden opgebouwd. Als in opbouwfase 1 en 2 blijkt dat de cliënt gebaat is bij aanwezigheid van mantelzorgers, tijdens passieve of actieve activiteiten, zal in een MDO overleg moeten besproken worden hoe mantelzorg als ondersteuning tijdens activiteiten geïmplementeerd zal worden.

**16) Aanbeveling begeleiders [5]:**

De begeleiding dient bekend te zijn met de werkwijze van de instelling / organisatie.

**17) Aanbeveling bezetting begeleiding:**

Zeker in het begin van de dagbesteding investeren in één-op-één contact met een begeleider. De activiteiten zullen dus individueel zijn. Pas later, wanneer er duidelijke en geregistreerde verbetering van gedrag is te zien, kan langzaam aan gekeken worden of er in kleine groepen met dezelfde begeleider(s) activiteiten gedaan kunnen worden.

**18) Aanbeveling bij continue weigering dagbesteding [1]:**

Een begeleider dient te kunnen accepteren dat een cliënt activiteiten kan weigeren, maar dient wel te blijven zorgen voor prikkeling.

**19) Aanbeveling bij continue weigering dagbesteding [2]:**

Als blijkt dat een cliënt niet in de gespecialiseerde dagbehandeling past, is het nodig hulp van het CCE in te schakelen.

# 11. Verantwoording Eindproduct.

Het eindproduct is een handleiding voor de gespecialiseerde dagbesteding voor NAH-cliënten met gedragsproblematiek in agressie. Deze is toegevoegd als laatste bijlage, bijlage 7. In het kader van de gebruiksvriendelijkheid en leesbaarheid wordt daarin voor de verantwoording verwezen naar dit hoofdstuk.

*‘Allereerst een beschrijven van de cliëntengroep met daar in- en uitsluitingscriteria. Vervolgens passende en gestructureerde dagbestedingsactiviteiten, theoretisch onderbouwd. En als laatst profielen voor vrijwilligers, mantelzorgers en professionals waarin staan; voorwaarden voor de begeleiding en beschrijvingen over hoe om te gaan met cliënten, een ‘what to do’ en een ‘wat not to do’ list.’*

Dit is een citaat uit §3.2 waarin is beschreven uit welke componenten de handleiding zou bestaan. Er zijn drie correcties op deze uitleg te maken. 1) *theoretisch onderbouwd:* deze onderbouwing vindt in dit hoofdstuk plaats. 2) *profielen voor vrijwilligers, mantelzorgers en professionals:* zoals in de conclusie en aanbevelingen al staat aangetekend zal de zorg alleen door kundige en continue begeleiding uitgevoerd moeten worden. Omdat de aanwezigheid van vrijwilligers, stagiaires en mantelzorgers is afgeraden, zal er in de handleiding ook geen profiel van deze groep medewerkers in staan. Wel wordt de kanttekening gemaakt dat eventuele mantelzorg als ondersteuning, in opbouwfase 1 en 2 geïmplementeerd kan worden maar dat dit op dat moment door de begeleider in uitgezocht en in een MDO besproken moet worden. 3) ‘*What to do’, ‘what not to do’ list:* deze is opgesplitst in twee delen: één betreffende de communicatie en de ander betreffende omgang met gedrag. De benamingen zijn anders - zoals in §11.1 ‘Opbouw’ hieronder te lezen is – en er zal voornamelijk besproken worden ‘*What to do’*, dus wat wel te doen. Waarna als nodig, staat beschreven wat en waarom iets onder de categorie *‘What not to do’* valt, dus welke gedragingen, houdingen gelaten moeten worden.

## 11.1 Opbouw.

De verantwoording van de handleiding zal voor de overzichtelijkheid per hoofdstuk gebeuren. De handleiding bestaat uit negen verschillende hoofdstukken.

#### 1) Inleiding.

Het begin is hetzelfde als die van deze scriptie. Een gedicht en uitleg als inleiding en de definitie van het begrip niet-aangeboren hersenletsel (§4.2). De opbouw van het document wordt aangegeven en de definitie ‘cliënt’ is geconcretiseerd.

#### 2) Vraagstelling en doelstelling.

Hierin wordt duidelijk aangegeven wat de aanleiding van het document is, vanuit welke vraag is het product ontstaan en bedacht en met welke doelstelling is de handleiding geschreven. Ik gebruik mijn eigen tekst vanuit deze scriptie en heb de scriptie dan ook in de literatuurlijst van de handleiding gezet.

#### 3) Doel handleiding.

Apart en kort beschreven is het doel van de handleiding: het verstrekken van de volgende gegevens: 1) het behandelplan van het ontwikkelingstraject van de dagbesteding en 2) de voorwaarden om deze dagbesteding te realiseren. Het daadwerkelijke effect van deze handleiding zal zijn: het succesvol realiseren van de gespecialiseerde dagbesteding voor NAH-cliënten met gedragsproblematiek in agressie. Dit is dan ook als secundair doel opgegeven.

#### 4) Doelgroep: in- en uitsluitingscriteria.

De in- en uitsluitingscriteria zijn gebaseerd op gegevens uit de literatuur en gegevens van in- en uitsluitingscriteria die bij andere productomschrijvingen van Nieuw Berkendael zijn opgegeven. Vanwege het structurele aspect van het ontwikkelingstraject zal de cliënt woonachtig moeten zijn bij Nieuw Berkendael met een indicatie op langdurig verblijf. Derde punt van de insluitingscriteria betreft de oorzaak, zoals besproken in §5.2, en de definitie, §5.2.4, van gedragsproblematiek. Toelichting uitsluiting:

* Psychogeriatrische problematiek: deze cliënten hebben problemen door ouderdom maar hieronder vallen ook die mensen die neurologische aandoeningen hebben, die dus ook een niet-aangeboren hersenletsel hebben zoals MS. In §4.2.3 wordt uitgelegd wat het verschil ertussen is en waarom dit onderscheid gemaakt wordt. In het kort: neurologische aandoeningen zijn progressief en behoeven daarom andere behandeldoelen.
* Gebrek aan hedonistisch respons en het post-traumatisch hysterisch syndroom: deze worden besproken in §6.2. In het kort: dit zijn oorzaken waardoor er geen gedragsmodificatie mogelijk is.
* Hoge prikkelovergevoeligheid: deze doelgroep wordt in een andere scriptie besproken en is dus onderdeel van een ander dagbestedingsprogramma.
* Coma-cliënten of die in vegetatieve toestand: zijn onderdeel van een ander dagbestedingsprogramma.
* Als tijdens het ontwikkelingstraject blijkt dat de cliënt op geen enkele wijze te prikkelen valt om deel te nemen in een door de begeleider opgezette passieve of actieve activiteit dient het CCE te worden ingeschakeld.

#### 5) Voorwaarde begeleiding.

Hierin wordt heet eerste deel van de conclusie op de hoofdvraag beantwoord: *Kundige en continue begeleiding met vertrouwensband verdient de aanbeveling, een verstoring hierop door vrijwilligers en stagiaires moet zoveel mogelijk beperkt worden.* Dus: wat wordt verstaan onder kundige begeleiding; waarom geen vrijwilligers en stagiaires; hoe kan continue begeleiding vertaald worden naar de praktijk met daarin ook de capaciteit van de dagbesteding. Verwerkt hierin zijn aanbevelingen: 12 t/m 17. De benodigde vaardigheden komen uit §6.1. Laatste deel van de conclusie: *De structuur van het gebouw kan ook worden verbeterd..* Dit wordt in de aanbevelingen 2 en 9 concreet gemaakt en in de subkop ‘voorwaarden omstandigheid’ verwerkt. De voorwaarden voor de ruimte komen uit de productomschrijving ‘Dagbesteding’ beschreven in §6.3.

#### 6) Communicatie- en gedragsomgang: de voorwaarden- tiplijst.

Deze komt uit paragraaf §6.2.1 en is ligt aangepast voor de gebruiksvriendelijkheid. Ik was van mening dat uitsluitend de benaming ‘tiplijst’ misleidend zou kunnen zijn. Daarom is er een onderscheid gemaakt tussen voorwaarden en tips. De tips zijn niet noodzakelijk maar kunnen helpen bij de communicatie zoals ook in de handleiding uitgelegd. Bovendien ligt het aan de cliënt of een aantal tips helpen of juist afleiden, denk aan de tip ‘***Gebaren gebruiken.*** *Bijvoorbeeld een drinkgebaar als je wilt koffiedrinken.’* In aanleiding naar de lijst staan de aanbevelingen 3 en 4 vermeld.

#### 7) Leidraad omgang agressief gedrag.

Hiertoe behoren geen aanbevelingen maar het idee is ontstaan door de ‘leidraden voor omgang’ die in de zorgmappen van de cliënten staan. Hieruit heb ik globale adviezen en uitspraken overgenomen, aangepast [lees: ‘dhr.’ vervangen met ‘de cliënt’] en overzichtelijk gemaakt [het onderwerp dikgedrukt]. Vervolgens zijn ze onderverdeeld in een groep ‘voorkómen van…’ en het ‘hanteren van…’ en in een logische volgorde gezet.

#### 8) Behandelplan.

Het een na laatste deel van de conclusie luidt: ‘*De levensloop van de cliënt moet zoveel mogelijk ingevuld worden om tot aansluitende dagactiviteiten te kunnen komen.’* Zo word aangesloten bij de beleefwereld van de cliënt. Meerdere activiteiten kunnen bedacht worden per interessegebied. Dit wordt voornamelijk uitgelegd in §4.3 onder ‘sociale gevolgen’, maar de importantie van het gegeven dat NAH-cliënten zo’n duidelijke levensbreuk hebben en het pré-morbide leven niet moeten vergeten en dat dit zelfs juist gebruikt moet worden in de behandelingen wordt de hele scriptie door benoemd. Verwezen wordt naar: H1, §2.2.1, §4.2, §4.2.3, §5.2, §5.2.3, §5.5, §6.1, §6.3.Het behandelplan is aanbeveling nummer 10 maar dan uitgebreid. Het tweede deel van de conclusie Aanbevelingen 1, 7, 8, 9, 11, 17 t/m 19 zijn er ook verder in verwerkt. Ook hier is gekozen een tweedeling te maken dat resulteerde in twee verschillende tabellen. In de eerste tabel staat de globale beschrijving van de activiteiten en taken die bij een fase horen. De activiteiten m.b.t. de cliënt staan beschreven en hoe tot deze activiteiten gekomen kan worden: activiteiten m.b.t. begeleiding. Met de extra taken worden de meer organisatorische taken bedoeld. In de tweede tabel worden concrete activiteiten benoemd, waar deze plaatsvinden en aan welke andere condities en voorwaarden moet worden gedacht. De fasering is geleidelijk aan ontstaan en de informatie uit de interviews is er voor gebruikt. Wat heb je nodig om aan een vertrouwensband te komen? Respect, veiligheid (§7.1) en tijd. Hoe kun je dat bieden?

* Respect: als volwassenen in plaats van cliënt te behandelen: fatische, ongedwongen communicatie.
* Veiligheid: niet teveel tegelijk willen dus rustig opbouwen van activiteiten; verschillende fases. Prikkelarme / bekende ruimten. Herkenbare begeleiding, structureel contact en individuele begeleiding geïntroduceerd door de persoonlijk begeleider die als vertrouwen van de cliënt heeft.
* Tijd: het bieden van fasen, dit geeft een ongedwongen gestructureerd ‘weten-waar-je-aan-toe-bent’-gevoel aan de begeleider die vervolgens weet dat er geen haast is en dit onbewust weer zal doorspelen naar de cliënt.

Door alle disciplines te betrekken bij evaluatie, kan er controle op de begeleiding en het ontwikkelingstraject worden uitgevoerd en wordt er rekening gehouden met het organisatorische beleid van de opdrachtgever.

#### 9) Targetlist en base-line.

*Voor de voortgangsbewaking van de cliënt binnen de gespecialiseerde dagbesteding dient de begeleiding eenduidig en volledig te rapporteren met een target list en base-line (uit de conclusie).* De laatste aanbevelingen die verwerkt zijn in de handleiding zijn die betreffende rapportage: #6 en 7. In het behandelplan wordt al aangegeven dat er continu gerapporteerd moet worden en dat deze de basis vormen van de evaluatie(-fase). De importantie van rapporteren wordt in §6.1 en §6.2.2 duidelijk gemaakt.

#### Bijlagen.

Zie vormgeving en gebruikersgemak.

#### Vormgeving, gebruikersgemak.

Ik heb er voor gekozen om met tabellen en overzichten te werken. Dan hoeft men niet hele lappen tekst te scannen.. Om voor nog meer overzichtelijkheid en daardoor ook gebruikersgemak te zorgen zijn er zo min mogelijk lijnen in de tabellen aangebracht en is gekozen voor kleurverschil, dit werkt als het higlighten van een tekst, duidelijk onderscheid. Elk onderdeel begint op een nieuwe bladzijde, dit maakt scannen en kopieren simpel. Ook over de volgorde van de onderdelen is nagedacht. Eerst de noodzakelijke informatie om de handleiding en het product te begrijpen: inleiding, vraag- en doelstelling, doel handleiding en in- en uitsluitingscriteria. Vervolgens de informatie om te snappen wat er nodig is voor het uitvoeren van de handleiding, voorwaarde begeleiding, communicatie- en gedragsomgang: de voorwaarde-tiplijst en leidraad omgang agressief gedrag. Daarna is het uiteindelijke behandelplan uitgelegd en opgeschreven om vervolgens het belangrijke element “rapporten” eruit te pikken en een apart hoofdstuk te geven. Literatuur bijlage voor de betrouwbaarheid en eventuele interesse van de lezer en een bruikbare versie (kopiemodel) van de base-line. Het moment dat daar een afkorting of een moeilijk woord gebruikt wordt, is dit uitgelegd. Deze handleiding is bedoeld voor begeleiders en de opdrachtgever WZH Nieuw Berkendael, daar is met de taal rekening gehouden. Niet te simpele zinnen maar ook niet teveel vakjargon, zodat derden het ook kunnen begrijpen.

# 11. Discussie

## 11.1 Reflectie op Onderzoek.

#### Invloeden Op Het Onderzoeksproces

Er was een tekort aan tijd. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat ik mijn opzet in de praktijk zou testen. Dit is niet gelukt. Ik had mij verkeken op de duur van het vooronderzoek dat ik moest doen. Ik wilde duidelijk hebben wat er met de cliënten precies aan de hand was zodat ik niets over het hoofd zag. Daarom heb ik een format gemaakt waarin kort en bondig de hoofdpunten uit de zorgmap staan beschreven. Dit heeft lang geduurd. Terugkijkend zou ik dat niet anders doen. Ik heb er veel van geleerd en veel inzicht op de problematiek van de cliënten gekregen, maar ook van de wijze van rapporteren en schade die een cliënt heeft opgelopen.   
Het was lastig me wegwijs in de organisatie te maken. Ik had nog nooit in een verpleeghuis gewerkt of met deze doelgroep. Er waren een hoop protocollen, handleidingen en productomschrijvingen die ik moet leren begrijpen. Als er een volgende keer zou zijn, had ik één ding eerder gedaan. Ik had eerder begonnen met het uitschrijven. Ik was van mening dat ik niet kon beginnen voordat ik alle gegevens verzameld had. Achteraf gezien hadden de hoofdstukken 2 tot en met 4 best eerder gedaan konden worden dan had ik meer vragen tussendoor kunnen testen in de praktijk. Nu heeft het moeten volstaan met antwoorden van medewerkers, zorgmap-informatie en uit de literatuur.

#### **Validiteit En Betrouwbaarheid**

Zoals ik ook bij dataverzamelingstechnieken (§3.8) al aangeef heb ik gezocht naar de onderwerpen van de deelvragen. Eerst heb ik gepoogd een hoofdstuk van elke deelvraag te maken dit heeft zich geëvolueerd in een kernonderwerp per hoofdstuk. Al schrijvende kwam ik zelf tot een conclusie dat bijvoorbeeld gedrag en communicatie te veel in elkaar verweven zijn dat ik communicatie ook als onderwerp mee moest nemen. Beide begeleiders hebben ook aangegeven dat ik er niet teveel literatuur bij moest pakken. Desondanks ben ik toch veel tijd kwijtgeraakt aan het literatuuronderzoek. Ik denk dat dit komt omdat ik 1) heel precies ben, 2) dit de eerste keer is dat ik alleen een dergelijk literatuuronderzoek heb moeten doen, 3) moeite had met de beschrijvingen in de handleiding en 4) bij de opdrachtgevers ook de opdracht niet helemaal in steen geschreven stond. Daarbij kwam ook dat ik gegrepen werd door de werking van de hersenen en dus ook voor het eerst heb overwogen om na de HBO verder te gaan met neurospychologie (Helaas blijkt dat mijn voorkennis wiskunde onvoldoende is). Ik heb een hoop weggehaald en deze vervolgens voor de geïnteresseerde als verdiepingskader in de bijlage gezet. Ik moet toch rekening houden met lezers van het stuk en ik had het gevoel dat als ik zoveel nieuwe dingen leerde terwijl ik toch 4 jaar lang de studie heb gevolgd, dat het voor lezers essentieel is om deze informatie te weten, omdat zo het belang en de effecten van NAH duidelijker zijn. Als de lezer weet wat er allemaal precies gebeurt, leest deze de rest van het stuk met meer inzicht. Bovendien kan mijn gedachtegang dan makkelijker gevolgd worden omdat mijn voorinformatie dan niet veel anders is dan die van de lezer.   
  
Om verder in te gaan op de validiteit: heb ik naar de juiste dingen gezocht? Heb ik gemeten wat ik wilde meten? Is er sprake van geldigheid? Ik ben van mening van wel. Ik heb verschillende op elkaar aanvullende onderzoeksmethoden gedaan, eigen interpretaties op basis van de observaties zijn verwerkt in de topiclijst en neergelegd bij mijn begeleider. Ik heb de zorgmappen uitgepluisd en ook deze informatie laten checken en bijvullen door PB’ers. Ik heb literatuur gezocht die wetenschappelijk verantwoord is en rekening gehouden met de subjectiviteit van medewerkers. Dit door de uitkomsten in de context te zetten zoals ook gebeurt bij een enkeling die het hadden over te weinig tijd. Ik hoop te kunnen zeggen dat ik objectief interview, dit is moeilijk. Geobjectiveerd interviewen is een techniek die moet worden geleerd. Ik heb gemerkt dat ik bij het vragen soms op mijzelf moest letten dat ik niet subjectief werd. De validiteit gaat hiermee naar beneden. Bij het uitschrijven van de scriptie heb ik dit wel steeds in het achterhoofd gehouden.

Hiermee kom ik gelijk op het volgende punt: betrouwbaarheid. Waar geen mens objectief is, hebben we apparaten die wel objectief registreren. Alle interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Zo valt na te lezen wat er gezegd is en gedaan.(de gedragingen lachen en fronsen zijn meegenomen) Hiermee kan nagelezen worden dat wat ik in de scriptie samenvat en/of benoem in een juiste context geplaatst is. Ik heb 9 interviews afgelegd. Hierbij heb ik gekozen om nieuwe (sinds kort werkende) en oude (langere tijd in dienst) PB’ers, activiteitenbegeleiding junior en senior, woonbegeleider senior en de teamleiders te ondervragen. Zo heb ik van meerdere kanten informatie over hoe er tegen de cliënten, Nieuw Berkendael, Management, sfeer en het werk aangekeken word. Elk interview heeft een topiclijst (zoals al uitgelegd) en een vragenlijst, hierin staat globale informatie waarin vermeld is wat de vooropleidingen zijn en zo is ook af te lezen vanuit welke visie gekeken wordt naar het probleem.

## 11.2 Reflectie op Eindproduct.

Bruikbaarheid & Aanvaardbaarheid En Transfermogelijkheden.

Het secundaire doel dat van de handleiding is het succesvol realiseren van de gespecialiseerde dagbesteding voor NAH-cliënten met gedragsproblematiek in agressie. Maar ideeën zijn maar zo goed als dat ze worden uitgevoerd. Een grote beperking is het feit dat er een continue begeleiding moet zijn. Dit is lastig in een verpleeghuis waar dagindeling niet statisch kan zijn. Menselijke factoren zullen altijd meespelen: feestdagen, ziektes, onvoorziene problemen, ontslag, overlijden. De begeleiding kan parttime in dienst genomen zijn, er zijn onregelmatige werktijden en er moet rekening gehouden worden met het aantal dagdelen zorg waar een cliënt recht op heeft. Bovendien kan de cliënt zelf dagbesteding weigeren waardoor de begeleider gedwongen wordt later terug te komen. Hiermee moet rekening gehouden worden in de inroostering van de dagbesteding. Flexibiliteit is dus ook belangrijk, zoals dat in de zorg en hulpverlening gaat.

Aanvaardbaarheid kan nog niet aangetoond worden omdat het nog niet getest is in de praktijk. Enkele componenten wel: communicatie voorwaarden en tips, en leidraad omgang agressief gedrag, target list en bas-line. Dit komt uit boeken die deze informatie niet zouden uitgeven zonder dat dit getest is in de praktijk. Maar de in- en uitsluitingscriteria, de voorwaarde voor begeleiding en het behandelingsplan komen voort uit eigen conclusies op basis van het onderzoek.

Aanvaardbaarheid: literatuurlijst

#### Innovatieve Waarden.

Zie onderzoeksopzet H3 (§3.2):

Deze opdracht is innoverend omdat er nog weinig bekend is over mogelijke activiteiten voor cliënten met een niet aangeboren hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie. Er wordt dus een nieuw product neergezet. Bovendien is de hele complementaire zorg een zorgaanbod dat nog in de kinderschoenen staat (zie ook 2.3). Deze opdracht is vanuit WZH Nieuw Berkendael aangevraagd en dus ook speciaal voor die organisatie bedoeld. Toch kan deze opdracht breder getrokken worden in de maatschappelijk context. Men kan zich voorstellen dat wanneer er een duidelijke in- en uitsluitingscriteria gevormd is niet alleen de cliënten van WZH Nieuw Berkendael kunnen passen in dat gemaakte profiel, maar ook andere NAH-cliënten in andere instellingen. Het is dan ook het streven dat het eindproduct toepasbaar kan zijn in andere zorginstellingen, al dan niet van WZH. De menselijke waarde is hoog maatschappelijke waarde is laag tenzij je bedenkt dat iedereen die cliënt is ook familie en vrienden heeft waarmee die actief deelnemen in de maatschappij. Je bent als maatschappij datgene wat je over hebt voor de mensheid.

# 11. Literatuurlijst.

### Boeken.

Belle, Patty van and Judith Zadoks (2005). *Methodisch ondersteunen van mensen met hersenletsel: Greep op je leven met ‘Hooi op je vork’.* Utrecht: Lemma.

Bloom, Floyd E. and Arlyne Lazerson (1988). *Brain, mind and behavior.* New York: W.H. Freeman and Company.

Carter, Rita (2010). *Hét brein boek: een rijk geïllustreerde encyclopedie van de hersenen.* Diemen: Veenmagazines.

Cranenburgh, dr Ben van (2009). *Neuropsychologie: over de gevolgen van hersenbeschadiging.* Maarssen: Elsevier Gezondsheidszorg.

Dharmaperwira-Prins, Reni and Willemijn Maas (1998). *Afasie: beschrijving onderzoek behandeling.* Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.

Eilander drs. H., Belle-Kusse drs. P. van, Vrancken drs. P. (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben.*  Den Haag: LEMMA.

Eilander drs. H., Belle-Kusse drs. P. van, Vrancken drs. P. (1998). *Omgaan met de gevolgen van hersenletsel: ze zeggen dat ik zo veranderd ben.*  Den Haag: LEMMA.

Ellis, David W. and Anne-Lise Christensen (ed) (1989). *Neuropsychological treatment after brain injury.* Norwell: Kuwer Academic Publishers.

Fontaine, Britt (2005). *De plancysclus in het sociaal-agogisch werk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Groothuis, Ron (1998). *Leerboek interactie in beroepssituaties.* Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Hanekamp, Tineke (red) et al.(2005). *Handboek dagbesteding.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Heugten, C.M. van (red)(2001).  *Revalidatie na een beroerte: richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners.* Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

Hoenderdaal, P.L. (2002). *Niet-aangeboren Hersenletsel: informatie voor verpleegkundigen.* Utrecht: Lemma.

Jensch, J.H. (1995). *Geen eenling in de zorg: jongeren en volwassenen met hersenletsel na ziekte of ongeval in woonvormen en activiteitencentra.* Utrecht : Nederlandse Federatie Voorzieningscentra Lichamelijk Gehandicapten.

Krook,K. and G. van Straaten (2005). *Hoezo lastig! Omgaan met probleemgedrag van ouderen.*

Amsterdam: Boom onderwijs.

Migchelbrink, Ferdie (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.

Minderhoud, J.M. and A.H. van Zomeren (1984). *Traumatische Hersenletsels.* Utrecht: Scheltema & Holkema BV.

Palm, Jenny (1997). *Veranderd Leven: begeleiding na hersenletsel.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Palm, Jenny (2003). *Leven na een beroerte.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Palm, Jenny (2004). *Portemonnee in de diepvries: verhalen over hersenletsel.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Palm, Jenny (2005). *Omgaan met hersenletsel: hulp bij een veranderd leven.* Assen: Van Gorcum.

Paz , Octavio and Eliot Weinberger (ed.)(1991). *The collected poems of Octavio Paz: 1957-1987.* New York: new Directions Publishing Corporation.

Prinsen, Arno, Hans van Dam and Peter Vrancken (2009). *Omgaan met gedragsveranderingen na hersenletsel.* Heerhugowaard: AXON Leertrajecten.

Rigter, Jacob (2004). *Psychologie voor de praktijk.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Sacks, oliver (1998). *De man die zijn vrouw voor een hoed hield.* Amsterdam: Meulenhoff.

Sijnke, John (2005). *Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet: dagbesteding voor mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sprang, Ad van (2005). *Orthopedagogiek: een eerste oriëntatie.* Soest: Nelissen.

Vandereycken W. and R. van Deth (2004). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vink M.T., Falck R.P., B.G. Deelman (red)(2002). *Senioren en CVA; Verandering in cognitie, emoties en gedrag.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Visser, Willem (2008). *Leren organiseren: samenwerken, managen en coachen.*  Bussum: Coutinho.

Vos, Leonard de (red) and Henk Eilander (1994). *Hersenletsel : gevolgen voor de getroffene en de omgeving.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Warlow, C.P., et al (1996). *Stroke: a practical guide to management.* Oxford: Blackwell sience ltd.

Zanen, Lavinia (2002). *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### Internet.

1. Anoniem. *Mediq Apotheek – Middenhersenen (mesencefalon).* URL: <https://delinde.mediq-apotheek.nl/aandoeningen/4408/aandoening.aspx>. Geraadpleegd op: 7-4-2011.
2. Anoniem. *Mediq Apotheek – Pons (brug van Varol, Pons Varioli).* URL: <https://delinde.mediq-apotheek.nl/aandoeningen/4409/aandoening.aspx>. Geraadpleegd op: 7-4-2011.
3. Anoniem. *Mediq Apotheek – Limbisch systeem (‘gevoelshersenen’, diencefalon).* URL: <https://delinde.mediq-apotheek.nl/aandoeningen/4422/limbische-systeem-gevoelshersenen-dincefalon.aspx>. Geraadpleegd op: 7-4-2011.
4. Anoniem. *Professionals in NAH.* URL: <http://www.professionalsinnah.nl/onze-organisatie/informatiebron-voor-stagiaires.html>. Geraadpleegd op: 7-4-2011.
5. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. *Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel.* <URL:http://www.neurologie.nl/uploads/136/903/richtlijn_beh._van_neuropsych._gevolgen_van_NAH.pdf> Geraadpleegd op: 7-4-2011.

## Baily, Regina. *Anatomy* *of the Brain – Pons.* URL: <http://biology.about.com/od/anatomy/p/pons.htm>. Geraadpleegd op: 7-4-2011.

1. Anoniem. *WZH – Regio Haaglanden.* URL: <http://www.wzh.nl/>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
2. Anoniem. *WZH –Thuiszorg.* URL: <http://www.wzh.nl/zorg/58/289/thuiszorg>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
3. Anoniem. *WZH – Ambulant geriatrisch team.* URL: <http://www.wzh.nl/zorg/58/869/ambulant-geriatrisch-team>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
4. Anoniem. *WZH- Respijtzorg.* URL: <http://www.wzh.nl/zorg/58/730/respijtzorg>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
5. Anoniem. *WZH – MRSA-bacterie.* URL: <http://www.wzh.nl/zorg/58/268/mrsa-bacterie>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
6. Anoniem. *WZH – Zorg in laatste levensfase.* URL: <http://www.wzh.nl/zorg/58/272/zorg-in-de-laatste-levensfase>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
7. Anoniem. *WZH – wat is WZH?.* URL: <http://www.wzh.nl/algemeen/56/253/wat-is-wzh>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
8. Anoniem. *WZH – Onze deskundigheid.* URL: <http://www.wzh.nl/algemeen/56/262/onze-deskundigheid>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
9. Anoniem. *WZH – visie en missie.* URL: <http://www.wzh.nl/algemeen/56/278/visie-en-missie-van-wzh>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
10. Anoniem. *WZH – Woonzorgcentra, onze locaties.* URL: <http://www.wzh.nl/page.asp?module=locatieoverzicht>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
11. Anoniem. *WZH – Nieuw Berkendael.* URL: <http://www.wzh.nl/nieuwberkendael>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
12. Anoniem. *WZH – Zorg in de buurt.* URL: V<http://www.wzh.nl/zorgindebuurt/?ref=wzhbanner>. Geraadpleegd op: 13-04-2011.
13. Anoniem. *WZH Nieuw Berkendael.* URL: <http://intranet.wzh.nl/intranet/Organisatie/WoonzorgLocaties/WZHNieuwBerkendael/tabid/106/language/nl-NL/Default.aspx> .Geraadpleegd op: 13-04-2011. Interne publicatie.
14. Anoniem. *Partners van WZH.* URL: <https://intranet.wzh.nl/intranet/Organisatie/PartnersvanWZH/tabid/117/language/nl-NL/Default.aspx>. Geraadpleegd op: 13-04-2011. Interne publicatie.
15. Anoniem. *V&VN complementaire zorg.* URL: <http://www.venvn.nl/AfdelingenPlatforms/VVNComplementaireZorg.aspx>. Geraadpleegd op: 14-04-2011.
16. Anoniem. *Complementaire zorg – complementaire zorg.* URL: <http://complementairezorg.nl/complementairezorg.php>. Geraadpleegd op: 14-04-2011.
17. Anoniem. *Complementaire zorg – scholing.* URL: <http://complementairezorg.nl/page8.php>. Geraadpleegd op: 14-04-2011.
18. Rijsoverheid. *Vraag en antwoord: Wat is het verschil tussen een verzorgingshuis en een verpleeghuis?.* URL: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-verschil-tussen-een-verzorgingshuis-en-een-verpleeghuis.html> . Geraadpleegd op: 14-04-211
19. Anoniem. *Centrum voor Consultatie en Expertise.* URL: <http://www.cce.nl/>. Geraadpleegd op: 15-04-2011
20. Anoniem. Ce*ntrum voor Consultatie en Expertise – wat doet het CCE?* URL: <http://www.cce.nl/Hoofdmenu/Algemeen/Wat_doet_het_CCE>. Geraadpleegd op: 15-04-2011
21. Anoniem. *Gezond VGZ – tremor.* URL: <http://www.gezondvgz.nl/%7BC97E0B26-684C-49D0-BFC7-69B1CF3837B6%7D>. Geraadpleegd op: 15-04-2011.
22. Anoniem. *Van Dale – woordenboek.* URL: <http://www.vandale.nl/vandale/zoekService.do?selectedDictionary=nn&selectedDictionaryName=Nederlands&searchQuery=probleem> . Geraadpleegd op: 16-04-2011.
23. Anoniem. *Wat is revalidatie? – Revalidatie Nederland.* URL: <http://www.revalidatie.nl/revalideren/wat_is_revalidatie> . Geraadpleegd op: 20-04-2011.
24. Anoniem. *Afasie.nl – communicatiehulpmiddelen.* URL: <http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie&nr=9> . Geraadpleegd op: 21-04-2011.
25. Anoniem. *The Global Development Research Center – Notes on “Quality of Life”.* URL:<http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html> . Geraadpleegd op: 02-05-2011
26. Anoniem. *AWBZ – Wegwijzer.* URL: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?5818> . Geraadpleegd op: 04-05-2011
27. Anoniem. *AWBZ – Zorg.* URL: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6207&cat=1000> . Geraadpleegd op: 04-05-2011
28. Anoniem. *Waarom een ZLP?* URL: [http://zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/waarom-een-zlp.html . Geraadpleegd op 04-05-2011](http://zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/waarom-een-zlp.html%20.%20Geraadpleegd%20op%2004-05-2011).
29. Anoniem. *WZH –Zelfstandig wonen.* URL: <http://www.wzh.nl/wonen/57/290/zelfstandig-wonen> . Geraadpleegd op: 05-05-2011.

### Nota’s, memo’s, scripties en interne opdrachten.

1. Locatiemanager WZH Nieuw Berkendael (2010). *Beleidsstuk Visie WZH Nieuw Berkendael.* Den Haag: WZH Nieuw Berkendael, Interne publicatie.
2. Anoniem (2011). *Voorstel start complementaire zorg.* Den Haag: WZH Nieuw Berkendael, Interne publicatie.
3. Hulspas, Janneke (2008). *Gedrag: onwil of onmacht? : het beter begrijpen van gedrag na niet-aangeboren hersenletsel.* Den Haag: De Haagse Hogeschool, Faculteit Sociale Professies, studierichting Sociaal pedagogisch Hulpverlening. URL:[http://webopac.hhs.nl/webopac/FullBB.csp?WebAction=ShowFullBB&EncodedRequest=\*F4\*C5\*19\*FE\*EB\*FF5\*D7K\*C9\*9FAX\*2C\*A0\*5C&Profile=Default&OpacLanguage=dut&NumberToRetrieve=50&StartValue=4&WebPageNr=1&SearchTerm1=2008.1.65105&SearchT1=&Index1=Index1&SearchMethod=Find\_3&ItemNr=4](http://webopac.hhs.nl/webopac/FullBB.csp?WebAction=ShowFullBB&EncodedRequest=*F4*C5*19*FE*EB*FF5*D7K*C9*9FAX*2C*A0*5C&Profile=Default&OpacLanguage=dut&NumberToRetrieve=50&StartValue=4&WebPageNr=1&SearchTerm1=2008.1.65105&SearchT1=&Index1=Index1&SearchMethod=Find_3&ItemNr=4)
4. Martis, Franklin (2011). *Het rapporteren volgens het zorgleefplan en zijn 4 domeinen.* Den Haag: Haagse Hogeschool, Faculteit Gezondheid, studierichting verpleegkunde. Interne opdracht.

# Bijlage 1, Begrippenkader, afkortingslijst.

**A.**

* **Abusus:** misbruik of overmatig gebruik van verslavende middelen
* **Acalculie:** stoornis van het rekenen.
* **ADL:** Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, daarmee wordt bedoeld; alledaagse dingen die men op een dag doet om zichzelf te verzorgen en onderhouden. Denk aan: tandenpoetsen, aankleden etc.
* **Afasie:** verworven taalstoornis, veroorzaakt door hersenletsel, waarbij het begrip en uiten van gesproken taal gestoord is.
* **Agrafie:** stoornis schrijven. Niet door primair motorische stoornissen.
* **Agrammatisme:** grammatica niet of nauwelijks gebruiken.
* **AGT:** Ambulant geriatrisch team.
* **Akoestische afasie:** gehoord geluid niet kunnen benoemen.
* **Alzheimer:** ziekte van, vorm van dementie , door verkalking van de hersenen.
* **Apathie:** Gebrek aan emoties, enthousiasme en/ of motivaties.
* **Apraxie:** stoornis van aangeleerde doelgerichte handelen.
* **Ambulant:** 1; niet bedlegerig, 2; geen vaste standplaats hebbend.
* **Anoxie:** zuurstof gebrek. Er wordt helemaal geen zuurstof meer doorgevoerd naar de lichaamscellen.

**B.**

* **BAV:** Beroepsorganisatie Arbo-Verpleegkundige
* **BIG:** Beroepen in de individuele gezondheidszorg
* **Broca’s area:** hersengebied in 1861 beschreven door Franse arts Paul Broca. Betrokken bij de spraak.

**C.**

* **CCE:** Centrum voor Consultatie en Expertise. Onder de taken valt het verlenen van consultaties, het opbouwen en verspreiden van expertise en het inhoudelijk adviseren over zorgplannen. Is geen zorg- of hulpverleningsorganisatie. Levert individueel advies.
* **Cerebellum***:* Kleine hersenen. Onder-, achterin de hersenpan. Zorgt o.a. voor verfijnde motoriek.
* **Cerebrale cortex:** Hersenschors. Buitenste laag van de grote hersenen, sterk geplooid.
* **Cerebrum***:* Grote hersenen, telencefalon, voorhersenen.
* **CIZ:** Centrum indicatiestelling zorg
* **commotio cerebri:** hersenschudding.
* **Confabulatie:** het vertellen van verzonnen gebeurtenissen of overdrijving van echte gebeurtenissen.
* **Contra coup:** terugslag van het hoofd bij een botsing. Dit kan een tweede hersenletsel veroorzaken.
* **contusio cerebri:** hersenkneuzing.
* **Cortex***:* Buitenste laag van de hersenen. Patronen zijn: windingen (gyri), ondiepe groeven (sulci) en diepe groeven (fissuren).
* **CVA:** Cerebrovasculair accident. Letterlijk ongeluk met de hersenen.

**D.**

* **DAC:** Dagactiviteiten-centrum
* **Delier:** het plotselinge optreden van ernstige verwardheid.
* **Diëncefalon***:* Tussenhersenen; Het limbisch systeem; de ‘gevoelshersenen’. Bovenop de hersenstam. Bestaande uit; de thalamus, hypothalamus en hypofyse.
* **Dysartrie:**(uit)spraakstoornis.

**E.**

* **EHBO:** Eerste Hulp Bij Ongelukken
* **Encephalitis:** infecties.
* **Endocriene klieren***:* hormoonklieren.
* **Endocriene systeem:**hormoonsysteem.
* **EVV:** Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige

**F.**

* **Fissuren***:* Diepe groeven in de cortex.
* **Frontaalkwab:** hersengebied dat op het voorwandbeen ligt. Betrokken bij bewust denken: plannen; oordelen; besluitvorming en bewuste emotie.

**G.**

* **Generalisatievermogen:** handelingen aangeleerd in een bepaalde situatie kunnen toepassen in een andere situatie. Een kraan kunnen opendraaien ondanks het feit dat die er op heel veel verschillende manieren uit kan zien.
* **Geriatrie:** ouderenzorg.
* **Gyri***:* Windingen in de cortex.

**H.**

* **Hemi-anopsie:** halfzijdige gezichtsveld uitval.
* **Hemiparese:** halfzijdig gedeeltelijke verlamming
* **Hemisfeer***:* Hersenhelft.
* **Hydrocefalus:** waterhoofd. Wanneer de doorstroomkanaaltjes van de hersenholtes verstopt raken, kan het vocht nergens meer naar toe. Het duwt zich naar boven toe uit, zodat de twee grote ventrikels uitzetten en druk op het hersenweefsel uitvoeren.
* **Hypofyse:** hormoonproducerende klier. Locatie: onderaan de hersenen.
* **Hypothalamus:** ligt onder de thalamus. Bestaat uit een aantal kernen geclusterd.
* **Hypoxie:** zuurstoftekort. Kan door teveel bloedverlies komen of onvoldoende ademhaling.

**I.**

* **Impressiefractuur:** lokale verbrijzeling van het schedelbot waarbij de schedelfragmenten de hersenen penetreren.

**J.**

**K.**

**L.**

* **Laesie:**letsel.
* **Letsel:** verwonding, kwetsuur

**M.**

* **Medulla oblongata:** Medulla. Deel van de hersenstam. Loopt over in de ruggenmerg.
* **Mesencephalon***:* Middenhersenen. Gelegen in de hersenstam, boven de pons en onder de diëncefalon.
* **MDO:** Multidisciplinair overleg.
* **MRSA bacterie:** Methicillin Resistanct Staphylococcus Aureus bacterie. Ook wel bekend als: ziekenhuisbacterie. Deze bacterie is ongevoelig voor de gangbare antibiotica.
* **MS:** Multiple sclerose. Zenuwbanen worden aangetast.

**N.**

* **NAH:** Niet-aangeboren Hersenletsel.
* **NB:** Nieuw Berkendael.
* **Neglect:** eenzijdige verwaarlozing van of verminderde aandacht voor lichaam of ruimte.
* **Neocranium:** de beenderen van de schedel. Bestaande uit: voorwandbeen, wandbeen, slaapbeen, achterhoofdsbeen, jukbeen, onderkaak, bovenkaak.
* **Niet-aangeboren hersenletsel:** Niet-Aangeboren Hersenletsel is een hersenletsel – ten gevolge van welke oorzaak dan ook– anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening.
* **Noso-agnosie:** gebrek aan ziekte inzicht.

**O.**

* **Occipitaalkwab:** hersengebied dat op het achterhoofdsbeen ligt. Betrokken bij de processering van zien.
* **Optische afasie:** zichtbaar object niet kunnen benoemen.

**P.**

* **Parafasiën:** verkeerde weergave van een woord.
* **Parese:** gedeeltelijke verlamming.
* **Pariëtaalkwab:** hersengebied dat op het wandbeen ligt. Betrokken bij ruimtelijk inzicht, lichaamsoriëntatie en aandacht.
* **Parkinson:** ziekte van, o.a. tremoren, beven en spierverstijvingen, neurologische aandoening.
* **PB’er:** persoonlijk begeleider.
* **Pons:** Ook wel: ‘Brug van Varol’, ‘Pons Varioli’. Deel van de hersenstam. Onder de middenhersenen, boven de Medulla oblongata en voor het cerebellum.
* **Pre-motorische cortex:** hersengebied dat bij plannen van en het zien van beweging, actief is.
* **Primaire cortex:** hersengebied dat als eerste bepaalde informatie van de zintuigen ontvangt.
* **Primairemotorische cortex:** hersengebied dat zorgt voor het plannen en uitvoeren van de beweging.
* **Proprioceptie:** met informatie van de zintuigen kunnen weten welke positie in het ruimte het lichaam heeft en lichaamsdelen hebben.
* **Prosodie:** het ritme, de klemtoon en de intonatie van de stem bij het uitspreken van een zin of zinsdeel.

**Q.**

**R.**

* **Respijtzorg:** zorg zeer tijdelijk overnemen van mantelzorgers zodat deze kunnen ‘bijtanken’.
* **ROT:** Realiteitsoriëntatie training.

**S.**

* **Somatische zorg:** lichamelijke zorg.
* **Somato-sensorische cortex:** hersengebied dat betrokken is bij het bewustzijn van tastzin.
* **Sulci***:* Ondiepe groeven in de cortex.

**T.**

* **Tactiel afasie:** gevoeld object niet kunnen benoemen.
* **Temporaalkwab:** hersengebied dat op het slaapbeen ligt. Betrokken bij taal, geheugenprocessen en horen.
* **Terminale zorg:** zorg in de laatste levensfase van een cliënt.
* **Thalamus:** ligttussen de hersenstam en grote hersenen, tweedelig. Belangrijkste schakelpunt voor informatie tussen zintuigen en hersenen.
* **Trauma:** *(psych)*hevige geestelijke aandoening die een stoornis veroorzaakt

**U.**

**V.**

* **Ventrikels:** hersenholten.
* **Visuele afasie:** geziene object niet kunnen benoemen.
* **V&VN:** Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Beroepsvereniging, geeft o.a. kwaliteitskeurmerken uit aan verplegers en verzorgers.

**W.**

* **Wernicke’s area:** hersengebied in 1876 ontdekt door Duitse neuroloog Carl Wernicke. Betrokken bij het begrijpen van taal.
* **WHO:** World Health Organisation.
* **WZH:** Woonzorgcentra Haaglanden

**X.**

**Y.**

**Z.**

* **ZIN:** Zorg in natura
* **ZPO:** Zorgplan overleg
* **ZZP:** Zorg zwaartepakket

# Bijlage 2, Format.

## Leeswijzer Formats.

Deze format is bedacht in het kader van mijn onderzoek om de cliënt gegevens uit de zorgmap overzichtelijk te kunnen lezen. Het is geen invoermethode en dient niet zo gebruikt te worden. Voor toelichting bij het format verwijs ik door naar §5.5.

## Blanco Format.

|  |  |
| --- | --- |
| **Algemene gegevens.** | **Datum:** |
| **Naam / nummer:** |  |
| **Geboorte datum / Leeftijd:** |  |
| **Burgerlijke staat / Kinderen** |  |
| **Nationaliteit:** |  |
| **Ingang zorg WZH NB.:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische gegevens.** | |  | |
| **Diagnose hersenletsel.** | |  | |
| **Trauma.** | |  | |
| **Medische geschiedenis**  **Pré-trauma.** | |  | |
| **DSM-IV** | **As I**  **As II**  **As III**  **As IV**  **As V** |  | |
| **Detail hersenletsel.** | |  | |
| **Somatische gevolgen van trauma.** | | ***Vegatieve gevolgen.*** | |
| *Basisfuncties.*  *Verhoogde vermoeibaarheid.*  *Stoornissen in hormoonhuishouding.*  *Stoornissen in stofwisseling.*  *Stoornissen in slaap-waakritme.*  *Stoornissen huidfunctie.* |  |
| ***Orthopedische gevolgen.*** | |
| *Botbreuken.*  *Extra botvorming.*  *Vergroeiingen.* |  |
| ***Neurologische gevolgen.*** | |
| *Epilepsie.*  *Vergrote hersenholtes.*  *Letsel in zenuwbanen buiten het centraal zenuwstelsel.* |  |
| ***Sensorische gevolgen.*** | |
| *Reukvermogen.*  *Visuele veld.*  *Gevoelsvermogen.*  *Gehoor.*  *Evenwichtsgevoel.*  *Overgevoeligheid.*  *Extra waarnemingen.* |  |
| ***Motorische gevolgen.*** | |
| *Spasticiteit.*  *Houding en/of bewegingen gestoord.*  *Onwillekeurige bewegingen.*  *Sensorische terugkoppeling.* |  |
| **Psychische gevolgen van trauma.** | | ***Kennis en begripsvermogen.*** | |
| *Taal.*  *Visuo-constructieve kennis.* |  |
| ***Cognitie.*** | |
| *Oriëntatie tijd, plaats, persoon.*  *Aandacht en oriëntatie.*  *Tempo van informatieverwerking.*  *Geheugen.*  *Schoolse vaardigheden.*  *Redeneervermogen.*  *Leervermogen.* |  |
| ***Persoonlijkheid en gedrag.*** | |
| *Basisstemming.*  *Zelfbeeld en vertrouwen.*  *Impulscontrole.*  *Evaluatie eigen gedrag.*  *Ziekte inzicht.*  *Oordeelsvermogen.*  *Sociaal gedrag.*  *Persoonlijkheidsstoornissen.* |  |
| **Communicatieve gevolgen van trauma.** | | *Begrip gesproken taal.*  *Intonatie.*  *Begrip geschreven taal.* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leefgebieden schema** | | **Ingevuld m.b.v.:** | | |
| **Leefgebieden.** | **Situatie vóór het letsel.** | **Huidige situatie .** | **Inbreng hulpverleners.** | **Inbreng familie.** |
| Gezondheid |  |  |  |  |
| Uiterlijk |  |  |  |  |
| Familie/ relaties |  |  |  |  |
| Seksualiteit |  |  |  |  |
| Werk/school |  |  |  |  |
| Vrijetijds-besteding |  |  |  |  |
| Sociale contacten |  |  |  |  |
| Financiële situatie |  |  |  |  |
| Woon-omgeving |  |  |  |  |
| Levens-beschouwing |  |  |  |  |
| Onafhankelijkheid |  |  |  |  |
| Toekomst-zekerheid en perspectief |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Leidraad omgang.** | **Gegeven op:** |  |  |
| **Vraagstelling:** | | | |
|  | | | |
| **Adviezen:** | | | |
|  | | | |

# Bijlage 3, Zorgleefplan.

|  |
| --- |
| ZORGLEEFPLAN |

Naam cliënt

Afdeling/huisnummer:

Verpleeghuisarts/huisarts:

Naam medewerker zorg:

Datum evaluatie:

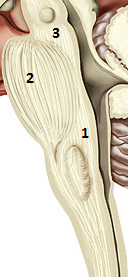
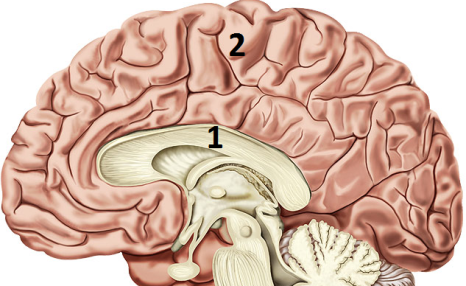
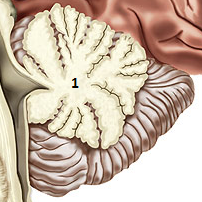
Indicatie/geldig tot:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domein 1** | **Nr** | **Vraag/aandachtsgebied** | **Doel** | **Acties** | **Wie** | **Evaluatie** |
| **Woon- en leefomstandigheden (zich thuis voelen).**  *Veiligheid*  *Geborgenheid*  *Privacy*  *Dag- en nachtritme*  *Zelfredzaamheid*  *Voedingswensen*  *Eigenruimte*  *Gemeenschappelijke ruimte*  *Buitenshuis*  *Middelen & maatregelen* | W1 |  |  |  |  |  |
| W2 |  |  |  |  |  |
| W3 |  |  |  |  |  |
| W4 |  |  |  |  |  |
| **Domein 2** | **Nr** | **Vraag/aandachtsgebied** | **Doel** | **Acties** | **Wie** | **Evaluatie** |
| **Participatie (sociaal welbevinden).**  *Dagbesteding*  *Contacten*  *Geloofsovertuiging*  *Hobby’s en interesses*  *Mantelzorg* | P1 |  |  |  |  |  |
| P2 |  |  |  |  |  |
| P3 |  |  |  |  |  |
| **Domein 3** | **Nr** | **Vraag/aandachtsgebied** | **Doel** | **Acties** | **Wie** | **Evaluatie** |
| **Mentaal welbevinden en autonomie.**  *Regie en invloed*  *Stemming en gedrag*  *Geheugen*  *Oriëntatie*  *Coping en acceptatie*  *Seksualiteit/intimiteit*  *Identiteit*  *Bejegening* | M1 |  |  |  |  |  |
| M2 |  |  |  |  |  |
| M3 |  |  |  |  |  |
| **Domein 4** | **Nr** | **Vraag/aandachtsgebied** | **Doel** | **Acties** | **Wie** | **Evaluatie** |
| **Lichamelijk welbevinden en gezondheid.**  *Zintuigen*  *Spraak*  *Mobiliteit en transfers*  *Houding*  *Conditie*  *Urine en ontlasting*  *Slikken*  *Eten & drinken*  *Medicatiegebruik*  *Decubitus/wonden*  *Pijn*  *Bepalingen*  *Aan- en uitkleden*  *Douchen en wassen*  *Mondverzorging*  *Medisch/ethisch beleid*  *Wensen bij overlijden* | L1 |  |  |  |  |  |
| L2 |  |  |  |  |  |
| L3 |  |  |  |  |  |
| L4 |  |  |  |  |  |
| De cliënt en/of vertegenwoordiger zijn op de hoogte van de afspraken die zijn gemaakt met de zorgaanbieder en gaat hiermee akkoord.  Handtekening cliënt/vertegenwoordiger: Datum:  Handtekening (senior) woonzorgbegeleider:  Handtekening arts (indien betrokken): | | | | | | |

# Bijlage 4, literatuurverdieping.

### Organogram

### Hersenanatomie.

1. **Medulla:** Medulla oblongata. Ligt onder pons en gaat over in het ruggenmerg. Heeft verschillende kernen die controle hebben over ademhaling, hartslag, bloedsomloop maar ook het spuureflex, niesreflex, slikken en hoesten. (*Carter, 2009*)
2. **Pons:** letterlijk betekent het ‘brug’ en wordt ook wel de ‘Brug van Varol’ of ‘Pons Varioli’ genoemd. Het verbindt de cerebral cortex (hersenschors) en de medulla oblongata (medulla). Het is een soort knooppunt tussen de twee hemisferen waar ze communiceren en coördineren. Als deel van de hersenstam helpt het met het informatieverkeer tussen verschillende delen van het brein het ruggenmerg. Buiten dat heeft het invloed op verschillende functies van het lichaam onder andere, de controle over autonomische functies, slaap, opwinding en het ontvangen en doorgeven van sensorische informatie tussen het *cerebrum* en *cerebellum.*2,6
3. **Mesencefalon:** midden hersenen. Gelegen in de hersenstam, boven de pons en onder de diencefalon. Hier wordt onder andere de gevoels- en bewegingsinformatie gegeven door bijvoorbeeld gehoor-gezichtszin op elkaar af te stemmen.1 *(Carter, 2010)*
4. **Thalamus:** schakelstation tussen zintuigen en grote hersenen. De thalamus beslist welke informatie van de zintuigen (behalve reuk) wel of niet doorgestuurd worden naar de hersenen. Het discrimineert en generaliseert prikkels. Een voorbeeld: als er in een kamer veel gesprekken tegelijk worden gevoerd dan is het een geroezemoes [generalisatie], als een bekende – voornamelijk eigen – naam genoemd wordt dan valt dat gelijk op [discriminatie]. *(Carter 2010; Eilander 2006)*
5. **Hypothalamus:** ‘hypo’ betekend onder, dus letterlijk ‘onder thalamus’, even groot als een klein suikerklontje. Heeft een aanbreng in het bewuste gedrag en emoties en instincten, maar ook in onbewust beheer van levenssystemen. Zorgt o.a. voor honger- en dorstgevoel maar ook vecht-, vluchtreacties en reflexen. *(Carter 2010)*
6. **Hypofyse:** wordt ook wel ‘meesterhormoonklier’ genoemd, heeft de grote van een erwt. De hypofyse bestaat uit twee kwabben: de voorkwab (andenohypofyse) en de achterkwab. Het maakt eigen hormonen aan en stuurt deze via de bloedbaan naar andere endocriene (hormoon-) klieren, bijvoorbeeld de schildklier. De achterkwab ontvangt twee soorten hormonen van de hypothalamus en slaat deze op of scheidt ze af. In totaal maakt de hypofyse zelf acht verschillende hormonen aan en ontvangt er dus twee. *(Carter 2010)*
7. **Hersenbalk:** verbindt de twee hersenhelften. Er lopen meer dan 200 miljoen zenuwvezels doorheen. Wordt deze doorgesneden dan kan bijvoorbeeld de rechterhand iets totaal anders doen dan de linkerhand. *(Carter 2010; Eilander 2006)*
8. **Grote hersenen:** cerebrum, telencefalon. Ze zijn verantwoordelijk voor ons bewuste denken. De linkerkant van het lichaam wordt door de rechter hersenhelft bestuurd en de rechterkant van het lichaam door de linkerhersenhelft. De meest voorkomende manieren van opdelen is het opdelen in de *twee hersenhelften,* in de *vierkwabben* en de *functionele gebieden.* Behalve dit worden ook de verschillende *functies van de cortex* met in het speciaal *‘Broca’s area’* en *‘Wernicke’s area’,*  vaak op hersenkaarten aangegeven. Dit is een soort van overlap van de kwabben naar de functionele gebieden. *(Carter, 2010)*
9. **Het cerebellum:** kleine hersenen. Één taak behoort tot deze hersenen: de fijne bijsturing van de aangegeven bewegingen die vanuit de grote hersenen, tussenhersenen of de hersenstam komen. Het mogelijk maken dat men vloeiende handelingen kan uitvoeren. Als iemand een beschadiging aan de kleine hersenen heeft kan het zijn dat deze persoon continu dronken overkomt. De kleine hersenen zijn zeer systematisch opgebouwd en de gyri en sulci zijn veel fijner en regelmatiger dan die van de grote hersenen. De cellen in het cerebellum hebben vele verbindingen met elkaar en ‘weten’ van elkaar. Welke bewegingen op welk moment worden uitgevoerd. Met bewegingen word niet alleen de controle van spieren maar ook houding en evenwicht bedoeld.
10. **Het Cerebrospinale Vocht.:** De hersenen zijn al met al dus onmisbaar voor het leven en zeer kostbaar. Dit kostbaar goed moet dus ook een goede bescherming hebben. We bezitten daarom over een schedel die niet alleen alles bij elkaar houdt maar ook klappen en schokken opvangt. Het brein ‘zweeft’ als het ware binnen in de schedel. Voordat je vanuit de hoofdhuid bij de cortex komt, volgen eerst zes lagen.
11. **De schedel**
12. **Harde hersenvlies:** taai hard hersenvlies dat beschermt tegen schokken.
13. **Sinus sagittalis superior:** onderdeel van het bloedaderstelsel waardoor bloedt terugstroomt naar het hart.
14. **Spinnenwebvlies:** arachnoidea. Bloedrijk hersenvlies dat beschermt tegen schokken.
15. **Subarachnoïde ruimte:** schokdempend hersenvocht. Heeft kleine ‘kanaaltjes’ naar boven, door laag **VI** en **III** heen.
16. **Zachte hersenvlies:** binnenste hersenvlies dat om de hersenen – en doorlopend de ruggenmerg – heen zit.

Binnen in de hersenen zijn er ook holtes. Alle holtes zijn met elkaar verbonden door middel van kanaaltjes. De twee grootste holtes zijn te vinden in het midden van de grote hersenen, één in de tussenhersenen en de kleinste in de hersenstam. Het kanaal, komende uit de kleine holte in de hersenstam, gaat verder in de ruggenmerg. Het vocht dat hier inzit heet het cerebrospinale vocht; aangemaakt in de grote hersenholtes stroomt het naar beneden naar en in het ruggenmerg. Het vocht komt vanuit het ruggenmerg, door het zachte hersenvlies heen – maar ook al een beetje vanuit de kleinste holte – naar buiten en vult laag **V**: de subarachnoïde ruimte, tussen het zachte hersenvlies en het spinnenwebvlies. Het hersenvocht heeft deze beschermende schokdempende functie binnen deze ruimte en in de holtes. Het voert verder ook nog afval af en voedsel aan. Stel dat er in een groot kanaal een blokkade optreedt, denk aan bijvoorbeeld een tumor, dan blijven de grote holtes vocht aanmaken. Doordat dit niet afgevoerd kan worden, zullen ze naar boven opzwellen en druk uitvoeren op het hersenweefsel, dit zorgt voor het verstoren van het functioneren van de hersenen.

### Neurologische aandoeningen.

|  |  |
| --- | --- |
| Neurologische aandoening | Uitleg |
| Multiple Sclerose [MS] | De isolatielaag rondom de zenuwuitlopers verdwijnt langzaam aan. Gevolg: zenuwbanen worden aangetast en kunnen niet goed meer de zenuwimpulsen doorgeven. Er treden verlammingen en gevoelsstoornissen op. Het loopt uit naar de hersenen: visusproblemen en cognitieve stoornissen kunnen ontstaan. Ziekte verloopt meestal in fasen. |
| Ziekte van Alzheimer | Groepjes zenuwcellen verkalken, voornamelijk in de grote hersenen. Door het uitspreiden van de verkalkingen verdwijnt meer en meer kennis en vaardigheden. Beginnend bij ingewikkelde denkprocessen en laat zich later zien in (de voor de meeste mensen) automatische ADL. De ziekte leidt tot volledige zorgafhankelijkheid, overlijden volgt door complicaties. |
| Ziekte van Huntington | De hersencellen – voornamelijk in de tussenhersenen – sterven af. Lichamelijke verschijnselen als overbeweeglijkheid zijn kenmerkend. Eindigt gemiddeld na zestien jaar ziek zijn tot de dood. |
| Ziekte van Korsakov | Meest voorkomende oorzaak: vitaminetekort door chronisch alcohol abusus. Geheugen raakt het meest aangetast, kunnen bijna geen nieuwe informatie meer opnemen en vasthouden. Ook is er sprake van verwardheid en desoriëntatie in tijd. |
| Ziekte van Parkinson | Er ontstaat een tekort aan dopamine (neurotransmitter). Houding en beweging veranderen, meeste mensen kennen het beeld van de tremmoren (het onbedoeld ritmisch trillende bewegen van een spier), voornamelijk van de handen29. Lopen wordt moeilijk, vele cliënten hebben last van depressies en na jaren treden cognitieve stoornissen op. |

*(Eilander 2006; Vandereycken and van Deth 2004)*

### Communicatie- en taalstoornissen.

Verschillende classificaties zijn gemaakt door Goodglass en Kaplan (klassiek neurologische afasie classificaties en pure afasieën), Benson (anomische afasie indeling). Deze zijn schematisch in het volgende tabel aangegeven. Daarnaast zijn overige stoornissen en problemen aangegeven omdat deze vaak een comorbiditeit met afasie hebben en ook van belang kunnen zijn bij een communicatiestoornis, zoals hiervoor al is uitgelegd..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Afasieën* | | *Uitleg* | | *Overige stoornissen* | | *Uitleg* |
| Goodglass en Kaplan, klassieke classificatie | | | **Hemiplegie** | | Kan variëren van totale verlamming tot lichte stoornissen. | | |
| Broca-afasie | Weinig spreken; kleine niet-vloeiende woordenschat; telegramstijl; veel zelfstandige naamwoorden; agrammatisme. | | **Hemisensorisch verlies** | | Stoornis van lichaamsgevoel aan een kant van het lichaam. | | |
| Werknicke-afasie | Weinig begrip van gesproken taal; veel en vloeiend spreken maar vaak onzinnig; prosodie en articulatie zijn goed; woordvindingsproblemen en algemeen woordgebruik, omschrijving woord i.p.v. benaming, spreekfouten; lezen is ook gestoord; vaak noso-agnosie. | | **Visuele veldstoornis** | | Hemi-anopsie: uitval van half gezichtsveld. Lezen gaat lastiger bij hemi-anopsie links: het begin van de zin wordt niet gelezen. | | |
| Conductie-afasie | Naspreken en hardop lezen ernstig gestoord; parafasiën; begrijpend lezen vrij normaal; vaak i.c.m. verbale en buccofaciale apraxie. | | **Handapraxie** | | Het onvermogen bewust een handeling uit te voeren, onbewust lukt dat wel. Schrijven kan hierdoor ernstig vermoeilijkt worden. | | |
| Globale-afasie | Alle aspecten taal en spreken gestoord; spontane spreken niet vloeiend; auditief begrip, begrijpend lezen gestoord; naspreken, hardop lezen en zinvol schrijven zijn onmogelijk. | | **Buccofaciale apraxie** | | Onvermogen bewuste mond en tong bewegingen te maken, onbewust kan wel bijvoorbeeld een kaars uitgeblazen worden, of vinger afgelikt. | | |
| Transcorticaal-motorische afasie | Wordt beschouwd als verstoring in relatie tussen denkproces en taal; spontane spraak verstoord. | | **Verbale apraxie** | | Niet-consequent herhalen, verlengen, vervangen en/of toevoegen van fonemen. (zie §5.3) | | |
| Transcorticaal-sensorische afasie | Kan naspreken; parafasiën. (bv kers voor aardbei) | | **Gerstmann-syndroom** | | Bestaande uit vier stoornissen: agrafie, acalculie, vingeragnosie en links-rechts desoriëntatie. | | |
| Gemengde transcorticale afasie | Weinig tot geen spontaan spreken; opdrachten en vragen worden dwangmatig herhaald; begrip gestoord; lezen en schrijven bijna onmogelijk. | | **Auditieve agnosie en Visuele agnosie** | | Het niet herkennen van gehoorde (auditief) of geziene (visuele) geluiden en objecten. | | |
| Amnetische afasie | Gestoorde woordvinding; omschrijving woord i.p.v. benaming; wel woord weten maar niet kunnen zeggen; woord en betekenis uit geheugen verdwenen; geen eigen woordvindingen wel –herkenning; tactiele afasie; optische afasie. | | **Epilepsie** | | ± 25% van de CVA cliënten ontwikkelt na verloop van enige tijd epilepsie. Wanneer medicatie toegediend wordt kunnen de bijverschijnselen (naast de aanvallen) extra moeilijkheden voor een cliënt met afasie geven. | | |
| Benson, Amnetische afasie indeling | | | **Mutisme** | | Hypofonie; niet spreken. Selectief mutisme: angsstoornis waarbij gekozen wordt wanneer niet gesproken wordt en wanneer wel. | | |
| Woordproductie-anomie | | Kent het woord maar kan er niet opkomen. | **Dysartrie** | | Spraakstoornis; de spiercontrole en het spraakmechanisme is verstoord. | | |
| Woordselectie-anomie | | Kan niet op het woord komen maar wel een beschrijving geven of uit een rij woorden kiezen. | **Corticaal stotteren** | | Een acute verschijning van stotteren bij iemand die daarvoor nooit stotterde. | | |
| Semantische-anomie | | Een woord wordt niet meer herkend, symbolische betekenis is kwijt. | **Palilalie** | | Het dwangmatig herhalen van eigen en andermans woorden en zinnen. | | |
| Categorie-specifieke anomie | | Bepaalde categorische benamingen kunnen niet genoemd worden: bekendste zijn de kleuren. | **Vermoeidheid of verwardheid of ontkenning** | | Door vermoeidheid kan prestatie minder zijn, door verwardheid kan een verkeerde beeld van de cliënt verkregen worden en door ontkenning kan een probleem/stoornis niet aangepakt worden. | | |
| Modaliteits-specifiek anomie | | Visuele agnosie of tactiele agnosie. Objecten gezien en gevoeld kunnen niet herkend worden. | **Perseveratie** | | Het twee vormen: 1; niet kunnen switchen van de ene taak naar de andere, 2; een bepaald patroon continu herhalen (maar wel kunnen switchen van ene naar andere handeling.) | | |
| Goodglass en Kaplan, pure afasieën | | | **Catastrofische reactie** | | Door confrontatie van de onkunde van iets wat vroeger heel makkelijk ging, boos en gefrustreerd raken en niet meer willen oefenen. | | |
| Pure woorddoofheid | | Wel kunnen horen maar niet verstaan; spreken, schrijven en lezen is normaal. | **Geheugen-stoornis** | | Het niet meer kunnen aanleren van nieuwe dingen, maakt een revalidatie nagenoeg onmogelijk. | | |
| Pure woordstomheid | | Geen woorden kunnen produceren; lezen, schrijven en gesprekken volgen lukt wel. | **Language of confusion** | | Confabulaties en irrelevanties: verzinnen van verhalen en onbeduidendheden. | | |
| Pure woordblindheid | | Hardop lezen en begrijpend lezen ernstig verstoord. Schrijven is normaal maar eigen schrift kan niet gelezen worden. | **Loggorrhoe** | | Spreekdrang; neiging tot steeds blijven (door-)spreken. | | |

### Targetlist en base- line zoals gebruikt in de handleiding.

Deze lijst is om een eenduidige observatie te krijgen. Het is aan de medewerkers om concrete gedragingen aan de code te voegen en duidelijk te krijgen wat iedereen onder het Target Gedrag verstaat.

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Target Gedrag |
| 1 | Verbaal misbruik jegens anderen. |
| 2 | Verbale bedreigingen om eigendommen te beschadigen. |
| 3 | Verbale bedreigingen om mensen te beschadigen. |
| 4 | Fysieke bedreigingen om eigendommen te beschadigen. |
| 5 | Fysieke bedreigingen om mensen te beschadigen. |
| 6 | Overtreed de grenzen van iemand z’n persoonlijke ruimte wanneer geagiteerd, maar bedreigt en beschadigt niet specifiek of zoekt contact met anderen. |
| 7 | Haalt uit, slaat, schopt of bijt anderen fysiek. |
| 8 | Kapot maken of beschadigen van andermans eigendommen. |
| 9 | Kapot maken of beschadigen van eigen eigendommen. |
| 10 | Andermans eigendommen pakken zonder toestemming van deze persoon. |
| 11 | Maakt gebaren over zelfmoordneigingen en automutilatie. |
| 12 | Poging tot zelfmoord. |
| 13 | Raakt in een hyper geagiteerde bui, inclusief snel ijsberen en overdreven bewegen of andere hoge niveaus van psychomotorische activiteiten. |
| 14 | Raakt in explosieve verbale of fysieke uitbarstingen. |
| 15 | Raakt in argumentatief of oppositioneel gedraag wanneer gevraagd wordt zich op een bepaalde manier te gedragen. |
| 16 | Raakt in schreeuwend of gillend gedrag niet gerelateerd aan explosieve uitbarstingen [#14] of oppositioneel gedrag [#15]. |
| 17 | Maakt seksueel beledigende of vulgaire opmerkingen. |
| 18 | Maakt seksueel beledigende of vulgaire gebaren. |
| 19 | Raak andere aan op een seksueel beledigende of vulgaire manier. |
| 20 | Raakt in andere vormen van storend, aandacht zoekend gedrag. |

*(Ellis et al, 1989)*

### Base-line.

Deze base-line (ofwel Nullijn) is het startpunt van de begeleiding voor gedragsproblematiek. Hierin wordt een beginsituatie vastgesteld die wordt gebruikt bij de evaluatie in de evaluatiefase. In bijlage 2 in de handleiding zit het kopiemodel. Hieronder is een voorbeeld gegeven van hoe het formulier ingevuld dient te worden. Aan te raden is dit via de computer te doen zodat de leesbaarheid bewaakt blijft.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam Patiënt: Piet Mondriaan……………………………………………………………. | | | | | | |
| Gedragscode nummer | **Turflijst, frequentie van gedrag** | **Fase, Datum en Tijd optreden van gedrag** | **Stimuli**  **(aanleiding)** | **Consequenties**  **(reactie omgeving)** | **Commentaar/ bijzonderheden** | **Initialen medewerker** |
| 1 | IIIIII  = 6 x | F1  30-4-2011 11:45 | De tafel werd gedekt, dhr. werd gevraagd ergens anders te zitten. | Het schelden werd de eerste 3 x genegeerd. Daarna werd gevraagd of de Dhr. Ermee op wilde houden. | Het is Koninginnedag. | V. van Gogh |
| 7 | I  = 1 x | F1  30-4-2011  12:00 | Dhr. werd naar een andere plek gereden. | De begeleider zei het niet leuk te vinden te worden geslagen en liep weg. | Het is Koninginnedag. | V. van Gogh,  J. Vermeer |

# Bijlage 5, interviews.

## Leeswijzer Interviews.

Om het leesbaar te maken zijn persoonlijke stopwoorden en herstructureerde zinnen weggelaten. Verder zijn grammaticale fouten en taalfouten veranderd. Genoemde namen zijn eruit gehaald en vervangen door een relevante omschrijving van de persoon. Hier en daar zijn tussen haakjes opmerkingen door mij gemaakt zodat het gesprek beter in de context geplaatst kan worden. Het te lezen interview is verder letterlijk overgeschreven van het opgenomen materiaal. De vragenlijst is door de geïnterviewde zelf ingevuld en bij wie dat aangaf, zijn gegevens geanonimiseerd. Het interview zelf is aan de hand van een topiclijst afgenomen waardoor interviewvragen, bij de negen verschillende interviews, niet identiek zullen zijn. De interviews zijn aangepast naar de verschillende functies en ervaringen van de afzonderlijke geïnterviewde. De interviewer is in cursief uitgetikt en de geïnterviewde is in normaal lettertype zodat er voor de lezer een onderscheid te maken is tussen de twee partijen.

Er dient voorzichtig omgegaan te worden met dit materiaal en er dienen geen kopieën gemaakt te worden. Ze zijn in kader van mijn onderzoek opgeschreven zodat validiteit ervan gewaarborgd blijft. Voor de lezer is het een verdieping van de scriptie en het kan met die bedoeling als naslagwerk gebruikt worden.

## Interviews.

Interview 1, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1980 - aug – 2010

**Hoogst genoten opleiding:**

MBO TGI Installatie techniek

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

KMBO Assistent CV-monteur

**Baan omschrijving:**

Leerling M2

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

32 uur - regelmatig

**Taken behorende tot de baan:**

- onder begeleiding activiteiten en verplegende taken uitvoeren.

- tafels dekken, ruimten activiteit klaar maken.

- rapporteren, tranfers van cliënten.

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

**-** Koffiemachine bijvullen.

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

**-**

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

-

### Interview 1, Topiclijst.

*Waarom ben je begonnen met dit werk?*

Ja uhm ik wist nooit wat ik wilde worden. Qua beroep zeg maar, toen ben ik uit nood maar in de technische kant gaan zitten. Dat beviel niet echt, zachtzinnig gezegd. Ben ik als vrijwilliger hier terecht gekomen, om me te oriënteren. Ik had me een keer opgegeven voor een test om te kijken wat echt bij me zou passen, qua baan. Dus echt een switch. Daaruit kwam woonbegeleiding. Maar aangezien een vrijwilliger niet echt bij een woonbegeleiding kan gaan zitten ben ik gaan kijken bij een verpleeghuis. Dus deze. En dat beviel me heel erg. Van daaruit ben ik hier blijven zitten.

*Hoe lang doe je het nu?*

Als vrijwilliger sinds april, ik zit al bijna een jaar hier. En als leerling sinds september.

*Okay dus je bent als vrijwilliger hier begonnen en ongeveer een half jaar later had je zoiets van: ‘Ik vind het zo leuk hier ik ben hier blijven werken?’.*

Ja, en ze vroegen me.

*Oh ze vroegen je?Dat is helemaal leuk, dat betekend dat je ook je enthousiasme ook heb kunnen laten zien.*

Ja zeker ja.

*Wat wist je van NAH toen je hier begon?*

Nou me neef zelf heeft het ook. Niet aangeboren hersenafwijking. Door een val dus ik wist wel het een en ander. Ook best wel extreem, dus ik schrok er niet van.

*En heeft hij het ook heel zwaar?*

Vergeleken met hier gaat het heel goed met hem, maar het was wel kantje boord. Hij is goed eruit gekomen.

*Okay dat is mooi en was dat ook een van je motivaties om dit verpleeghuis uit te kiezen?*

Nee dat was puur van gemak, ik woon hier in de buurt en ik dacht ziet er wel leuk uit en vrij nieuw. Maar toen ik hier eenmaal zat, een heel leuk team, had ik het echt naar mijn zit. ***.***

*En heb je het gevoel dat je veel geleerd hebt over NAH?*

Ja.

*Nog meer dan dat je al wist.*

Ja kijk mijn neef is maar één type, één karakter en je hebt veel verschillende. Je hebt echt veel verschillen in karakter qua gedrag en dat soort dingen. Dat merk je wel.

*Wat zijn de voornaamste dingen die je geleerd hebt?*

Uhm geleerd. Even denken hoor. Noujah bij mezelf voornamelijk. Dat ik minder chaotisch moet zijn. Maar de rede dat ik dit werk heb gedaan en waarom ik het zo leuk vind is omdat het echt bij mijn karakter past. Ik hoef geen moeite te doen. Ik hoef geen dingen toe te passen om over te komen. Het gaat gewoon vrij natuurlijk. Ja ook dat ik geduld heb en dat soort dingen.

*Dus het gaat gewoon allemaal heel soepel, van het leien dakje.*

Ja eigenlijk wel ja.

*Het werk bevalt helemaal perfect?*

Ja zeker.

*Wat vind je nou de leuke dingen die je tegenkomt in het werk.*

Leuke dingen. Nou voor mijzelf het is niet leuk voor diegene zelf. Soms kan ik mensen helpen die nogal verdrietig zijn. Dat zie ik dan ook.

*Waarom is dat niet leuk voor die mensen zelf dan?*

Nou dat ze verdrietig zijn.

*Maar het is toch leuk dat je ze kan helpen?*

Nee, nee, ja dat klopt. (lachen) Ja ja precies. Dat ik ze kan helpen en gerust kan stellen dat vind ik dan leuk.

*En nog praktische dingen.*

Dit vind ik echt de leukste dingen.

*Waar je jouw waardering uit haalt?*

Ja precies.

*Wat zijn de lastige dingen?*

Dat mensen zo snel kunnen wisselen qua stemming. Dat moet ik soms nog wel even… (hij lacht en zucht tegelijk) Of gesprekken die nogal vreemd zijn. Die alle kanten op gaan. Maar daar kan ik ook de humor nog wel in vinden. Alleen als ik moe ben dan…

*Hoe word je daarin ondersteund.*

Sowieso heb ik altijd goede begeleiding, de activiteitenbegeleiders, daar kan ik altijd bij terecht. Ik kan altijd met vragen terugkomen.

*Heb je dan ook het gevoel dat, bij elke begeleiding elk gesprek die je hebt gehad, ‘Ik kan er weer tegenaan en ik weet het weer. En ik snap precies wat er bedoeld word.’*

Ja nou nee niet echt. Ik weet nooit wat er bedoeld word bij de cliënten, maar ik ga er wel leuk mee.

*Heb jij in het begin handleiding en protocollen gekregen.*

Ja.

*Haha je kijkt heel moeilijk.*

Haha ja, ik heb ze wel gekregen. Was bij mijn studie ook moest ik naar gaan zoeken, naar protocollen. En je hebt van die boeken. Kun je altijd in kijken, wat de protocollen zijn. We hebben drie domein boeken.

*Heb je daar ook gebruik van gemaakt?*

Ja.

*Wanneer heb je dat gedaan, doe je dat regelmatig.*

Nou voornamelijk in het begin, moest ook voor mijn opleiding. Ook laatst voor mijn opdracht. Heb ik ook even gekeken of er een bepaald formulier in stond.

*Het is sowieso makkelijk om terug te pakken?*

Ja zeker.

*En als er een vernieuwing in komt krijgen jullie dat dan ook te horen?*

Ja dat krijgen we ook te horen. We krijgen regelmatig een e-mail als er een vernieuwing is gekomen, daar wordt dan in genoemd waar en hoe je dat kan opzoeken.

*Heb je dat dan ook behoefte om dat te doen?*

Haha nee, uhm nee.

*En heb je behoefte aan meer kennis.*

Ja zeker.

*En hoe wil je die krijgen dan?*

Uhm d.m.v. Cursussen, door de activiteitenbegeleiders zelf, ik val dan onder hun zeg maar. Ik leer constant.

*Ik hoorde dat hier een NAH-cursus was, heb jij die ook gehad?*

Nee.

*Nee. Okay. En je zit hier een jaar nu? Want in november was die opnieuw begonnen.*

Ja klopt, dat vond ik ook jammer.

*Dat is inderdaad wel jammer als je wel kennis wilt krijgen. Even samenvatten hoor: dus je krijgt sowieso altijd in de praktijk meer kennis toegevoegd, je leest af en toe die e-mails, je weet de protocollen. En hoe zou je nog meer kennis willen krijgen op wat voor een manier?*

Ja ik doe het voornamelijk uit school ook. Ja want ik ben leerling, ik doe het voor het vak. Ik ben dus lerende. Daarnaast cursussen, ik heb één keer een agressietraining gehad. Dat wel. Binnenkort hebben we een symposium over NAH patiënten, wat de invloed is van spellen op patiënten en ja van de activiteitenbegeleiders zelf. Nou dat is wel genoeg.

*Tja, maar je bent dus sowieso wel gemotiveerd om allemaal cursussen te doen en symposia te volgen. Nou hier weet ik al een beetje het antwoord op; heb je buiten WZH Nieuw Berkendael met NAH-cliënten gewerkt?*

Nee niet gewerkt.

*Maar dan je neef.*

Ja me neef. Maar dat is één persoon.

*Heeft hij ook gedragsproblemen; zodat je er in aanraking mee bent gekomen?*

Nee. Hij is vrij constant gebleven.

*En binnen WZH, heb je wel eens gewerkt met cliënten met gedragsproblemen?*

Ja.

*En dat ze ook agressief worden?*

Ja.

*Zijn er een paar bij die dat constant zijn?*

Nee.

*Wat weet je van het letsel en het trauma van diegene waar je mee werkt? In specifiek die met gedragsproblemen.*

Niets.

*Wat weet je überhaupt van de cliënten, van hun geschiedenis.*

De meeste waarmee ik werk wel. Maar je hebt een vaste groep. Die zie je regelmatig. Maar de mensen met gedragsproblemen die zie je niet zo vaak en daar weet je het ook niet echt van.

*En wil je dat weten?*

Ja zeker. Maar ik wil liever van henzelf te horen krijgen dan echt in dossiers kijken.

*Maar stel nou dat iemand afasie heeft?*

Wat ik dan op zo’n moment doe, is dan vraag ik aan de verpleegkundige hoe de stemming van zo’n iemand is. Of er nog bijzonderheden zijn van de vorige dag en inderdaad in dossiers kijken. Maar in het algemeen als dat kan liever uit hun eigen woorden halen.

*Wat is volgens jou de beste manier om deze cliënten te behandelen?*

Sowieso tijd investeren. Gewoon dat ze jou leren kennen. Niet op een gedwongen manier. Dat zou ik best wel wat meer willen hebben. Meer tijd om gewoon rustig bij iemand te kunnen zitten om te vertellen wat je gaat doen. Sowieso vragen hoe die zich op dat moment voelt, wat er speelt misschien.

*Hoe zou je dat met iemand doen waarmee je niet met woorden zou kunnen communiceren?*

Je zou het alfabet kunne opschrijven, zou je kunnen vragen: ‘Kun je een woord met je vingers aanwijzen?’ Maar ik weet dat sommige mensen met afasie dat ook niet kunnen en dat is wel lastig. Dan kun je door middel van mimiek wel een beetje aflezen door van te voren een activiteitenlijst erbij te pakken. En dan proberen aan te wijzen met diegene. Maar soms werkt dat ook weer niet. Of gewoon te laten doen dus gewoon naar een activiteit mee te nemen en dan kijken of ze het leuk vinden of niet.

*Dus jij zou dus sowieso een vertrouwensband opbouwen?*

Ja, van te voren voordat je überhaupt iets gaat doen.

*En hoe denk jij die te kunnen krijgen?*

Door gewoon langs te gaan, of bij eten even aanschuiven. Op een niet gedwongen manier.

*Zou jij daar tijd voor kwijt kunnen maken?*

Dat is lastig. Ja.

*Wanneer zou je dit dan doen?*

Nou het zou wel kunnen. Natuurlijk valt er wel tijd voor vrij te maken maar ik zou het wel vaker willen doen een paar keer.

*Welke middelen zijn gebruikt bij het begeleiden van deze cliënten en dan heb ik het niet eens zozeer over methoden. Maar eerder een speciaal project of een biertje drinken of een wandeling maken met de hond lopen etc.*

Nou er wordt sowieso wel gewandeld. Er worden wel een aantal dingen gedaan zoals snoezelen geloof ik.

*Wat houdt dat in?*

Ik heb het nooit gezien maar volgens mij gaan ze dan in een soort van bad liggen. En dan worden ze dan, noujah, kunnen ze ontspannen. Er is ook Healing Touch dat weet ik wel, ik weet alleen niet of ze dat zelf krijgen. Er is ook Yoga dat is ook wel prettig voor mensen. Er zijn wel een aantal dingen maar of ze zich daarvoor opgeven dat weet ik niet. Je moet jezelf er wel voor opgeven.

*En zijn er dingen gebruikt die eigenlijk maar eenmalig zijn geweest?*

Niet dat ik weet. Ik denk dat je dan beter bij de PB’er kan zijn van die persoon.

*Ja maar misschien dat je iets van hebt horen zeggen.*

Ooh okey.

*Maar daar heb je dus niets van gehoord in de wandelgangen?*

Haha nee, nee.

*Zijn er zaken waarvan jij denkt dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze heel goed kunnen proberen. Ideeën die waar je mee zit.*

Nou we hadden laatst een teamdag waar je dat allemaal kon bespreken maar het meeste werd wel al gedaan, qua ideeën die ik had.

*Nou wat voor een ideeën had je dan bijvoorbeeld?*

Nou meer spellen voor de Wii*®*. Er zijn vrij weinig spellen. Er komt echt een gameplaza binnenkort hier. Een hele grote ruimte met allemaal verschillende dingen. Dat wordt echt heel leuk, dat wordt echt gestimuleerd.

*Die mensen van de sport en spel universiteit ofzo, die doen dat toch?*

Klopt ja, ja, ja. Dat is wel leuk. En ze doen sowieso leuke dingen hier. (lachen) Haha ja sorry, tja er is best wel veel. Nou ik had het er inderdaad wel eens over: vroeger gingen ze zwemmen. Dat is wegbezuinigd. Dat is wel jammer.

*Was je er nog bij toen ze dat deden?*

Nee.

*Wat zijn de verhalen erover?*

Dat ze gingen zwemmen. … tja ’t is wel jammer.

*Ja maar waarom is het jammer, want dan moeten ze het leuk gevonden hebben.*

Ja maar als ik naar mijzelf kijk. Zwemmen is op zich wel leuk. De meeste mensen vinden zwemmen leuk. Dus ik neem aan dat ze dat zelf ook wel leuk vinden. Dat ze even uit de dagelijkse sleur denk ik, ze doen wel veel dingen maar gewoon even heel wat anders. Buiten WZH. Dat is sowieso wel leuk. Even op reis.

*Dus dat is dan wel een idee wat je hebt. Iets buiten WZH wat doen.*

Nou ja dat was al.

*Maar wat hebben ze meer WZH dan?*

Uhm er wordt met een activiteiten begeleider om de week naar ADO het voetbalstadion gegaan. Dat doen ze wel.

*Okay, nou ik denk dat ik alles wel heb wat ik wil weten en dan wil ik jou heel erg bedanken voor het interview!*

Nou graag gedaan!

Interview 2, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1960 -aug-2005

**Hoogst genoten opleiding:**

MBOV

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

HBO docenten opleiding 2 jaar gevolgd.

**Baan omschrijving:**

Verpleegkundige

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

24 uur onregelmatig

**Taken behorende tot de baan:**

- Verpleging zorg.

- Begeleiden leerlingen/stagiaires

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

**-**

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

**-**

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

- Bij Parnassia in psychiatrie gewerkt.

### Interview 2, Topiclijst

*Waarom ben je begonnen met dit werk?*

Ik wilde altijd al in de zorg gaan. 20 was ik toen ik klaar was met de zorg en toen ben ik de psychiatrie in gegaan . Daarna ben ik thuiszorg gaan doen en dat vond ik eigenlijk ook wel leuk en eigenlijk kwam ik hier op de NAH terecht omdat het een mooie mix is tussen psychiatrie en technische zorg leveren.

*Wat wist u in het begin van het werk van NAH, voordat u hier kwam?*

Voordat ik hier kwam, kwam ik nog al eens mensen tegen met een CVA, om het zo maar te zeggen. De wat gangbare dingen van de thuiszorg natuurlijk en toen ik hier kwam op de afdeling waren het echt de zwaardere mensen dus de coma-mensen en prikkelprogramma en verkeersongelukken, de mensen die dat kregen. Dus allemaal veel zwaarder, veel complexere zorg. Dat wist ik eigenlijk daarvoor niet.

*Wat weet u nu van NAH?*

Bijna alles, na vijf jaar. (lachen) Nee hoor dat is onzin. Nee ik weet gewoon heel specifiek wat de doelgroep is, dat het uitermate breed is. Je kan bij een coma patiënt duidelijk zeggen: ‘dat is NAH’, maar bij iemand die een hersenbeschadiging heeft maar er gewoon uitziet, die kunnen ook veel missers hebben. Dat is de breedheid daarvan, hoe daarmee om te gaan. Hoe vaak daar fout tegenaan gekeken wordt of te hoog worden ingeschat dat gebeurt ook heel vaak.

*Hoe was de ontvangst en begeleiding toen je hier kwam werken? Was er ontvangst.*

Ja, ze waren erg blij met me. Ik kon wat eisen stellen, qua werktijden. Ik was een werkende moeder, met naar school gaande kinderen. Dus dat was heel belangrijk en ook fijn dat ze daar voor open stonden. Ze waren erg blij met mijn psychiatrische achtergrond. Dat was toentertijd nog een beetje nieuw dat wilden ze graag hebben in dat huis. Toen ging de eerste manager na twee maanden geloof ik al weer weg dus ehh. Zo heb ik er tien zien volgen geloof ik (lacht). Maar op zich waren ze wel positief ja.

*Hoe bevalt het werk?*

Zwaar vind ik het. Ik heb het idee dat het zwaarder geworden is, het is hoger complex geworden, her aanbod de zorg die iemand krijgt. De hele zorg is natuurlijk verandert sinds een jaar geleden met hoe je dingen in kaart moet brengen, hoe het geld verdeelt moet worden. Dat geeft veel administratieve rompslomp, veel veranderingen, veel uitleg naar mensen toe; waarom heeft de één wel fysiotherapie de ander niet, ik noem maar wat, of zo veel. Dat is een taak die je – niet hoeft te verdelen – maar je bent toch, als er bezoek komt of de afdeling gaan mensen dat aan jou vraag want je staat daar. Maar ook de klachten en de goede dingen die krijg jij als eerste op je schouders. En dat vind ik toegenomen de laatste tijd.

*Sinds die veranderingen is dat toegenomen?*

Ja ik vind zeker dat dat het laatste tijd toegenomen is.

*Hoe vindt u dat het werk gaat? Het één op één contact met de cliënt.*

Moeizaam soms, omdat ik vind dat je eigenlijk te weinig tijd hebt. In tegenstelling tot in de psychiatrie, wat natuurlijk helemaal zwart-wit wat anders is, waar je echt heel geregeld en verplicht ook in een vast schema gewoon contact hebt met mensen. Je gaat even zitten, je gaat erop uit. Hier moet je het heel goed beschrijven en ook nog goed op je strepen blijven staan want op een of andere manier blijkt het op de werkvloer toch, dat als iedereen netjes gewassen is en schoon op zijn stoel zit, dat belangrijker is - of belangrijker, dat is ook belangrijk – maar het is concreter om te zien. Ik heb het idee dat dat absoluut er te boven gaat.

*Te boven gaat aan wat?*

Aan het contact maken met iemand. Bijvoorbeeld iemand heeft de rookmomenten en dat is een zorg die je levert, die man heeft dat nodig en één-op-één begeleiding. Daar moet je goed op letten dat dat blijft gebeuren. Als ik zeg: ‘ja je moet met iemand koffie gaan drinken, elke zondagochtend bij wijze van spreken, niet alleen ik maar ook iemand anders, dan moet daar wel ruimte voor zijn. Daar moet je goed op letten dat dat dan ook gebeurd. Dan verzand gauw.

*Je hebt het gevoel dat de concrete zorg duidelijker aanwezig is.*

Ja absoluut.

*Dat is hele belangrijke informatie.*

Ja en wat ook heel belangrijk is. Ja ik blijf doorgaan. Mensen die heel veel zorg nodig hebben, van wie je het ziet. Die krijgen natuurlijk altijd hun zorg, mensen die veel gewassen moeten worden of die wonden hebben, daar ben je heel lang mee bezig. Prima niks aan de hand. Maar mensen die dus gewoon lopend patiënt zijn en die eigenlijk gewoon NAH hersenbeschadiging hebben maar die wel veel meer tijd nodig hebben om zich aan te kleden en zo, als je het snel wilt doen heb je zo iemand gauw aangekleed – ik tenminste wel – maar als je iemand begeleid die dat zelf moet kunnen of zijn optimaal niveau wil handhaven dan moet je niet teveel doen, maar dat kost veel tijd. Dat zijn de dingen waarvan ik denk van: ‘ja dat is echt moeilijk.’ De mensen die het hardste zorg nodig hebben, die zie je dat geeft het meeste zorg. Maar er zijn een heleboel mensen nog die – ook heb je die aangekleed – dan is het nog niet klaar die zorg. Die mensen kunnen niet altijd even goed voor zichzelf opkomen.

*De lichamelijke zorg is er wel maar voor de psychische zorg is er weinig tijd?*

Ja die is er ook maar lichamelijke zorg gaat altijd voor. Heb ik het idee.

*Wat zijn de leuke dingen in je werk die je tegenkomt?*

Als iemand iets beter wordt. Of als iemand rustig kan sterven en ook kan gaan, en de familie dat ook los kan laten. Ongeacht hoe oud iemand is. Daar gaat het om denk ik, voor mij.

*En persoonlijke lastige dingen? Dus niet organisatorisch maar in het werkveld zelf?*

Moeilijk en lastig. Dat is en blijft: ouders die naast het bed van hun kind staan dat aangereden is en daar ook comateus van is, dat zijn afgrijselijke trauma’s. Ja emotioneel vind ik dat trauma’s. En dat zie je hier veel. Het is toch allemaal ongeluk. Het zijn allemaal jonge mensen in het algemeen die er niet voor kiezen maar met ongeluk, geweld, agressie of zelfmoord te maken hebben gehad. Ja dat zijn toch lastige dingen.

*Vind je dat die tegen elkaar opwegen, de leuke en lastige dingen?*

Ja, het maakt mijn werk wel interessant. Tja het klinkt altijd zo raar maar het is het wel, voor mij.

*Afwisselend zeker.*

Ja.

*Hoe wordt je daarin ondersteund als je met lastige dingen te maken krijgt?*

Met mijn collega’s absoluut. Mijn collega’s die ook met dezelfde dingen te maken hebben en de één neemt het een beetje zo en de ander zo maar ik praat wel makkelijk dus ik deel het wel. En in mijn thuissituatie kan ik het ook wel delen mijn man komt ook uit de zorg en ik heb nog wat vrienden die ook in de zorg zitten en ook een langere tijd dus als ik het echt lastig heb dan bespreek ik dat met hun. Dan laat ik dat vallen.

*U heeft neem ik aan de handleidingen en protocollen gekregen in het begin?*

Ja.

*U heeft ze ook gelezen?*

Ja.

*Heeft u behoefte aan meer kennis?*

Ja ik vind dat wel. Ik vind dat je kennis altijd moet bijhouden. Omdat je het kunt delen en er zijn ontzettend veel nieuwe ontwikkelingen. Heleboel nieuwe dingen zijn er gewoon en volgen, ik denk dat het altijd god is om bij te leren. Dat motiveert je ook in je werk. Sowieso dat je een keer naar een cursus gaat of een boek hebt om te lezen. Momenteel zijn er ook zoveel onderzoeken die op hersengebied worden gedaan. Als je dat terugplaatst naar deze afdeling, naar mijn taak als verpleegkundige denk ik dat je altijd op de ontwikkeling moet zitten. Ik denk dat ik er zelf te weinig tijd voor heb om daar zo ontzetten op te gaan zitten en te zoeken en te gaan lezen.

*Wordt het aangeboden vanuit hier?*

In een cursus die heb ik ook gevolgd. Dat is natuurlijk weer een tijdje geleden maar je hebt natuurlijk ook je eigen verantwoordelijkheid om te zoeken via internet voor je kennis en ontwikkeling dat doe ik eigenlijk niet meer. Dan hoor ik het meer van collega’s die ergens op een symposium zijn geweest, dat doen ze hier vandaan ook. Dus ja als ik zo praat met mijn collega’s dan is dat mijn kennisbron om het zo te zeggen.

*Er is overmorgen en over-overmorgen een symposium op de Haagse Hogeschool.*

JA daar gaat ook een collega van mij naar toe. Twee zelfs.

*Buiten WZH had je al gewerkt met NAH met gedragsproblemen.*

Ja.

*Hoe was dat?*

Ja dat was mijn vak hè psychiatrie. Daar heb ik veel verschillende afdelingen gedaan en dat ging heel vaak ook over gedrag. Je hebt natuurlijk ook wel de ziektebeelden, maar het is ook altijd het gedrag; hoe ga je ermee om, hoe moet je het oppakken, hoe leren we goed gewenst gedrag aan – conditionering – hoe leren we fout gedrag af.

*Zie je daar vergelijking in met NAH met gedragsproblemen hier.*

Ja af en toe wel, ik neem ook soms dingen mee.

*Wat voor een dingen?*

We hadden vroeger ook met die shag en sigaretten en dat soort dingen. Je kan iemand een heel pakje geven, of een half pakje als je zegt; ‘je rookt teveel je krijgt een half pakje.’ Maar de één kan het wel en de ander niet en als de één het niet kan dan heeft die het binnen een half uur op, of die deelt het uit, laat het vallen, of die is het kwijt. Dan is je probleem niet opgelost, dan verschuif je alleen het probleem. Dus als je dan zegt: ‘nee we maken om het uur een sigaretje, dan heb je ook het halve pakje.’ Dus dat is een beetje kijken hoe je het doet, waar iemand gevoelig voor is. De één vindt dat beter dan de ander. Je moet mensen natuurlijk ook autonoom proberen te houden, zoveel als ze kunnen. Dus ik denk dat je gedrag nooit moet veranderen door alleen maar door te douwen er moet wel een wisselwerking zijn want anders dan (maakt zin niet af) buiten dat we zijn hier een open instelling. Psychiatrie is nog anders dit is een open instelling dus daar moet je ook een beetje rekening mee houden. Soms is dat heel moeilijk en moet je er wel een beetje boven gaan staan en de juiste woorden vinden omdat je ook moet accepteren dat sommige mensen niet zelf meer een keuze kunnen maken. Of niet een veilige keuze, daar gaat het om: veilig en verstandig.

*Hoe is dat met de cliënt.*

Nou ik heb nu toevallig een meneer en daarbij is het echt op eieren lopen om tot samenwerking te komen. Ik begrijp eigenlijk heel goed wat die meneer wil, daar ben ik achter gekomen want ik praat vaak met hem. Ik begrijp wat hij wil, ik in zijn voorgeschiedenis zitten bladeren, navraag gedaan bij iemand anders die hem begeleid had. Dus ik wist dat het niet aan mij lag. Het gaat stapje voor stapje en dan ben ik nu weer blij dat we een stapje vooruit gaan. Dat hij het zorgleefplan wil tekenen. Terwijl hij de vorige keer dat allemaal heeft verscheurd maar ik heb dat zorgleefplan heel voorzichtig opgeschreven, van we geven dhr. Tips om te gaan douchen. Je kan tegen iemand zeggen: ‘joh goed idee, ga lekker douchen.’ Of ik ga er naast staan: ‘je moet gewassen worden om 11 uur.’ Nou dat werkt niet bij deze meneer, die wordt boos. Dus als je het gedrag wilt beïnvloeden moet je het positief brengen, een positieve insteek op papier hebben. Tot nu toe gaat dat goed, redelijk goed.

*Wat denk je dat het belangrijkste aspecten is van cliënt en begeleider relatie?*

Vertrouwen absoluut. Dat je ook goed moet opletten dat als een cliënt jou vertrouwd en iets verteld dat je dat dan ook niet overal neerlegt. Dat je jezelf ook afvraagt en vraagt ‘ wat doe ik daarmee?’. Je hoeft niet altijd gelijk het probleem oplossen – wij zijn altijd van gelijk de probleemoplosser – maar eerst stilstaan bij dat het contact goed gaat. Dat geeft vertrouwen. Ook gewoon eens bij iemand naast hem gaan zitten en een sigaretje roken of kopje koffie drinken, of – iets heel simpels – een kaartje sturen als iemand jarig is, kaartje meenemen. Of als je op vakantie bent een kaartje sturen.

*Dus jij zegt het vertrouwen dat kun je opwekken door fatische communicatie, de communicatie over koetjes en kalfjes. Het eigenlijk gewoon met elkaar zijn.*

Ja een gedeelte daarvan. Dus vertrouwen dat je laat zien dat je niet zomaar met informatie rondstrooit dat ze niet zomaar vreemde mensen op hun dak krijgen. Koetjes en kalfjes het gewone contact houden. Wat ik ook wel belangrijk vind: ik probeer mensen ook altijd wel het gevoel te geven dat ik er voor hun ben, dat ze aan mijn jasje mogen trekken als er wat geregeld moet worden, dat ze dat aan mij mogen vragen.

*En hoe zou jij dat concreet willen zien in de nieuwe dagbehandeling. Daar worden nieuwe mensen voor aangesteld geloof ik?*

Ja daar zijn ze mee bezig geloof ik.

*Dat zouden niet de mensen zijn die nu, regelmatig op het DAC werken, dat zouden andere mensen en in een andere ruimte worden. Heb jij daar tips voor, hoe zou jij dat kunnen zien gebeuren?*

Om dat vertrouwen daar goed te krijgen?

*Ja.*

Ja ik denk dat je respectvol om moet gaan met elkaar, dat je iemand gelijkwaardig moet inschatten ook al heeft die een handicap. Daar heb je tijd voor nodig. Ik denk dat als ze vaker een bekend gezicht zien, dat ze weten: ‘ik ga daar naartoe en daar en daar is iemand’ dat schept ook vertrouwen. Als iemand één keer in de maand komt is dat toch heel anders, zeker met mensen met een hersenletsel die hebben een geheugenstoornis en dan is het prettig als ze wat vaker jou gezicht zien en kennen. Iemand toch goed bejegenen denk en proberen iemand in zijn waarde te laten. Maar dat geld voor iedereen eigenlijk dat is ook zo’n flauw antwoord. Maarjah je kan dat uitstralen, ik vind dat je dat kunt uitstralen. Dat je geïnteresseerd bent in iemand kun je uitstralen, daar hoef je helemaal niet zo veel moeite voor te doen. Dat moet je kunnen hebben of niet.

*Daar gaat wel wat tijd over heen dan.*

Ja maar dat hoeft niet altijd. Je kunt ook iemand hebben die een hersenletsel heeft die dat eigenlijk gewoon helemaal niet zo goed meer kan plaatsen.

*En hoe zit dat bij uw cliënt?*

Dat weet ik niet zo goed. Ik denk dat hij het niet goed kenbaar kan maken maar ik zie in zijn reactie wel dat als ik er ben dat hij wel gaat lachen. Ik heb het idee dat hij het wel weet. Maar ik weet het niet honderd procent zeker. Dan kijk ik meer naar zijn algemene staat, hoe die is, of die veel lacht. Dus niet alleen bij mij maar ook bij anderen, wat zijn familie van hem vindt en dat soort dingen. Nou dan vinden ze dat hij goed op zijn plek zit, dat hij vooruit gaat en dan heb je een klimaat geschapen dat ook goed is. Nou hij was ook heel erg moeilijk en met agressie bekent en dat gaf op een gegeven moment ook een negatieve spiraal voor collega’s want het is ook niet prettig om iemand te wassen op deze wijze. Daar ben ik ook wel mee aan de slag gegaan, om met iedereen te praten en te doen: ‘wat gebeurd er?’ Eventueel medicatie voor als het nodig is met arts besproken, want slaan kan niet, zo simpel is het. Dat is dan denk ik wat ik gedaan heb voor hem, ik ben zijn persoonlijk begeleider, ik moet ervoor zorgen dat het goed loopt dat het klimaat goed blijft en dat hij niet in een negatieve kring komt waar niemand hem meer wilt helpen.

*Ik zag dat er een leidraad was opgemaakt voor hem. Is daar gebruik van gemaakt?*

Ja.

*Is dat prettig gevonden?*

Ja daar hebben we mee gewerkt en wat we op een gegeven moment ook gedaan hebben, als je zelf weet hoe het werkt, als je dit dus in je hoofd hebt, dan hoef je het niet elke keer op een papiertje te lezen bij hem. Jij weet hoe het werkt en je neem een collega mee en dan zeg je: ‘ik doe het woord let even op.’ de volgende keer doet iemand anders het en dan kijk ik ook af bij de zorg. En de volgende keer heb ik zoiets van: ‘zullen wij samen (..naam cliënt) doen want ik weet dat jij zo goed met hem kan opschieten. Dan ga ik achter staan en dan ga ik kijken wat zij doet. Waarom wel, waarom niet. Misschien doet zij het heel anders. Dat was ook zo dan haalt ze op een andere manier aan de andere kant dhr. Uit bed. Zo kan het ook. In die zin is dat een beetje de leidraad.

*Het is wel fijn om…*

Ik vind het altijd goed om een leidraad te hebben en weetje als het niet werkt, dan is het zonde van de tijd geweest die iemand daar ingestoken heeft, maar het is het op z’n minst waard om dat te proberen. Buiten dat; een leidraad voor omgang, nou dat zegt nogal wat voor mensen. Want als je niet meer met zo’n persoon zou kunnen omgaan, dan komt hij in een hoekje terecht waar niks meer gebeurt met mensen. Dan heb je iemand afgeschreven. Dan is iemand uitbehandeld. Zo is deze man (haar cliënt) ook binnen gekomen. Die ook bij zijn andere stekkie al uitbehandeld was en het daar allemaal niet zo goed ging. Dan krijg je die patiënten die van huis naar huis naar huis gaan. Nou dat is een drama, dat is een drama. Voor hem maar ook zijn familie. Het is belangrijk om dat goed te laten lopen. Maar het is ook belangrijk dat je collega’s daar goed mee kunnen omgaan want als ik er niet ben, bij wijze van spreke, dan moeten ze het ook kunnen. Snap je? Het mag nooit zo zijn dat ik alles goed weet en dan doe ik het altijd maar.

*Dat je het overdraagt.*

Ja je moet het delen.

*Jij bent als PB’er, zie je jezelf als de eerste stap om hen (de verpleging) te leren om te gaan met de cliënt?*

Ja en ook toen het zo slecht ging.

*De schakel, link.*

Ja en zo zeg ik dat ook tegen hun want op een gegeven moment ging het gewoon echt heel slecht – terwijl ik achteraf denk dat hij gewoon en infectieziekte had hoor, dat hij daarom zo… dat denk ik echt achteraf – toen zijn de meiden ook naar mij gekomen van: ‘ik wil het niet meer, ik ben er zo zat van, ik laat me toch niet slaan.’ Dat vang ik dan ook op want het is ook niet terecht dat ze geslagen worden, zo kan je geen zorg verlenen. En terecht dat je ook bang wordt van zo iemand die echt mept en sterk is. Toen ben ik ook naar (naam manager) gegaan en gezegd: ‘ja dat kan niet, daar moeten we wat aan doen.’ dus nou jah dat je zorgt dat er wat gebeurd. Dus dit (wijst naar leidraad voor omgang) zou ik zeggen dat ga ik niet wegdoen maar dat laat ik er wel in want je weet nooit of het weer terugkomt. Maar ik heb natuurlijk nu wel geleerd dat als er weer een kentering gaat, het gaat weer anders, kan ik nu denken van: ‘Hé, zullen we maar eens een kweekje laten zetten van zijn urine want misschien heeft hij weer eens een urineweginfectie. Voelt ‘ie zich niet lekker en reageert hij daarop.’

*Wat jij van het letsel en het trauma weet dat heb je natuurlijk uit het zorgplan. We hebben heel veel vragen al gedaan zo tussendoor.*

Ja want ik klets wel lekker door. Nou mooi zo toch. Ja want jij moet op je tijd letten toch? Het is al kwart over…

*Oh je. Kunnen wij zo een andere afspraak maken om dit leefplan te bespreken? Nog één ding qua activiteiten. Zijn er dingen waarvan jij zegt die zijn nooit gedaan maar dat zou misschien leuk kunnen zijn voor hem?*

Ik had met zijn familie besproken, hij is erg van muziek. Misschien dat we iets met muziek kunnen doen, maar je moet hem absoluut één op één moeten hebben want hij is ook motorisch heel bewegelijk.

*Absoluut één op één?*

Ja want hij krijgt veel negatieve reacties. Hij zit in een rolstoel en dan gaat hij heen en weer en draaien dus hij stoot ook tegen andere mensen aan, tegen andere rolstoelen. Dus ik probeer hem daarvoor te behoeden, want anders is het algauw van (maakt een afkeurend geluid). Dus ik denk dat hij één op één een ruimte moet hebben. Ik heb informatie van hun (familie) dat het altijd een einzelgänger is geweest, niet een jongen van in de groep, niet van alles samen doen, dat hij dat allemaal heelmaal niets vind. Maarjah hij houdt erg van een biertje en van koffie en hij houdt van roken dus ik ben van het weekend koffie met ‘m gaan drinken. Dat doen we niet veel maar ik denk zo die kleine dingetjes.

*Zijn er dingen geprobeerd, middelen, die niet werkten?*

Nee. Ik heb niet het idee dat er veel met hem geprobeerd is qua activiteiten.

*Nee door die omgang kon er niet eens een stap gezet worden dat er iets geprobeerd kon worden?*

Ja en hij is zeer beperkt in zijn zicht in ieder geval hij is motorisch onrustig dus dat zijn allemaal dingetjes van: ‘ja wat zullen we doen?’. Ohjaen touch en healing (er wordt bedoeld Healingtouch) dat masseren (het is geen masseren maar met energiestromen werken) ik denk namelijk dat dat een goed idee is maar de familie vond dat erg, nou ja begin daar maar niet aan want hij wil geen gefrummel aan zijn lijf. Terwijl ik denk dat dat meer kan behelzen. Maar onder ons gezegd denk ik dat ik daar later op terug kom, misschien weten ze niet helemaal wat dat is. Dan moet ik daar wat meer informatie over hebben of een folder of iets dergelijks. Dus stapje voor stapje, dat is het lange termijn verhaal bij (naam cliënt) denk ik.

*Nou dan denk ik dat wij zo wel alles hebben.*

Ja?

*Ja. Heel erg bedankt.*

*Graag gedaan.*

Interview 3, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1967 01-10-2008

**Hoogst genoten opleiding:**

Verpleegkundige opleiding met daarbij EVV opleiding

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

MBV en nu NAH cursus

**Baan omschrijving:**

De meeste verpleegkundige handleidingen uitvoeren en verantwoord zorg geven aan de cliënten

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

36 per week, onregelmatig.

**Taken behorende tot de baan:**

Dagoudste, 1e verantwoordelijke en 1e unit die is aangewezen. Medicijnen uitdelen, meelopen met de arts bij spoedgevallen 🡪 actie ondernemen. Cliënten dossiers uitwerken.

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

Vervoer regelen. Medicijnen bestellen.

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

* 16 jaar werkervaring.
* Ziekenhuis
* Consultatiebureau

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

* Psychogeriatrisch tehuis
* Nu revalidatie en NAH

**NB:**

**Tips die na interview boven tafel kwamen:**

* Meer mensen bij activiteiten. Want VB:
* Bij individuele activiteit was één begeleider aanwezig iemand was ziek geworden bij de grote groep, en zij moest daarheen om die persoon te vervangen. Grote groep gaat voor kleine groep.

### Interview 3, Topiclijst.

*Waarom ben je hier begonnen bij WZH?*

Nou het was een nieuwe uitdaging toen ik het verzoek kreeg van een uitzendbureau om hier te komen werken aan de hand van wat ik heb gelezen op internet dat ze werken met comapatiënten. Toentertijd was het nog COPD deze afdeling, het duurde niet lang, vanaf afgelopen jaar zijn ze begonnen met NAH. Deze kant was de revalidatiekant en aan de andere kant was het chronisch. Toen hebben ze het totaal NAH gemaakt. Het is jong aan deze kant, het bestaat uit twee units. De dromedaris is van jong en de palmboom is voor oudere mensen boven de 65 jaar. Die liggen daar met niet-aangeboren hersenletsels.

*Hoe lang werk je al hier?*

Sinds 2008 dus in oktober bijna drie jaar.

*Dus die switch heb je meegemaakt?*

Ja.

*Wat wist je in het begin van NAH? Voordat je hier kwam werken?*

Ik wist absoluut niks. En ik moest op de tweede gaan werken dus het was chronisch met COPD, dus mensen met longproblemen en revalidatie. Vanaf vorig jaar zijn we begonnen met NAH. Wat ik kon zien in de praktijk, want nu zit ik net aan het einde van de cursus van NAH, dat de meeste cliënten met hersenletsel hebben gedragsproblemen. Ze kunnen niet omgaan met hun emotie dus dat is het meest voorkomende dat ik zie in de alledaagse praktijk. De gedragsproblemen, de ene kan niet tegen teveel prikkels dan veranderd die persoon.

*Dat weet je nu, je bent nu aan het einde van de cursus zeg je.*

Ja.

*En hoe was dat om daarmee te werken toen je daar nog niets vanaf wist, van NAH?*

Het was moeilijk want je vraagt jezelf af: ‘waarom gedragen ze zich zo, waarom doen ze dat zo?’ en met de cursus wordt je bewust dat hier (ze wijst naar haar hersenen) een schade is. Dat ze zich zo gedragen, niet omdat ze het willen, maar ze kunnen het niet meer vanwege de schade. En dan kan je hun gedrag, de vorm van emoties beter begrijpen.

*Dat heb je nu. Heb je voordeel gekregen met het nemen van die cursus?*

Ja want met die cursus leer je nu ook dat je bewust ben waarom die cliënten zich zo gedragen, dan heb je meer begrip voor wat ze vertonen. Maar je leert ook aandachtspunten hoe je daarmee moet omgaan. Sommige cliënten worden gewoon gepest door de hersenen. Ik geef een voorbeeld: ze vragen om naar de toilet te gaan, je helpt die cliënt en na een kwartiertje bellen ze: ze willen naar de toilet. En als je zegt: ‘Nee, een kwartiertje geleden was ik hier’, zeggen ze: ‘Nee dat klopt niet.’ Door het hersenletsel beseffen ze niet… in hun tijd is een kwartiertje niets, het kan net zo goed een half uur duren.

*Geen tijdsbesef meer.*

Ja, en als je zegt – zoals ik heb geleerd nu – ‘het is vervelend als je door je hersenen wordt gepest.’ Dan blijven ze stil. En dan gaan ze bijvoorbeeld op een andere manier aandacht vragen. De meeste zitten op hun kamer en ik denk door verveling, dan worden ze nog meer gepest door hun hersenen.

*Hoe bevalt het werk?*

Soms is het zwaar in de zin van… kijk als je eentje hebt met ‘ongewenst gedrag’, - tussen aanhalingstekens want ze doen het door het hersenletsel – dan valt het wel mee. Maar als je er drie tegelijk hebt dan nou, moet je je schouders er helemaal onder zetten. Nee het is vervelend, nee het is vervelend vooral als je de ene ziet dat je bezig bent, dan wil die ook. Dan gaan ze ook iets doen om ook die aandacht te krijgen. Dat iemand er bij is.

*Hoe vindt je dat dat nu gaat?*

Het blijft nog steeds vervelend. Kijk die cliënten – ondanks hun hersenletsel – ze kijken je manier van benadering, ze bekijken je houding. ‘Oh die doet dit, ik wil liever (naam geïnterviewde)’ of dan hoor je ‘(naam geïnterviewde) kom!’. Op een gegeven moment ben je alleen met die cliënten, terwijl er andere collega’s zijn, maarja ze willen niet geholpen worden door hen. Stel als ik er niet ben dan moeten ze. Dus ondanks je kennis, belangrijk is ook je houding, hoe je met hun omgaat. Vooral als ze merken dat je empathie hebt. Dan willen ze best met iemand die geduld heeft. Soms moet je wel grenzen stellen want iemand kan onwel worden en als gediplomeerde moet je eerste prioriteit geven en moet je zeggen: ‘Ik moet helaas even weg’. Soms is het zo: ‘Kom nu!’ dan ren ik weg en kom ik terug en dan zeg ik: ‘sorry, ik moest voor een spoedgeval weg.’ Ze nemen het me niet kwalijk. Tenzij ik merk dat ik de cliënt niet alleen kan achterlaten bel ik iemand om te zeggen: ‘neem deze cliënt heel even over dan kom ik terug.’ En dan ga ik en kom ik terug.

*Wat zijn de leuke dingen in het werk?*

Leuke dingen, ja. Laat ik zo zeggen, ondanks de gedragsproblemen, zijn er één of twee cliënten die grapjes maken, die een beetje leven dat er gelachen mag worden en altijd het humeur dat maakt dat je werk niet zwaar wordt niet zo intensief.

*Ja, want je ervaart het werk als intensief?*

Ja, ja ,ja.

*Maar je zegt dat die dus wel tegen elkaar opwegen. De leuke dingen; dus mensen waarmee je grapjes kunt maken, het persoonlijk contact, gezelligheid.*

Ja vooral, wanneer is het intensief… wanneer iemand binnenkomt met een niet-aangeboren hersenletsel, het is pas gebeurt, acceptatie is heel moeilijk. Hoe ga je iemand zo troosten? Zij konden drie weken van te voren alles doen en ineens is ze afhankelijk van ons. Maar nu is de bedoeling dat ze met als eerste doel komen om te kijken – ondanks de beperking – hoe ver ze kunnen komen. Maar omdat het niet bij iedereen even zwaar is om te accepteren dat bijvoorbeeld: ‘ ik nu niet met twee handen dingen kan doen’, is dat heel intensief want je moet tijd hebben, hen ook te tijd geven om daarover heen te komen.

*Wat vind je organisatorisch lastig?*

Organisatorisch lastig is bijvoorbeeld als het dienstrooster niet goed ingepland is, dus je moet een team vormen en het is van te voren niet goed nagekeken, dan sta je soms alleen en moet je alles alleen doen. Prettig zou zijn als je bijvoorbeeld een collega hebt met het zelfde niveau, dan kunnen we elkaar helpen. In die zin: bijvoorbeeld ik zit vast met een spoedgeval of ik moet heel snel iets regelen. Ik moet dat alles regelen en de cliënten staan op mij te wachten en omdat ze niet kunnen beseffen als je zegt: ‘wacht even vijf minuten’, voor hun is het een half uur geweest of één uur.

*Dus er wordt beroep op jou gedaan en soms wordt er door meerdere mensen beroep op jou gedaan en jij kunt het er bij niemand beroep op doen.*

Ja en sommige dingen moet je kunnen verschuiven. Kijk als iemand zegt : ‘ik moet naar de toilet’, een normaal persoon gaat dan maar zij moeten wachten op ons. Als ze te lang wachten vinden ze het ook erg als ze uit hebben laten lopen, dan moeten ze een nieuwe broek aan ofzo. Dus wat doe ik? Ik ga eerst hen helpen en dan verder. Dan loop ik achter met andere dingen. Dus dat ik het enige moment dat ik zeg dat kan beter gedaan als er van te voren goed gekeken werd naar de bezetting en ze zien die is een beetje zwak dat ze versterking kunnen geven.

*Dus dat ze kijken dat er genoeg van verschillende niveaus aanwezig is.*

Ja kijken of er genoeg aanwezig is en sommige collega’s werken niet acht uren dat ik niet bijvoorbeeld alleen achterblijf na de warme maaltijd, terwijl ze weten – een paar – na de warme maaltijd gaan ze altijd naar de toilet. Dus ja.

*En u heeft in het begin handleidingen en protocollen gekregen?*

Ja.

*En allemaal gelezen ook?*

Ja.

*Heeft u nu nog behoefte aan nog meer kennis?*

Kennis voor de dingen die nieuw zijn voor Nieuw Berkendael. Laatst was ik bij de BIG-trainig.

*En BIG is?*

Uhm tja ik weet die afkorting niet.

*Anders zoek ik dat wel op (Beroepsbeoefening in de Individuele Gezondheidszorg).*

Dus voor risicovolle handelingen, dan moet je geregistreerd worden dat je bevoegd en bekwaamd bent. Stel er is iets nieuws bijgekomen en ik controleer met onze protocollen en het staat er niet bij. Dus er is iets nieuws maar het is niet uitgewerkt hier in onze protocollen. Bij die trainingen wordt je bewust gemaakt dat je handelt volgens die protocollen maar als die veranderingen niet gecorrigeerd blijven ze dingen doen die eigenlijk niet mag.

*Dus je zegt vernieuwingen worden niet snel genoeg ook hier in deze protocollen vernieuwd dus als mensen niet weten dat er vernieuwingen zijn aangebracht dat niet kunnen terugvinden?*

Ja dat klopt.

*Even over de dagbehandeling, over de activiteiten. Wat is voor jou voor de nieuwe mensen, de beste manier om cliënten met gedragsproblemen te behandelen?*

Voor nieuwe mensen?

*Ja nieuwe mensen, menen die voor het eerst met deze persoon gaan werken. Wat voor een tips zou je kunnen meegeven?*

Nou zodra ze binnen komen, alles is nieuw, personeel is nieuw, medecliënten zijn nieuw. Als ze kijken naar de cliënten hoe erg de beperking is, stel dat de ene erger is dan henzelf, dan zeggen ze ik ben te goed om hier te zijn.

*Nee, ik bedoel de mensen die hier komen om te begeleiden.*

Personeel?

*Ja personeel, er wordt dus een nieuw activiteitencentrum opgezet en daarvoor wordt ook weer nieuw personeel, nou niet nieuw personeel maar ander personeel dan dat nu op het DAC aanwezig is.*

Oh op die manier.

*Op die manier, ja.*

Nou belangrijk vind ik dat ze als ze die cursus van NAH – dat is vier dagen – even volgen, dat ze beter zullen begrijpen dat sommige cliënten met gedragsproblemen niet met de veel prikkels kunnen.

*Dus zij zegt: essentieel is dat ze die cursus gedaan hebben, dat ze weten wat NAH inhoudt.*

Ik denk dat ze misschien iets hebben gehoord, of iets meegemaakt maar je wordt bewust, je staat stil bij waarom zo iemand niet mee wil doen, of waarom gaat hij schreeuwen. Dan weet je, oh hij kan niet met een groep meedoen, de ene praat harder dan de andere, hij krijgt teveel prikkels, hij kan zich niet beheersen in die groep dus dan gaat hij agressief reageren, laat ik het zo zeggen.

*Zijn er zaken waarvan u denkt – in activiteiten begeleiding - dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze een keertje kunnen proberen met (naam cliënt) bijvoorbeeld.*

Belangrijk is als bijvoorbeeld, als men weet hoe zijn levensloop was, dus wat waren zijn hobby’s hoe of wat, zou je op die richtlijnen beginnen. En bij hem was en is nog steeds het communiceren, hij kan niet altijd uit zijn woorden komen, en wij kunnen niet altijd begrijpen wat hij naar voren wil brengen. Dat frustreert hem. Omdat we helemaal in het begin niet zo veel informatie krijgen, want hij was geen goede persoon voor dat. Hij vocht met iedereen, hij was alcoholist, er was ruzie thuis, zijn vrouw was weggelopen met zijn kinderen dus hij was geen goede jongen. Hij heeft een sterk karakter, ‘ik hoef niets van niemand’, dus hij is zo opgegroeid dus wat je aanbied hoeft niet. Bij hem is het zo, als ik zeg nee het is nee. Je moet aanbieden weggaan, laat het even bezinken. Het spijt me maar, er zijn sommige collega’s – ik weet, ze hebben goede bedoelingen – maar ze blijven achter elkaar komen en ze krijgen meppen of een vuist in de buik. Terwijl ze het konden voorkomen. Ik weet dat de bedoeling van mijn collega’s niet slecht is. Kijk hij kon alles doen en kun hij niet meer alles doen, hij zit in een rolstoel. Hij zou graag – dat had hij ook gewild – in zo’n elektrische rolstoel.

*Maar dat kon niet?*

Dat kon niet want hij heeft geen goede zitbalans. Daarom ligt hij in een ontspannen stoel, soms lijkt ’t alsof hij eruit zakt. Nou nu zijn we begonnen met de stoel om te kijken hoe ver. Een ander probleem is: hij dankt dat hij hier… niet alleen hij maar ook andere denken dat ze te goed zijn voor hier, de andere zijn slechter dan hen. Omdat hij dronk is het een heel groot risico is dat als hij een zelfstandig elektrische rolstoel zou hebben en hij zou naar buiten gaan en niet meer terugkomen.

*Ja want er is een open deur beleid.*

Ja, dus dat heeft die broer meegemaakt, hij ging met hem wandelen en toen hij met hem terugkwam stopte hij. Hij wilde niet naar binnenkomen. Met moeite heeft die broer toch binnen kunnen krijgen. Maar de volgende keer zal hij hem zeker niet meer mee naar buiten nemen want hij wil die ervaring niet meer meemaken. Dus dat waren de … wie gaat de verantwoordelijkheid nemen?

*Maarja tips in omgang daarmee, met hem, zijn dus als je iets aanbied…*

Aanbied: hij zegt nee; respecteer zijn keuze, kom een andere keer terug. Dan ga je weer ene keer vragen. Hij kan van mening veranderen.

*En wat zij hem van mening kunnen veranderen? Is dat zijn bui, of de persoon die het vraagt? De manier waarop je het vraagt?*

Soms ligt het aan de persoon, hoe je het vraagt. Nu blijkt dat hij zodra hij ziet dat er iemand aan komt en hij wil het niet, hij klapt gewoon dicht. Dus ik heb ook die tijden meegemaakt, dat hij me niet wilt. Ja ik kan me voorstellen, ik kon hem niet begrijpen. Maar ik zeg, ik doe dit of ik wil doet doen met jouw toestemming maar als je niet wil dan ga ik weg. Ik ga niet blijven.

*Heel duidelijk de beslissing bij hem laten liggen.*

Ja, je probeert – dat heb ik gedaan omdat ik niets wist van NAH – hij is diabeet, hij moest insuline krijgen zodat het niet omhoog gaat, hij wilde het niet. Ik ging aan de andere kant – de verlamde kant – staan nou voordat ik de deken ging weghalen. Zijn linkervoet stond al in mijn gezicht, hij heeft niet geslagen. Ik zei: ‘(naam cliënt), als je niet wilt… geen probleem, want ik kom hier om je te helpen en niet om klappen te krijgen en zeker niet een schop in mijn gezicht.’ Toen ging ik weg. En zo zie je dat hij, nou vanmorgen was hij weer blij want ik geeft hem tijd. Ik kan wel begrijpen hoe hij voelt: hoe zou ik reageren als ik in zo’n toestand was dus niemand kan dat van te voren voorspellen. We begroeten elkaar, na een verloop van tijd leer je elkaar ook kennen. Als hij iets aangeeft, hij wijst iets aan en dan weet je: oh hij wil beneden gaan roken. Wat hij ook doet: er is niemand, hij zit beneden te roken en niemand van de tweede komt langs dan gaat hij zelf met zijn goede been tot de lift , drukt op het knopje, gaat naar boven en komt in zijn kamer. Toen de familie kwam met een actievere rolstoel zei ik: ik ben er niet zo mee eens, want de enige vrijheid die hij heeft met zijn goede been die verliest hij. Met een actievere rolstoel moet iemand op de knop drukken en die rolstoel rijdt, en die zit hierachter (ze wijst naar achter bij haar nek) hij kan hierachter niet komen. Het is makkelijker voor diegene die moet duwen, die nicht vond de rolstoel te zwaar, hij is te zwaar intussen tijd is hij 10 kilo afgevallen. Hij is dus ietsje lichter geworden maar het blijft zwaar voor die nicht.

*Maar voor hem, het gaat erom voor hem.*

Ja als deze hersenletsel niet alleen effect heeft op de cliënt zelf maar ook op zijn naaste, hij had niet een goed leven gehad, daarom wilde niemand van de familie verantwoordelijk zijn voor hem. Dus er was een lange periode geen contact vanuit de familie al was het belangrijk, ze willen niet. Maar ik denk met kleine beetje op bezoek gingen ze stilstaan en…

*Er is nu wel contact.*

Ja deze nicht blijft hem stimuleren maar ik denk zei stimuleert hem en wacht op zijn reactie. Als zij ziet dat hij meewerkt dan gaat ze verder.

*En vrienden?*

Nou die vrienden zijn goede kameraden maar ze komen alleen om bier te geven en dan gaan ze. Want hij, zijn leven was in de kroeg. En mannen, als ze in gezelschap zijn dan zijn ze stoer, dat merk je ook als hij beneden staat. En al die mensen die roken, dan voelt hij zich stoer. Hier op de kamer zit hij alleen.

*Nou ik ben over de tijd heen, dit was het einde. Heel erg bedankt.*

Ja graag gedaan hoor.

### Interview 4, Vragenlijst

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

1962 01-04-1995

**Hoogst genoten opleiding:**

MBO

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

Beeldhouwend kunstenaar geweest.

**Baan omschrijving:**

Senior woonbegeleiding.

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

28

**Taken behorende tot de baan:**

- organiseren van activiteiten.

- screening nieuwe cliënten

- ZZP (zorgleefplan.)

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

**-**

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

- ongeveer 13 jaar

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

- nee.

### Interview 4, topiclijst.

*Laten we maar beginnen met; waarom ben je begonnen met dit werk?*

Dat is een heel lang verhaal, wil je de lange versie of korte versie.

*Doe maar korte.*

Ja ik heb ooit gesolliciteerd bij de sociale dienst. Toen heb ik een test gehad of ik geschikt was voor de sociale dienst. Dat was ik niet, want ik zou me niet kunnen houden aan regels van de sociale diensten. Toen gaf die man aan, ga in de gezondheidszorg werken als activiteitenbegeleider, daarvoor werkte ik als beeldend kunstenaar, dus ja op die manier. Als sollicitatie bij de sociale dienst.

*Wat wist u in het begin van uw werk van NAH?*

Niks, nee dat was toen nog niet… dat is ondertussen dertien jaar geleden, volgens mij had het toen een andere naam ook. We hadden toen wel een afdeling al, pff hoe heette dat ‘complexe zorg’ geloof ik, het had een andere naam. Uiteindelijk is het NAH geworden. Dat is denk ik zo’n 5 á 6 jaar geleden. Niet veel dus. (lacht)

*En nu?*

Ja veel, veel meer. Mede ook door de scholing binnen Nieuw Berkendael zelf. ’T Is toch de speerpunt van NB dat ze daarop gericht zijn, op NAH jongeren zelfs. De afdeling die dat ooit ook wel is geweest was ook heel erg voor jongeren. Het was eigenlijk een kleine afdeling met een goede ‘know-how’. Maarja er waren meer verpleeghuizen die dat hebben opgestart eigenlijk dus je ziet een soort marktpopulariteit lijkt het wel.

*En doet dat hier ten goede; de begeleiding?*

De kennis, ja natuurlijk.

*De markt.*

Uhm de markt, dat weet ik niet. Maar ik denk wel dat het aller-belangrijk is dat je goed geïnformeerd bent over ziekte-beelden qua personeel. Hoe meer je geïnformeerd bent, hoe meer je weet van randvoorwaarden waar je aan moet voldoen, is er ruis/ weinig tuis blablabla. Het is altijd belangrijk, vooral met NAH. Specifieke toch wel, ze kunnen specifieke problemen hebben.

*Bevalt het werk?*

Ja.

*Goed.*

Ja, kort maar krachtig hè.

*Nou je bent dus tevreden. Wat zijn de leuke dingen in het werk die je tegenkomt?*

Het leuke werk vind ik dat je omgaat met mensen. Het is niet als een fabriek, het is niet altijd standaard. Je moet denk ik wel altijd je randvoorwaarden goed in oog houden, maar je werkt met mensen en ook door NAH-gedrag is het nooit echt hetzelfde en ook proberen in te spelen op iemands gevoel van zo’n dag, maakt t juist leuk. Ja.

*Wat zijn de lastige dingen?*

Hetzelfde eigenlijk.

*Hetzelfde.*

Tja, dus het is niet standaard. Daardoor moet je toch continu ook observeren, dat kan ook lastig zijn. Het is niet vanzelfsprekend alles, soms weet je ook niet precies van: goh die reactie van iemand nu, waardoor komt het? Wat dan soms ook wel meespeelt: tijdsdruk, dus dat je ook geen tijd hebt om even iemand apart te nemen. Juist met NAH vind ik eigenlijk het moment zelf, moet je het eigenlijk duidelijk kunnen krijgen want voor hetzelfde geldt is iemand het ook weer vergeten. Een voorbeeld: verleden week had ik iemand die niet kan praten maar hij gaf duidelijk aan dat hij niet wilde blijven. Maar ondertussen ben je bezig een activiteit op te starten en dan is het heel even: ‘ja, maar okay ik kan niet polsen binnen een heel kort tijdsbestek’, ik vind wel dat je moet checken: is het te koud, is het te warm? Hij kon daar geen antwoord op geven is het juist dat hij naast iemand zit wat hij niet prettig vindt? Dan is het even jammer want je weet dat je een activiteit moet gaan starten. Dan ben ik er later wel op terug gekomen maar dan heb ik het gevoel van….

*Het moment is weg.*

Ja! Precies. Ja en op terugkomen, communicatie verloopt met die man heel moeizaam, dat duurt ook langer terwijl we.. Al die cliënten waren al binnen dus dan wil je starten, tja wanneer wil je starten. Je hebt daar ook een soort vrijheid in. Dat zijn dan de keuzes die je dan moet maken, ja lastig maar ook wel weer leuk. Ik ben erop terug gekomen maar toen had ik niet zoiets van ‘nou, het is me duidelijker geworden’. En dan merk je, je werkt met mensen.

*Wispelturig.*

Ja.

*Wat zijn de lastige dingen organisatorisch? Ik hoorde daar al dingen van tijdsdruk wat lastig kan zijn bij deze groep. Hoe zie je dat concreet met mensen met gedragsproblemen, wat organisatorisch lastig gaat nu.*

Poeh. Lastige vraag. Weet ik niet. Kijk NAH.. Structuur is heel belangrijk, we werken met een dagprogramma, dat is altijd heel duidelijk/ verhelderend. Hebben we echt een tijdsdruk? Ja en nee. Wat ik net voor een situatie zei: er ontstaat een probleem, dat probleem kan ik niet á la minute oplossen, achteraf had ik het gevoel het is me niet duidelijker geworden, dat is echt een uitzondering. Door toch een structuur – ik bied dan activiteiten aan – nou dat gaat vrij soepel eigenlijk. Dus echt een tijdsdruk… het kan ook vanuit jezelf komen tijdsdruk, snap je? Je kan t jezelf zo druk maken, als daarin probeert een beetje rustig te blijven kun je dat ook naar cliënten overbrengen. Er blijft altijd een tijdsdruk maar ik probeer dat zoveel mogelijk te onderdrukken eigenlijk. Antwoord op je vraag een beetje?

*Een beetje ja. Uhm dus je noemt eigenlijk niet heel veel organisatorische problemen, vanuit de organisatie. Je hebt een beetje tijdsdruk maar dat ligt er een beetje aan…*

Het onverwachte daar ligt het vooral aan. Één van de voorbereidingen: je haalt cliënten op, maar voor hetzelfde geld lopen ze weer weg. Snap je? Dat zou een probleem kunnen zijn. Dat is bekend bij de organisatie, wat we daardoor doen – en dat is sinds een paar weken – personeel van boven moeten ook nu cliënten naar beneden brengen.

*Verpleging?*

Ja. Zodat dat probleem een beetje opgevangen kan worden.

*Is dat nu nog steeds dan?*

Hoe bedoel je?

*Nou want ik was een paar weken geleden op dinsdag… de eerste keer dat ik hier meeliep, liep ik mee op het DAC en toen was het zo dat verpleging nog niemand naar beneden bracht. Dat hadden ze wel een tijdje gedaan en dan soms wel, soms niet maar het kwam ook… Ludwien had het toen ook aan ze gevraagd en het leek een beetje alsof het hen rauw op hun dak kwam. Zo van: ‘Oh, moeten we dat ook?’*

Ja het is een proces wat nu meer opgestart is – sinds een jaar zijn we met het DAC – het is nogal een grote verandering dus zowel medewerkers van het DAC hebben er hard aan gewerkt, en nu is het taak ook van boven de verzorging, al die maanden daarvoor hebben we het een beetje zelf gedaan en daardoor kwamen we inderdaad in een soort van tijdsdruk van: ‘we moeten die en die cliënt ophalen, dat redden we niet. Een probleem met de liften ook. Nu zijn we daar veel strikter in geworden en dat merk je, het is een proces. Daar is de leiding gevende heel duidelijk in, haal twee/ drie cliënten op zodat je de structuur van de cliënten – van weglopen, blijf hier – kan onderbouwen, kan opvangen, ga dan bellen en het gaat werken. Maar het is een proces dat sinds kort is opgestart en het gaat goed en het gaat nog niet goed. Maar dat heeft zijn tijd nodig en daardoor zal tijdsdruk – want je activiteit moet gaan beginnen binnen een bepaalde periode, binnen een bepaalde tijd – kan dat een beetje opgevangen gaan worden.

*U heeft de handleidingen, de protocollen gekregen neem ik aan?*

Van welke?

*Van alles eigenlijk?*

Ja dat zijn er een heleboel.

*Van dagactiviteiten.*

Ja.

*En ook gelezen?*

Als het goed is hoop ik wel.

*(lacht) als het goed is. Is er nog wat van blijven hangen?*

(lacht) nou weet je er is zoveel aan het veranderen en soms lees je dat niet altijd.

*Nee, en heb je behoefte aan meer kennis?*

Ja maar dat ligt aan mijzelf. De kennis is er. Of nee de kennis om het te lezen is er. Want dat is door de organisatie wel goed geregeld. Maar vaak moet je daar gewoon voor gaan zitten en dat is wel jammer eigenlijk. Dus dat is niet een schuld aan de organisatie, het is echt aan mijzelf. Laatst heb ik inderdaad nog gezien uitsluitingcriteria van nieuwe cliënten van de dagbehandeling. Toen dacht ik: ja het staat er wel inderdaad. Maar er is wel veel veranderd maar je zou eigenlijk aandachtig ervoor moeten gaan zitten. ’T Is er. 09\*48

*Heeft u buiten WZH Nieuw Berkendael gewerkt met NAH cliënten met gedragsproblemen?*

Nee.

*Binnen WZH?*

Voor een deel ja. Ja wat zijn gedragsproblemen?

*Met agressie. Laat ik het toespitsen op gedragsproblemen met agressie.*

Agressie uhm nee. Kijk ik ben in principe… ik werk op de dagbehandeling plus ik bied activiteiten aan en bepaalde dingen doe je niet. Bijvoorbeeld verzorgende taak en dat zijn soms dingen of momenten waarop een cliënt iets niet wil. Activiteiten zijn vrijblijvend. Dus er wordt gekeken wil je het of wil je het niet. Dus daardoor strijk je niet tegen de haren van een cliënt. Op de dagbehandeling hebben we wel cliënten gehad die een beetje morrend waren van: ‘ja wil ik wel of niet’ ’t is vrijblijvend. Daarin is ook niet het ‘verplicht-aspect’. Zo gauw een cliënt echt niet wilde en daardoor een mogelijke een mogelijk agressiviteit: ‘ja dan blijf je maar thuis’. Of dan moet je echt naar Parnassia gaan, waardoor het probleem misschien beter opgelost kan worden dan hier. Want wij zijn een somatisch verpleeghuis en agressie…

*Maarja het blijft dat die mensen hebben recht op zoveel dagdelen activiteiten en dus er kunnen meer dingen spelen dan het puur niet willen. Het niet beseffen wat ze allemaal kunnen doen het eng vinden met problemen geconfronteerd te worden. Met eigen onkunde van dingen.*

Ja zou kunnen.

*Dus daarom hebben ze zo van, nou we willen toch kijken wat we ervoor kunnen doen. Dan zou ik aan jou willen vragen heb je misschien een manier waarop je denkt dat deze cliënten gestimuleerd kunnen worden? Dan niet specifiek kijkend naar het aanbod dat er als maar uitgaande van alle mogelijkheden die je zou kunnen hebben.*

Ja kijk ik denk dat ligt aan een cliënt zelf denk ik, wat wil iemand. Een deel voorgeschiedenis, wat waren de interesses en hobby’s daar zou je naar kijken maar dat gebeurt al snap je? Ik zou het niet weten. Nee. Kennis maken ja, wie ben je zelf, vertrouwen daar zou je mee kunnen spelen.

*En hoe zou je dat op kunnen bouwen?*

Door gesprekken te plannen. Van dat een cliënt leert wie ik ben maar je moet natuurlijk ook wel als medewerker leren wie ben jij . Wat voor een handvaten heb je, is er vertrouwen. Dat is wel de standaardbasis, dat is de begin waar je aan moet werken.

*Dus in het begin eerst naar zelfreflectie kijken wat heb ik, wat is mijn instrument? Mijn persoonlijkheid.*

Ja maar dan gaat het naar de ander toe, dat de ander leert kennen wie ik ben. Maar ook omgekeerd. Dat er een soort vertrouwen – veiligheid heeft daarmee te maken, voelt iemand zich veilig bij je – als ik iets wil gaan doen dat het niet eng is of dat het zij of haar grenzen over schrijdt. Dat is veiligheid, je veilig voelen en dat vind ik heel belangrijk. En dat is vooral, zo gauw een cliënt start, dat is dan een proces dat je gaat starten.

*Wat weet u van het letsel en trauma van de cliënt?*

Of ik daar iets van af weet?

*Ja. Voornamelijk mensen die agressie hebben waarmee eigenlijk niet met woorden gecommuniceerd kan worden.*

Even denken.

*Is daar kennis van trauma en letsel?*

Wat bedoel je waardoor het ontstaan is, bedoel je dat?

*Ja het letsel puur het medische gedeelte van wat is er met die persoon aan de hand, waar zit het en wat zijn de gevolgen daarvan? En het trauma is hoe is het gebeurd, voorgeschiedenis, hoe was het leven van de patiënt voordat ‘ie hier kwam.*

Van de cliënten van de dagbehandeling is die kennis zeker voorradig. Niet van alle cliënten van boven. Nee. Maar van de dagbehandeling is die informatie al wel bekend.

*Welke middelen zijn gebruikt bij het begeleiden van cliënten met gedragsproblemen in de dagbehandeling, of jij daar iets van weet.*

Even kijken, middelen wat bedoel jij daar precies mee?

*Nou niet zozeer methoden maar speciale projecten, denk aan honden, denk aan weet ik het, uhm zwemmen.*

Nou soms werken we wel met een leidraad en die leidraden zijn vaak opgezet door de psychologen, ergotherapeuten zodat je een beetje handvaten hebt, hoe kan je goed omgaan met... Ook een duidelijkheid van, soms eenduidigheid zodat je ook een soort structuur hebt voor een cliënt zodat we als team omgaan met… nou weet ik niet of dat een antwoord is op je vraag maar …

*Nou dat is meer een middel voor het omgaan met.. Maar een middel om een activiteit te doe, een activiteitenmiddel.*

Nee. Ik zou het niet weten.

*Zijn er zaken waarvan u denk dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze een keer moeten proberen, ideeën?*

Pff.

*Ideeën zijn altijd welkom.*

Ja. Er zijn er een heleboel maar…

*Nou noem eens op, begin maar ergens.*

Ja ik weet wel, het was er vroeger wel en ik weet dat cliënten het nu nog jammer vinden: zwemmen.

*Zwemmen ja, dat heb ik al een keer gehoord.*

Ja, daar ben ik nooit bij geweest en dat vind ik best wel jammer en cliënten vonden dat heel fijn. En natuurlijk de beperking die je hebt bij het lopen of wat/ wanneer dan ook, is met het zwemmen minder aanwezig. Pijn die je voelt is anders en dat is een van de activiteiten waarvan ik denk als die weer terug zouden kunnen komen, ja graag.

*Nou duidelijk, andere ideeën of wil je het hier bij laten?*

Nee, ik hou het bij zwemmen vooral.

*Nou dan wil ik jou heel erg bedanken, dit was het interview.*

*Okay.*

### Interview 5, Vragenlijst.

**Naam:**

**Anoniem**

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

**-1969 -aug-1986**

**Hoogst genoten opleiding:**

**Mavo**

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

**Geen alleen bijscholing.**

**Baan omschrijving:**

**Senior woon- zorgbegeleider**

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

**36 uur per week, regelmatig**

**Taken behorende tot de baan:**

**Coördineren van zorg, activiteiten begeleiden.**

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

**Geen**

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

**- bijna 25 jaar**

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

* **Nee**

**NB:**

**Na het interview kwam dit nog boven tafel.**

**­**- toen activiteiten centrum net vol van start ging was er een valse start. Zoiets moet kant en klaar zijn voordat het begint. Natuurlijk heeft elk nieuw product kinderziektes maar dat komt op bij verloop van tijd. Het beleid moet duidelijk zijn er was geen detailbekendheid bij (activiteiten-) begeleiders. Om zoiets recht te trekken is heel lastig, tijdrovend en vervelend. Niet alleen voor begeleiders maar ook voor cliënten.

### Interview 5, Topiclijst.

*Waarom ben je begonnen met dit werk?*

Waarom ben ik begonnen met dit werk… ja toeval eigenlijk. Meer toeval zo van na de Mavo wat ga je doen en ik had eigenlijk geen idee en toen stond er een advertentie van dat ik hier een keer kon komen kijken. Dat heb ik gedaan. Nou ik had zoiets van, nou ik denk wel dat dat leuk is. Toen heb ik een tijdje voor gewerkt, zoals dat toen heette. Dan werk je een weekje of zes even mee, dan kan je een beetje proeven. Toen had ik zoiets van nou, dat past wel bij me en toen ben ik de opleiding gaan doen.

*Dus je hebt eerst een voorproefje gedaan en daarna ben je de opleiding gaan doen.*

Ja.

*Dus wat wist je in het begin van NAH?*

Nou God, dat is 25 jaar geleden hoor toen ik hier kwam werken dat is wel heel lang geleden.

*Toen was het nog heel anders of niet.*

Ja toen was het nog heel anders, het was echt verpleging en ouderen en bejaarden. Ja dat was heel anders, ja.

*Sinds wanneer is die switch gekomen van NAH. Ik hoorde dat een jaar geleden was het echt toegespitst geworden op NAH?*

Ja dat is ook alweer een aantal jaar geleden, dat was nog in het oude gebouw, hoe lang is dat geleden. Ik denk een jaar of tien, misschien wel langer dat er een speciale afdeling was voor niet-aangeboren hersenletsel. Daar waren ze toen heel erg druk mee bezig, dat was toen nog iets heel bijzonders nu hoor je daar natuurlijk veel meer van. Dus ja dat is toch wel een tijd geleden. Dat was één afdeling in dat oude gebouw dat zich daarop gespitst had en nu is het hele huis daar natuurlijk mee bezig. Dus dat is heel anders.

*Wat weet u nu van NAH dan?*

Hoe bedoel je dat?

*Heb je kennis erover? Heb je een cursus gedaan?*

Okay, ja natuurlijk heb je cursussen gedaan en al doende leer je als je het gedrag van mensen ziet maar ook: NAH is ook een CVA. Vroeger had je als je veel met oudere werkte veel CVA’s dat herken je wel. Nu zijn we gespecificeerd op jongeren dan merk je toch dat dat anders is als iemand een auto-ongeluk heeft gehad en in coma heeft gelegen en daaruit komt en alle problemen die je dan tegen kan komen qua gedrag, qua beperkingen dat is anders. Heel anders.

*Bevalt het werk?*

Hoe het bevalt?

*Ja.*

Ja leuk, ik werk hier al bijna 25 jaar dus. Dan moet er toch wel een bepaalde uitdaging in blijven en zijn. Die is er wel dus ja.

*Waar zit die uitdaging in dan?*

Sowieso denk ik in ieder bedrijf, het beleid veranderd. Nu zijn we helemaal in NAH en vroeger was dat anders. Daarnaast heb ik twaalf jaar in de zorg gewerkt dus gewoon op een afdeling, daarna ben ik dagbehandeling gaan doen en dat heb ik ook een jaar of tien gedaan. Nu zijn we DAC dus dat betekend dat mijn baan ook weer een hele andere inhoud heeft gekregen.

*Nou dat zijn de leuke dingen dus die je tegenkomt.*

Ja.

*En nog meer specifieke leuke dingen die tegenkomt in het werk zelf.*

Nou kijk wat mij trekt aan werk in de zorg, ik denk dat het algemeen is, maar dat je werkt met mensen. Dat je zorg verleent. Als je kwaliteit kunt leveren en je ziet dat dat werkt, dat geeft een heel voldaan gevoel. Dat kan zijn omdat je iemand in een rolstoel binnen ziet komen, bij wijze van spreke, en lopend eruit ziet gaan en weten dat je daaraan hebt meegewerkt. Ja dat geeft een goed gevoel. Dat past bij me.

*En de lastige dingen.*

Nou ik merk naarmate ik ouder word, vroeger kon ik overal tegen dus nu minder. Noujah je denkt misschien meer na. Het komt misschien ook wat dichterbij. Ik heb er geen slapeloze nachten van maar ik ga er wel anders mee om. Vroeger was ik een jonkie hier en nu zie je dat mensen die opgenomen zijn jonger zijn dat jij bent. Dat geeft dan een heel ander perspectief van hoe je er tegen aan kijkt.

*En organisatorisch lastige dingen?*

Nou nu merk je natuurlijk omdat er heel veel gebeurd qua beleid, bijvoorbeeld zo’n dagactiviteitencentrum daar komt heel veel bij kijken. Eer dat dat goed staat daar ben je echt wel een aantal jaar mee bezig. Dan moet je er wel flexibel in zijn maar je merkt ook wel dat dat soms ook wel lastig is.

*Wat voor een dingen zijn dan lastig?*

Wat is lastig? Uhm nou het feit dat je baan heel erg veranderd. Vroeger was ik dagbehandelaar, zoals dat heette. Dat was gewoon het geven van dagbehandeling, heel erg specifiek bezig zijn met die doelgroep. Nu ben ik woonzorgbegeleider senior, wat inhoudt dat ik ook wel een gedeelte dagbehandeling doe maar ook activiteiten moet leiden. Dan is dat misschien hier en daar wel leuk, maar het moet ook een beetje bij je passen. Ik heb nooit gekozen voor een baan als activiteitenbegeleider. Nu moet je schilderen en weet ik het allemaal doen. Daar heb ik niet zo veel mee. Er is wel ruimte om dat te overleggen maar er wordt toch ook wel een beetje verwacht dat je toch wel daarin meegaat. Nou heb ik wel mij mondje bij me, in die zin van dat ik dat wel gewoon bespreekbaar maak, maar in eerste instantie wordt het eigenlijk gewoon maar een beetje van je verwacht dat je dat gaat doen. En wordt het leuk gebracht van we gaan zus en zo, om de boel een beetje aan elkaar te lijmen, snap ik allemaal wel. Ik snap de gedachten erachter wel. Maar dat zijn wel dingen waarvan ik denk van: ‘nou.. Hmm’. (fronst)

*Gevoel dat er iets opgelegd wordt zonder voorafgaande afspraken?*

Ja klopt, een aantal jaar geleden merkte je dat – denk ik hoor, dat is mijn gedachtegang – er zijn al een aantal zaken bepaalt, door het management. Het moet er alleen nog even doorheen gedrukt worden. Hoe doen we dat? Nou dat doen we doordat we proberen mensen een positief gevoel te geven ‘dadadada…’ en hopen dat ze daarin mee gaan. Maar puntje bij paaltje, of je nou wel of niet mee gaat, het staat al vast. Snap je? Dat is mijn idee daarbij.

*Dat gevoel krijg je?*

Dat gevoel heb ik ja.

*Okay, dat is duidelijk. Hoe wordt je daarin in ondersteund in die dingen die je lastig vindt?*

Nou wat ik al zei: ik ben zelf wel iemand die mondig is dus ik kan dat, als mij iets niet bevalt of ik heb er moeite mee, dan kan ik dat heel goed vertellen. Vind ik de begeleiding… ik ga niet zeggen slecht maar heel goed vind ik het ook niet. Nee en dat heeft meer te maken met wat ik net al zei van ‘het kindje is al geboren, het is al klaar’ het is alleen nog maar een kwestie van het erdoorheen drukken dus dan wordt er naar mijns inziens te weinig geluisterd naar het team dat het moet gaan doen.

*Hoe zie jij dat dan – ik had begrepen dat voor dat activiteitencentrum voor clienten met gedragsproblemen – worden daar nieuwe mensen, volgens mij niet aangesteld maar wel aangewezen en ik weet of dat al bekend is wie… Ludwien zou dat doen.*

Ja dat klopt, kijk ze hebben mij daar ook voor gevraagd. Dat zijn van die dingen: ze weten al dat ze jou op die post willen hebben. Ik ben daar ook voor benaderd. Ik ben een tijd lang uit de roulatie geweest omdat ik ziek was, langzaam aan dat weer opgebouwd en in die periode werd dat ter sprake gebracht. Nojah prima, vond ik geen slim idee om dat op dat moment te doen, maar okay. Dan merk je een bepaalde push, want er wordt steeds op terug gekomen: ‘ja, maar jij dit..’ en dat wordt wel leuk gebracht maar ik had zoiets van joh; ‘ik ben nu heel erg met mijzelf bezig en ik ben niet bezig met carrière of met uitdagingen hier binnen Nieuw Berkendael. Ik heb nu even genoeg aan mijzelf en mijzelf weer even op pootjes krijgen en daarna zien we wel verder. Daarin merk je dan van: ‘Okay, maar…’ de “maar”. Dan denk ik dat ze al weten wie ze daarop die plekjes willen hebben want ik ben er ook voor benaderd en ik heb daar mijn gedachtegangen wel over, heb ik ook aangeven, van tot het hoever het kan gaan daarin. Maar je merkt daar push in. Ja, je merkt daar push in.

*Dus je zou eigenlijk hele gemotiveerde mensen moeten hebben die daar niet in worden gezet zelf.*

Nou kijk, wat mij is verteld, ze kunnen extern gaan werven maar ze moeten eerst intern gaan kijken van wat is er en wie is daar geïnteresseerd in, wie wil dat, wie kan dat, van wie denken we: die is daar geschikt voor. Maar toen ik aangaf ik heb nu even genoeg aan mijzelf, ‘nou dat snappen we wel’, maar bij wijze van spreken drie weken later komen ze er weer. Mee. Dat vond ik wel lastig, want toen had ik zo iets van: ‘Hè, push me niet zo.’ (lacht)

*Duidelijke taal.*

Natuurlijk is het leuk als ze je daarvoor geschikt vinden maar het was het moment even niet. Dan word inderdaad gezegd van: ‘Nou, we zoeken de juiste mensen op de juiste plek en gemotiveerd en leuk.’ Maar het word je een beetje aangepraat.

*Dus hoe zie jij dat dan voor de werving, hoe zie jij dat ze dat kunnen verbeteren?*

Nou ik denk dat het op zich wel goed is als je in een instelling gaat kijken ‘wie zouden we daarvoor kunnen benaderen’, maar op het moment dat je daar misschien niet de juiste mensen voor hebt of kan vinden nou dan moet je het binnen WZH gaan doen. Als het binnen WZH niet lukt moet je het nog breder trekken. Maar dan trek je wel de juiste mensen denk ik, in plaats van ergens op zetten die misschien er nog niet helemaal klaar voor zijn, of die wikken en wegen van past het me wel of vindt ik het wel leuk. Want het is natuurlijk nog heel weinig bekend van hoe daar invulling aan gegeven gaat worden aan zo’n afdeling. Dat moet dan per 1 april starten, dat moet dan ook starten. Terwijl het naar mijn idee – en dat vind ik ook best wel het beleid van hier – er wordt iets uitbedacht en “Bam” start er maar mee. Het is niet gedetailleerd ‘nou dit is het, ga hier maar mee beginnen. Zoek het maar uit.’ Dat vond ik ook met het DAC.

*Ja daar ben ik nu dus mee bezig, het gedetailleerd proberen te krijgen. Maar dat gaat nu niet voor 1 april lukken.*

Nou nee, maar goed. Toevallig had ik vorige week mijn functioneringsgesprek en toen werd het dan weer benoemd en gevraagd. Er wordt toch echt gezegd: ‘1 april gaan we starten.’ Dan denk ik van – mijns inziens – het moet, het moet, het moet. Om waarschijnlijk het kostenplaatje rond te krijgen, want het heeft uiteindelijk allemaal te maken met geld, dat is ook iets wat je natuurlijk ziet veranderen in die hele gezondheidszorg-business. Dat het meer om geld gaat dan om – althans daar lijkt het op – dan om…

*De markt.*

Ja en dat is… dat stuit me soms nog wel een tegen de borst.

*Binnen WZH, heb je wel eens gewerkt met clienten met gedragsproblemen?*

Niet heel specifiek. Ik kom ze natuurlijk wel tegen in huis nu merken we, omdat dat DAC ook veranderd, dat er ook mensen krijgen met NAH die gedragsproblemen kunnen hebben. Maar ik heb er in die hoedanigheid mee gewerkt dat ik op een afdeling werkte met alleen maar NAH. Ik heb ze af en toe weleens hier. Niet dat mensen schreeuwen of gillen of agressief of dat soort zaken.

*Nee, geen agressiviteit.*

Nee.

*Ja want daar ging mijn volgende vraag over, dat is dus die groep waarvoor dat programma wordt. Toch ga ik deze vraag stellen.*

Ja mag.

*Wat is volgens u de beste manier om deze clienten te behandelen, mensen met gedragsproblemen in agressiviteit.*

Rustig. Denk ik, ja in eerste instantie denk ik. Rustig, gewoon vooral de rust bij jezelf houden denk ik. Daarnaast is het misschien wel handig om te weten, dat is iets wat ik wel mis, kijk we hebben allemaal een cursus gekregen NAH, van de schoonmakers tot zorgmanagers. Dat is dan een globale cursus die je krijgt van hoe ga je om met omdat je het in huis tegen kan komen. Het moment dat ik dat in huis tegenkom omdat ik een groep moet leiden met iemand die een gedragsprobleem heeft en misschien uit zijn stekker gaat, dan weet ik dat ik er rustig mee om moet gaan. Maargoed de achtergrond van zo’n persoon , of dat het juist is voor zo’n persoon om dat op dat moment zo te doen. Dat weet een afdeling wel maar dat weet ik niet. Dus dan ga je uit van de basiskennis die je hebt gekregen en dat is het dan ook.

*En denk je dat dat voldoende is voor deze clienten.*

Ik denk het in die zin wel dat, kijk het moment dat ik iemand zou treffen in mijn groep die zware gedragsproblemen vertoond of agressief gaat worden, het eerste wat ik doe is rustig blijven en ik pak de telefoon en ik vraag of iemand van boven kan komen. Snap je, op die manier kan ik er dan mee om gaan. Personeel van boven kan dan wat beter, of meer gespecificeerd of meer wetend wie die persoon is en hoe je hem echt daadwerkelijk moet benaderen of behandelen, die daar dan verder mee gaan.

*Dus dat word eigenlijk opgesplitst. Die zorg.*

Op dat moment wel ja.

*Maar dat zou dus niet kunnen voor zo’n groep.*

Nee. Maar dat zou inderdaad betekenen dat… je zou dan meer informatie moeten hebben.

*Weet jij van middelen die zijn gebruikt bij het begeleiden van deze clienten en dan heb ik het niet alleen speciaal over methoden. Want dat weet ik, die leidraad voor omgang enzovoorts en methoden. Maar echt concrete middelen voor activiteiten, ik heb gehoord over zwemmen dat is geweest.*

Ja.

*Daar ben jij bij geweest?*

Nee. Daar was ik niet bij.

*Ik heb van Annemarie gehoord van honden. Heb jij nog meer dingen gehoord? Die gebruikt zijn?*

(schudt nee)

*Nee. Zijn er speciale projecten geweest?*

Niet dat ik weet, nee. (lacht) misschien wel hoor maar ik weet er niks van.

*Zijn er zaken waarvan u denkt dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze kunnen proberen. Ideeën die je hebt?*

Uhm…. Die zullen er best zijn maar ze schieten me nu niet te binnen maar dat komt denk ik ook omdat… er gebeurt zoveel en er wordt zoveel van je verwacht dat je roeit met de riemen die je hebt en dat je het nu ook draaiende houdt. Het stukje verder kijken en verder ontwikkelen daar heb ik even geen tijd voor.

*Heb je het gevoel dat je eigenlijk steeds een stapje achter loopt? Of niet?*

Nou niet achterloopt maar er gebeurt heel veel. Zoals bijvoorbeeld: de wetgeving is veranderd, dus dat betekend voor je administratie hoe je moet rapporten, gesprekken die je moet voeren blablaba. Het financiële plaatje. Dit mag wel, dit mag niet. Er komt zoveel bij kijken waar je rekening mee moet houden, dat mijn hele dag eigenlijk gevuld is met het zorgen met dat ik dat in ieder geval goed doe en goed kan. Dat is ook maar iets van de laatste maanden, dat dat wat duidelijker wordt. Het feit dat je met zulk soort dingen bezig moet zijn qua ontwikkeling, dat snap ik wel maar ik ben er niet mee bezig.

*Nee.*

Nee. Als ik het te horen krijg vind ik het prima en ga ik er ook wel in mee maar persoonlijk ben ik er niet mee bezig. (lacht)

*Okay, maarjah het kan zijn als je met activiteiten bezig bent – je bent ook zelf met activiteiten bezig – dat dan ineens iets te binnen kan schieten van: ‘Oh, dit zou ook leuk kunnen zijn’.*

Uhm ja kijk daar heb je het natuurlijk met elkaar wel over. Maar ik weet niet of dat zo heel gespecificeerd is voor mensen met gedragsproblemen. Nu zijn we nog steeds meer bezig met het DAC: ‘Okay, er zijn een X aantal activiteiten, hoe kunnen we dat uitbreiden, hoe kunnen we dat leuk houden’ er moet een lijn komen die ze kunnen gaan verkopen blablabla. Dus we zijn meer nog met dat bezig dan puur op NAH.

*Okay. Duidelijk. Dan denk ik dat ik zo alles heb wat ik wil hebben.*

Okay nou top.

### Interview 6, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1956 -mei-1994

**Hoogst genoten opleiding:**

HBO, N 20 leraren, Handvaardigheid, kinder en opvoeding en spelleiding.

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

Havo, agressietraining, NAH cursus, begeleiden stagiaires.

**Baan omschrijving:**

Coördinator activiteiten + vrijwilligers.

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

25. 25 3 x8 ma – di – do – de rest onregelmatig.

**Taken behorende tot de baan:**

Coördineren van vrijwilligers, werven begeleiders. Dagelijks aansturen DAC.

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

* 1978

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

* 1978 – activiteitenbegeleider.

### Interview 6, Topiclijst.

*Ik ga bij jou het interview wat verschillend doen. Heb je wel eens met NAH cliënten met gedragsproblemen gewerkt?*

In dit werk heb ik met mensen met gedragsproblemen gewerkt. Ook in mijn vorige werk want als je mensen activeert, vaak hebben ze zelf het inzicht niet dus je neemt ze mee naar een andere ruimte, ze weten niet wat er gebeurt, ze hebben een beperking of iets in hun hersenen zodat ze dat allemaal niet kunnen overzien. In die vorige baan waren mensen soms ook dementerend. Dus zaten ze op de kinderen te wachten, dachten ze. Dus dan heb je ook een soort gedragsprobleem.

*En met betrekking tot agressiviteit?*

Ik heb eigenlijk nog nooit, ik werk nu 27 jaar bij elkaar in de zorg, ik heb eigenlijk nog nooit gehad dat iemand agressief is geweest.

*Hoe denk je dat dat komt? Was er van een aantal cliënten bekend dat ze agressiviteitsproblemen hadden?*

Noujah, je hebt natuurlijk mensen die agressief kunnen zijn, dat kan, maar ik denk dat het er ook een beetje mee te maken heeft met hoe je zelf bent. Je kan dat natuurlijk uitlokken maar je kan het ook een beetje afzwakken.

*Hoe doe je dat dan?*

Nou je weet waar bij iemand het knelpunt zit, dat dat opgebouwd kan worden, zeg maar voor de cliënten die hier zijn dat gebeurt natuurlijk wel eens onderling. Daar hou je al rekening mee met wie zet je in welke groep? Hoe zet je iemand in een ruimte neer? Dus ik heb wel meegemaakt dat mensen naar elkaar agressief zijn maar daar ga je wel op inspelen de volgende keer. Ik heb dan wel eens gehad als je twee mensen tegenover elkaar hebt zitten en dat ze elkaar niet kunnen hebben, nou de volgende keer zet je ze met de ruggen tegen elkaar. Dan ga je ze zo aan een tafeltje zetten dat die ontmoeting voorkomt. Daar hou je rekening mee.

*We hebben het al een keer gehad over middelen die zijn ingezet. Zou je daar wat mee over kunnen zeggen?*

Kun je daar nog even wat meer over …

*Honden, egels.*

Egels. Oh ja daar hebben we het over gehad. Nou dat bij mensen die om dieren geven, dieren een bepaalde reactie meegeven. Het is niet kinderachtig. Ja meer kan ik daar niet over zeggen het is een kwestie van de één vindt het leuk en de ander niet. Mensen die op dieren gesteld zijn die vinden dat heel erg leuk.

*Waarom was dat gestopt?*

Ja het was eenmalig.

*Zou dat iets voor herhaling vatbaar kunnen zijn?*

Ja dat zou zo maar kunnen.

*En andere middelen die zijn gebruikt?*

Kinderen bedoel je?

*Bijvoorbeeld.*

We hebben wel eens een kinderkoor, maar we hebben niet echt dat we kinderen inzetten. Nee.

*Waarom is dat niet?*

Nou daar is nu nog gewoon geen tijd… ik zou niet weten hoe ik dat zou moeten organiseren. Alles wat je doet dat moet je regelen. Net als met een kinderboerderij, je hebt personeel nodig om alles te kunnen regelen en we hebben het heel erg druk. Dus we doen reguliere activiteiten en dan doen we wel dieren bijvoorbeeld bij dierendag, dat is een thema dag. Maar alles wat je structureel doet hangen meer mensen of vrijwilligers aan. Aangezien hier alles opgezet moet worden en eigenlijk de gewone dingen al niet zo goed lopen als je dan teveel tegelijk gaat doen, ja dat gaat niet. Dus daarom gebeurt dat nog niet. En we hebben denk ik ook een beetje een onderbezetting aan personeel.

*Ja duidelijk. Want ze willen natuurlijk een nieuw groepje gaan maken voor mensen met gedragsproblemen, ik hoor dat dat per 1 april al gedaan zal worden.*

Ja ik hoorde ook zoiets. Ik begrijp niet hoe dat al… ‘tis nu al 22 maart maargoed ’t is niet mijn eh… maar ik heb daar natuurlijk ook vragen over gesteld, dat ik wel een afspraak met (een teambegeleider) heb want die klankschalen dat doen (twee activiteitenbegeleiders) nu om en om. Dat proberen we deze maand uit. Healing en touch (bedoelt: Healing Touch) dat is er al. Dus dat word ook al gedaan. Maar die andere drie dagdelen, ik weet het niet. Ik zie dat nog niet gebeurden 1 april.

*Nee want die Healing Touch dat is extern gehaald.*

Dat is extern gehaald ja. Daar bereiken ze wel een hele grote groep met mensen mee maar niet iedereen komt elke week aan de beurt. Daar is de groep te groot voor. Zo zijn (twee activiteiten begeleiders) nu uhm… vorige week is (activiteitenbegeleider 1) opgestart met ik dacht 7 mensen ofzo en (activiteitenbegeleider 2) heeft er gister ook een stuk of 8 gedaan. Nou die is echt de hele middag bezig geweest dus zij heeft eerst een groepje genomen. Mensen die uit bed waren. Dan kom je bij het volgende probleem dat er een aantal mensen op bed liggen vanwege een klysma, dus die moeten op bed individueel gedaan worden. Dus zij is er de hele middag mee bezig geweest. Van twee tot vijf. Dus daar heb ik al weer een volgende vraag over gesteld: dat dat niet een beetje omgegooid kan worden, dat met die klysma’s. Je moet wel kunnen werken vind ik. (activiteitenbegeleider 1) had bedden opgehaald en dat is heel veel werk om bedden naar die ruimte te krijgen.

*Dus er zijn mensen opgezet die eigenlijk hier op deze onderbezette…*

(..) Nou ja laat ik het zo zeggen we hebben het gewoon heel druk, laat ik het zo zeggen. Ja we hebben het heel erg druk en het is steeds passen en meten. Je moet dan steeds weer ergens vrijwilligers op zetten er zijn allerlei processen die aan de gang zijn. Het is elke week een puzzel, eigenlijk elke dag een puzzel hoe je dat gaat doen met elkaar. Maar goed die complementaire zorg, hoe dat verder op die donderdag en vrijdag gaat dat weet ik ook nog niet precies. Want dat zou Ludwien dacht ik doen toch?

*Ja die is ermee gestopt.*

Ja die doet het toch nog wel tot er een nieuwe is of…? Begreep ik.

*Ik zou het niet weten.*

Ja dat weet ik ook niet, maar goed ik heb nog een afspraak met de manager over ‘hoe gaat dit nu verder’. Dus je moet eerst wel even je plan goed hebben dan kun je maar beter een maand later beginnen.

*Ja daar had ik het inderdaad met iemand anders ook al over.*

Ja kijk je kan wel zeggen ik begin maar je moet toch weten… het moet toch bemand zijn?

*Sowieso.*

Je moet toch een plan hebben?

*Waar ik nu al uitgekomen ben, wat ik van heel veel mensen hoor, is dat je zeker met mensen met gedragsproblemen in agressiviteit eerst een vertrouwensband op moet zetten voordat je er iets mee kunt doen. Dat zullen de eerste activiteiten eigenlijk moeten zijn, het pure over koetjes en kalfjes praten om die vertrouwensband te krijgen.*

Ja het is sowieso belangrijk als je iemand iets wilt laten doen. Je moet altijd, bijna altijd, eerst een vertrouwensband… dat zeg ik tegen mijn stagiaires ook, die begeleiden ook. Of hebben ze observaties vanuit school, moeten ze observeren. Ze mogen zelf kiezen, maar dan stuur ik ze soms ook wel eens in de richting van mensen die moeilijk te activeren zijn zodat zij wat meer tijd hebben om met die mensen aan de gang te gaan. Dan is inderdaad ook een onderdeel “vertrouwensband op te bouwen”. Want je kan niet zomaar iets met een vreemde doen. Maar met die mensen van klankschalen daar zitten ook mensen met die hele ernstige beperkingen bij hè. Die zijn niet altijd agressief.

*Maar dat zijn ook wel dingen: 1. Kennis want dan kun anticiperen en reageren op gedrag die je ziet, dan weet je waar het vandaan komt…*

Ja we hebben wel alleemaal agressietraining gehad.

*Ik hoorde ook dat er een NAH-cursus werd gegeven.*

Die hebben we ook bijna allemaal gehad.

*Maar die is één keer in het jaar en ik hoorde van iemand anders die hier was begonnen: die was in mei begonnen, toen was net die cursus afgelopen en pas in november of dat jaar erna…*

Ja maar het is wel een hele leuke cursus.

*Ja dat hoorde ik ook ja.*

Het is echt een hele leuke cursus. Je leert er echt heel veel van. Het is echt een eye-opener vind ik.

*Daarom zou ik eigenlijk bijna zeggen twee keer per jaar. Dat iedereen, maar ja dan zit je weer met…*

Het zal wel met geld te maken hebben.

*Ja, organisatorisch enzo. Ik wilde nog één vraag stellen. Als je het hele organisatorische deel even vergeet. Zijn er zaken waarvan u denkt dat hebben ze nooit gedaan in activiteiten hier maar zouden ze heel leuk kunnen proberen. En eigenlijk wil ik het dan zo creatief mogelijk dus niet denkend aan geld, aan be-…*

Aan beperkingen….

*Aan beperkingen en alles.*

Nou ik vind wel dat er al heel veel gedaan wordt. We hebben al heel veel uitgeprobeerd.

*Zoals?*

Zwemmen is uitgeprobeerd.

*Dat was leuk hè?*

Ja dat was leuk maar dat was heel erg duur. En ja we doen natuurlijk heel veel verschillende dingen. Weet je wat het is. Als iemand een vraag heeft van een echt heel specifieke activiteit, proberen we het ook te organiseren. Dus je past het steeds aan, aan de cliënt. Ik weet wel eens dat iemand automonteur is geweest en die een hersenletsel heeft gehad en op een gegeven moment is er een motorblok voor diegene aangerukt om eraan te sleutelen. Ik heb ook wel eens een naaimachine bij iemand die monteur (bedoelt waarschijnlijk naaister) was. Weet je wel, dat soort dingen. Dus dan is dat echt specifiek op die cliënt. Je kijkt er wel naar van wat kan ik nou met die specifieke cliënt doen?

*Dus je zegt er zijn algemene dingen als zwemmen die eigenlijk iedereen wel heel leuk vindt.*

Er zijn heel veel mensen… wandelen ook. Maar ja je moet dat allemaal organiseren, je kan niet alles zonder personeel doen. Je moet toch een beetje… af en toe moet er toch wel een persoon opzitten om dat een beetje te coördineren vind ik.

*Ja absoluut. Maar gewoon puur naar de activiteit kijkende. Er zijn dingen die iedereen wel leuk vindt zoals zwemmen, wandelen, dieren vinden heel veel mensen leuk. Verder als je individueel gaat kijken, gewoon kijken naar wat deed iemand ervoor.*

Ja waar kan je iemand mee bereiken hè? Wat is nou dat specifieke van die cliënt, wat vindt diegene nou leuk om te doen?

*Ja.*

Soms echt een code die je moet kraken. Dat duurt soms ook een tijd, voordat je daar achter bent. Ja dat is voor iedereen verschillend hè. De één wil dan voorlezen of een rol van iets doen voor een ander. Zo ben je eigenlijk elke keer op zoek naar: hoe trigger je die persoon om te doen wat ‘ie echt leuk vindt.

*En dan een laatste vraag. Heb je tips?*

Ja je moet altijd scherp blijven denk ik. (lacht)

*En tips in motiveren van cliënten?*

Ja dat heeft eigenlijk met wat ik daarvoor gezegd heb te maken. Van wat is nou het specifieke van die cliënt dat uhm… en ik denk ook een stukje aandacht naar de cliënt dat je echt wezenlijk – niet beroepsmatig dat je als sleur even een praatje maakt – dat je echt dat vertrouwen hebt met die cliënt. Denk ik.

*Okay, dank je wel.*

Dank je wel.

### Interview 7, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

- 2003

**Hoogst genoten opleiding:**

Verzorgende Individuele Gezondheidszorg, eerst-verantwoordelijk verzorgende

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

**Baan omschrijving:**

Woonzorgbegeleider senior.

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

32 uur p. Week

**Taken behorende tot de baan:**

Verantwoordelijke (/ aanspreekpunt familie) van eigen cliënten.

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

Cliënten naar rookruimte brengen/ halen. (Tranfers.)

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

* 2002 als uitzendkracht randstad

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

* Via NB opleiding niveau 2 + niveau 3 behaald.

Vaste aanstelling bij NB sinds 2003

### Interview 7, topiclijst.

*Waarom ben je begonnen met het werk?*

Ik vond het voor mij een nieuwe uitdaging want in feite kom ik vanuit een administratieve opleiding. Aangezien ik niet de 40 uur werkweek kon werken bij mijn administratieve baan ben ik overgeslagen naar de zorgsector. Iets wat ik ook heel erg plezierig vind. Het omgaan met mensen om me heen . Klaarstaan voor mensen. Dat geeft mij voldoening. Dus vandaar.

*Okay, wat wist u in het begin van uw werk van NAH?*

Aan het begin van het werk. In welke zin?

*Nou wist u wat niet-aangeboren hersenletsel inhoud, wat dat doet?*

Uhm ja dat is mij wel… want ik heb door de leerlingenwissel veel geleerd. Ben ik steeds van 3 naar 2 naar 1 gegaan, daar heb ik wel veel geleerd.

*Oh van etage 3 naar 2 naar 1?*

Ja. Dus dat was eigenlijk een pluspunt voor mij. Zo zie ik het ook ik heb het gewoon positief gezien van: ‘hé daar is het weer anders, andere doelgroep’. Op 1 heb ik ook gefungeerd qua NAH cliënten. Dan werd het je ook allemaal voorgedaan. Dat je ook wat te lezen had – informatie eigenlijk – over vegetatieve toestand en wat houdt dat in. De ene kan met oog knipperen en reactie en niet eten en wel eten, dat is mij wel ingelicht.

*Je hebt die cursus ook gehad van NAH?*

Ja ook.

*Hoe heb je dat ervaren? Hoe kijk je nu tegen, in gedrag, tegen die cliënten aan dan voorheen?*

Ik ben het beter gaan begrijpen, in de zin van: je hebt verschillende NAH clienten die dan bijvoorbeeld heel veel prikkels voelen en dat daardoor het gedrag weer anders is dan eentje die comateus is. Die minder laat horen. Nu begrijp ik dat beter, na die cursus. Hoe ga je met zo’n cliënt om. Voor mijzelf ben ik er zekerder van geworden, ga ik niet buiten mijn boekje om, doe ik iets wat ik eigenlijk niet hoef te doen, hoe is het beste om met die cliënten om te gaan. Dat is mij duidelijk geworden. Je hebt bij sommige dat je omgangsadviezen hebt – van psychologen – die je moet handhaven.

*Leidraad volgen.*

Ja een leidraad. Het kan werken. Bij sommige kan het niet werken en dan word er naar de medicatie gekeken, hoe de bloedspiegel is en dergelijke.

*Dus als de leidraad van omgang niet werkt wordt er gekeken naar medicatie.*

Ja. Dus hoe een cliënt reageert, is hij suffig, is hij te suffig want dat is ook niet de bedoeling. Je moet toch ook wel deelnemen aan de activiteiten die ze nog kunnen doen. Ook bijvoorbeeld met het douchen, dan kun je ook geschreeuw en een gevecht om je heen hebben, dan probeer je ook rustig te blijven en te benaderen. Dan zie je het ook niet als dat een cliënt jou persoonlijk aanvalt, zo zie ik dat niet. Dus je gaat het toch beter begrijpen van waarom reageert een cliënt zo. Het hoeft niet bij een aanraking te zijn ook zal je een cliënt niet aanraken, hij zal toch wel prikkels voelen. Als je een beeld hebt van wie je voor je hebt dan weet je al beter van wat kan ik beter bij deze meneer of deze mevrouw niet doen.

*Dus jij zegt: kennis van die persoon zelf is belangrijk voor de omgang. Algemene kennis van NAH kun je wel op iedereen toepassen maar het is niet voldoende.*

Ja het is niet helemaal voldoende aan de hand van de beschadiging bij iemand. De een kan heel diep beschadigd zijn en de ander minder. De ene kan gauw overprikkeld zijn en dan ga je geen lawaai om de persoon heen maken, bijvoorbeeld hard met lepels uit de laden of de tafel dekken. Dan word zijn gevoel misschien alleen maar angstig. Dat probeer je toch te minderen.

*Wat zijn de leuke dingen van het werk?*

Het kan voor mij ook wel zielig overkomen hoor, misschien ervaart die persoon het niet als zielig. Maar als ik het zie dan: tuurlijk het raakt je. Als het je niet raakt dan vind ik niet dat je liefde hebt voor die persoon. Dus dat raakt me wel. Het is voor mij een voldoening als ik die persoon helemaal netjes uit bed krijg en er dan een beetje mee kan communiceren want soms is die persoon zich daarna even bewust. Hij kan dan wel sorry zeggen en een hand geven. Dan heb je ook zoiets van: ‘Oh aan de ene kant lijkt het wel een gevecht’ bij sommige maar aan de andere kant dan wordt je ook weer beloond in de zin van, die persoon weet het eigenlijk niet maar hij is toch wel een klein beetje bewust van het feit dat hij je wat doet. Dat vind ik toch wel heel lief.

*Dan heb je ook de lastige dingen genoemd.*

En de rest die niet zoveel op jou reageer, reageert misschien wel maar niet in woorden, maar het misschien het gevoel hebben van ‘ik vind het niet prettig als ik gedraaid word’ dan leg ik het toch menselijk uit van: ‘Hé het zal toch wel moeten, want ik het liever dat je nu schoon bent, ik weet dat je het vervelend vind’. Dus dan ga je er menselijk mee om. Ik zie die persoon gewoon als een gelijke, klaar.

*Wat zijn de organisatorisch lastige dingen.*

Zo daar vraag je me wat. Bedoel je binnen onze afdeling?

*Ja, wat jij in de organisatie voor jezelf lastig vindt.*

Bedoel qua disciplines of eh?

*Wat jij wilt. Wat zijn de dingen waar jij wel of niet, misschien zeg je: ik loop helemaal nergens tegen aan.*

Voor mij zelf ga ik toch altijd even contact zoeken met de verschillende disciplines en ook altijd met mijn collega’s altijd overleggen als ik bijvoorbeeld weer een verandering zie bij een cliënt. Hij is te slaperig of te verbaal, agressief of weet ik veel wat. Dan ga ik toch even navragen: ‘hoe vinden jullie die persoon? Hebben jullie gemerkt dat het veel erger is of dat hij veel suffiger is?’ Dan doe je er toch wat aan, dat er wat gedaan wordt. Ik vind dat je een goed contact moet hebben ook met de psycholoog en de arts.

*Hoe vind jij dat het contact in algemeen tussen de disciplines is. Jij hebt natuurlijk veel contact met verpleegkundige want die zie je elke dag. Naar jouw idee, hoe is dat contact van verpleging naar activiteiten, verpleging naar boven, verpleging naar artsen etc.*

Het is wel zo dat sommige disciplines sommige dagen niet aanwezig zijn. Dan probeer je toch wel telefonisch of via e-mail contact te houden maar het kan soms wel lastig zijn omdat andere misschien niet het begin van de week of einde van de week werken en dan moet je net vrij zijn. Dat vind ik soms wel een beetje lastig omdat je het dan niet helemaal kunt bijhouden. Dan werk je weer de volgende week en dan denk je: ‘Oh jee, dit stukje moet ik weer inhalen’ of dat moet ik even weer navragen van ‘hoe zit het ook al weer.’ Hoe wij bijvoorbeeld MDO’s hebben maandag.

*De wat, sorry?*

De besprekingen over de cliënten, of een Medisch dossier overleg (bedoelt multidisciplinair overleg). Dan heb je soms van die dagen dat bijvoorbeeld de diëtist er niet is, die is misschien op de vrijdagen, maar dan vind ik dat jij dan als EVV’er dat je van te voren even moet kijken van wat kan je nou inbrengen via de e-mail. Om toch contact te krijgen om te zien wat voor een respons krijg ik? Zodat je ook bijtijds kunt zeggen van: ‘hé dan en dan heb ik zo’n overleg waar jij niet bij kan zijn maar ik heb bijvoorbeeld dit, heb jij nog wat toe te voegen?’ Als het een beetje zo gaat, dan denk ik dat het wel goed gaat.

*Okay. Nou wat wilde ik verder nog vragen? U heeft de handleidingen en protocollen gekregen?*

Mhm. (knikt ja)

*Ook gelezen?*

Mhm (knikt ja)

*Heeft u behoefte aan meer kennis?*

Ik vind dat wij hier, wij krijgen vaak zo’n herhalingscursus, BAV/ EHBO cursus. Al die cursussen bij elkaar. Soms kan het een beetje sluimeren dat je denkt van ‘hoe ging dat ook al weer?’ en dat je het weer even moet oppakken.

*Dus je ervaart het als prettig dat er soms weer nieuwe cursussen worden aangeboden.*

Ja het kan soms wel lastig zijn als je dubbele cursussen hebt en dat je zoiets hebt van: ‘oh nu is het wel even dubbel hoor’. Maar het is toch wel nodig. Dat je dat toch een beetje up-to-date houdt en niet na vijf jaar… ik vind dat je hier wel wordt plat gegooid met al die cursussen. Dat is zo: agressiecursus en dat soort cursussen allemaal.

*Heeft u buiten WZH gewerkt met cliënten met gedragsproblemen?*

Nee.

*Binnen WZH?*

Alleen hier.

*En wat weet u van het letsel en het trauma van de cliënten?*

Wat ik hier allemaal heb meegemaakt in dit hus, je hebt ook heel veel… Er zijn toch heel veel jonge mensen, ik weet niet of dit te maken heeft met al die vergrijzing en al maar het lijkt of er steeds veel meer jongeren er komen. Ik zeg altijd: ‘niemand weet wanneer die heengaat’ want je ziet toch veel jongere mensen die ineens horen dat ze wat hebben. Het lijkt wel of vroeger… vroeger dacht ik je hebt toch wel een bepaalde leeftijd en dan sterf je maar dat is nu al jaren dat ik dat niet zo zie dat het leeftijd gebonden is. Vroeger dacht je: ‘Oh die is zo en zo oud heengegaan’. Maar tegenwoordig zie je ze zo jong. Hier in huis zie je heel veel jonge NAH. We hebben in het verleden ook beneden de twintig gezien. Het raakt me altijd.

*Ja en wat weet je van de voorgeschiedenis van cliënten en dan heb ik het eigenlijk meer over de mensen met gedragsproblemen in agressie.*

Uhm ja voorgeschiedenis. Dat zijn mensen die eigenlijk up-to-date functioneerden en dan misschien door een ongeluk of ziekte dan beschadigd zijn. De ene keer komen ze goed uit hun coma en revalideren. Dat zie je vaak binnen een jaar of half jaar gebeuren. Dat heb ik ook meegemaakt dat vond ik wel mooi. Ook een keer als iemand uit zijn coma kwam moest ik echt een traantje wegvegen want dan ben je met zo’n cliënt bezig. Hij is jong, het kan je broer wezen, je nicht. Dan denk je van: ‘oh hij heeft ook nog een gezin en kleine kindjes ofzo en dan zie je plaatjes aan de muur en dan denk je bij jezelf als je bezig bent van, kom maar weer bij enzo’…

*Maar wat ik met voorgeschiedenis bedoel is: hoe was het leven van de cliënt. Dan voornamelijk die cliënten die hier chronisch zijn, het gaat om die met gedragsproblemen.*

Ook sporten enzo, die ook gingen sporten. Ja heel erg gingen sporten. Boven hebben we iemand die ook iets van turnen had en altijd een levendig iemand, iemand die aan motorsport deed, iemand die honkbalarbiter was…

*Ja en hoe wordt daarop ingespeeld?*

De ene cliënt van mij die zo passief is en waarbij ik ook vertelde dat wanneer die in een bui is, week na week zorg weigert en al. Dat je dan ook wel even moet laten, dat je het van dag tot dag bekijkt. Ook kijkt van, is die persoon zelfstandig om te eten dan laten we het zo. Toevallig is die persoon wel zo dat hij zelf naar buiten kan om te eten dus dan gebeurt er niks mee als hij bij ons niet zou eten. Qua activiteiten probeer je toch zoveel mogelijk te motiveren maar sommige willen echt niet dus dan kan je ze echt niet dwingen. Dan denk je van, misschien kan er iets zijn waar zij ook zien dat zij ook het gevoel hebben van: ‘Ik kan dan intensief doen.’ Want misschien willen ze iets bij de fysio hier niet doen, vinden ze dat ook wel – hoe moet ik het zeggen, wat ik dan vaak hoor van de familie – uhm ja, niet volwassen trainingen ofzo.

*Kinderachtig?*

Iets te… niet volwassen genoeg. Dan is het niet zo intensief het is gewoon maar lopen op de brug of. Nou hier bij de fysio is het niet echt van ‘Oh en we kunnen met gewichten en al’, dat zou een beetje kunnen veranderen. Qua sporten dat het een beetje, voor de jongere mensen hier motiverend kan zijn.

*Dus iets wat motiverend is voor jongeren.*

Ja, dat zou kunnen.

*Hoe denk jij dat ze dat kunnen uitzoeken wat motiverend.*

Het moet ook bij hun passen. Iemand die bijvoorbeeld bepaalde bewegingen niet kan of meer kan tillen, dan kun je ook niet zeggen: ‘Jij gaat deze oefening doen’. Maar kan wel qua materialen ofzo, dat dat misschien helpt? Hier is niet echt zo van… daarom heb je ook cliënten van buiten, van ‘de kameleon’ die buiten naar sporten gaan. Dan gaan ze ook trouw. Diegene die dat niet wil voor een buiten activiteit, misschien binnenshuis. Iemand die nog fysio heeft is misschien nog gemotiveerd en denken: ‘Ik kan eens weer lopen’, wat misschien niet meer kan gebeuren maar misschien dat als ze die oefening zien dat ze toch kunnen motiveren van ‘Hé dit is toch zinvol, om mijn dag te vullen’, dan ik weet niet met wat voor een spelletje mee te doen. Niet iedereen vindt het bijvoorbeeld leuk om met gym mee te doen – balletje gooien hier…

*Welke middelen heb jij gezien, die gebruikt zijn, die gestopt zijn waarvan jij dacht van eigenlijk vind ik die wel heel leuk voor die cliënten? Ik zag dat ze daar wat aan hadden.*

Veel heb je hier niet als keuze. Sowieso met gym doen ze het gezamenlijk met de bal enzo. Bij de fysio heb je meer van ook bij de brug lopen en fietsen. Tja ik weet het niet, misschien als er andere apparaten zijn… dingen heffen… gewichtjes… ja een paar jonge mensen denken ‘Ik ben nog sterk.’ Dat kunnen ze vast wel. Ik weet niet, een beetje leven brengen in hier.

*Dus jij zegt, motiveren d.m.v. Zorg geven op vraag.*

Ja.

*Aanbod geven op vraag.*

Ja.

*Hoe denk jij dat te doen. Sommige mensen met afasie kunnen niet goed duidelijk maken wat zij willen. Dan heb je gezegd je kunt kijken naar de voorgeschiedenis en als dat niet werkt. Als die middelen die je daarbij aanbiedt. Hoe denk jij om zo’n mens te kunnen motiveren. Kijkend bijvoorbeeld naar je eigen cliënt.*

Misschien door een, een, ergens in een omgeving te zetten die toch een beetje aantrekkelijk is voor die persoon. Ik weet niet in hoe of wat. Ze hebben toentertijd hier ook iets met Wii® gedaan maar dan is het ineens zo een drukte want die is aan de beurt en dan die. Voor je het weet is het afgelopen dan moeten ze ook allemaal van boven komen en dan is de lift ook weer druk. Voordat ze hier aankomen dan is de tijd misschien ook bijna voorbij dan heb je net één balletje kunnen slaan.

*Maar de Wii® sloeg dus wel aan?*

Ja volgens mij wel hoor, bij sommige. Sommige kwamen er niet aan toe. Want dan zagen wij met collega’s ‘hè, die is nog niet geweest’, of ‘die heeft het maar heel even gedaan’.

*Dus dan zou dat in de logistiek anders moeten…*

Ja misschien andere ruimte ik weet het ook niet.

*Nog één laatste vraag. Zijn er zaken waarvan u denkt dat hebben ze nooit gedaan en dat zouden ze kunnen proberen. Gewoon als je niet denkt aan beperkingen, niet denkt aan geld.*

Ja vroeger, heel lang geleden, was er hier een zwembad.

*Dat hoor ik van iedereen.*

Dat was een vraag, zwemmen. Want wij hebben hierboven op 2 (etage 2) wel een bad. We proberen ook iedereen wel een keer in bad te doen, één keer in de maand. Sowieso is het voor de comateuze mensen ontspannend en al. Maar je hebt andere die ook weer zeggen: ‘Nee, een bad doe ik altijd thuis’. Ja die kun je ook niet dwingen. Misschien vindt een ander een bad waarin iedereen gaat ook wel weer vuil. Dan leg je uit ‘nee we maken het toch weer schoon’, of die persoon wil door de passiviteit niet van de afdeling af. Maar misschien een zwembad, met elkaar gezellig badderen. Ja ik denk het wel. Dat dat ook wel een klus zou zijn.

*Dank je wel. Dat was ‘m.*

Graag gedaan.

### Interview 8, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1952 20-07-2005

**Hoogst genoten opleiding:**

HBS Instructeur voor auto/motor/ enz.

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

NAH /klankschalen / agressietraining.

**Baan omschrijving:**

Activiteitenbegeleider

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

36 uur, dagen regelmatig.

**Taken behorende tot de baan:**

Cliënten motiveren aan activiteiten deel te nemen, activiteiten organiseren.

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

-

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**
2. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

### Interview 8, Topiclijst.

*Waarom ben je begonnen met het werk?*

Ik ben hier min of meer ingerold. Ik heb autorijles gegeven. Ik heb de middelbare school gedaan, mijn vwo gedaan. Vroeger heette dat HBS. Toen kwam ik bij het ministerie terecht en daar kon ik allerlei opleidingen volgen maar ik vond het helemaal niet leuk. Ik zat altijd naar buiten te kijken en ik zag mensen lekker vrij zijn buiten. Ik dacht: ‘Weet je, ik gooi het over een andere boeg. Ik ga autorijles geven’. Papieren gehaald. Iedereen verklaarde me voor gek. Ze dachten van, je hebt een zekere carrière daar want ik kon daar ook gaan studeren en weet ik het wat doen. Ik dacht, nee ik ga lekker autorijles geven. Toen ben ik klein begonnen, met de buren enzo. Uiteindelijk is dat heel groot geworden. Ik had 23 auto’s rijden. Toen had ik er geen zin meer in en dacht ik naar 30 jaar: ‘Laat ik eens wat anders doen’. Toen ben ik hier zo’n beetje ingerold. Ik heb niet de papieren voor activiteitenbegeleider maar ik heb door mijn vooropleidingen en mijn ervaringen, heb ik zeg maar wel de tools om dit werk te doen. Want voor rijles moet je mensen ook enthousiast maken, je moet ze beoordelen, je moet ze ook motiveren, je moet ze wat leren. Eigenlijk zit ik een beetje in hetzelfde vakgebied en het zijn wat rustigere tijden.

*Wat wist je van NAH toen je hier net kwam werken?*

Nou niet veel. Ik heb ook een cursus NAH gekregen. Toen is mij duidelijk geworden wat er eigenlijk aan de hand is met die mensen.

*En hoelang heeft dat geduurd voordat je de cursus heb gekregen?*

Ja vrij in het begin al. Dan leer je waar de aandoening zit, dat dat hele andere gevolgen kan hebben want niemand is gelijk. Het kan net een millimeter schelen de aandoening, en je vertoont ander gedrag.

*Wat weet je van het letsel en het trauma van de mensen waar je mee werkt?*

Dat vind je in het dossier. Dat kan je terugvinden in het dossier dan zie je daar een achtergrond, hoe mensen heir gekomen zijn.

*Maak je daar wel eens gebruik van?*

In het begin wel. Toen wilde ik perse weten wat voor een iemand ik had. Maar al gaandeweg werd me duidelijk dat ik beter blanco tegenover mensen kan staan. Dan heb ik er nog geen beeld van. Als iemand een zwaar auto-ongeluk heeft, met bijbehorend gedrag. Dan sluit je onbewust al wat uit, dat zal wel niet kunnen en dat zal wel niet kunnen.

*Dus je bent een soort van “selffulfilling prophecy” aan het maken? Wat je denkt projecteer je op die persoon en geeft daarom geen open mogelijkheden voor alles.*

Ja ik wil er blanco tegenover staan. Als je er blanco tegenover staat werkt dat toch prettiger. Ik lees het achteraf wel hoor, na een tijdje. Toch even kijken en dan kan je het een beetje “fine tunen.

*Wat zijn de leuke dingen in het werk die je tegenkomt? Wat motiveert jou?*

Het motiveert me om mensen een leuke dagbesteding te geven. Die mensen zijn hier niet voor niets. Het kan door allemaal oorzaken, kan je hier terecht komen. Ik heb me nooit met ziekte bezig gehouden. Voordat ik hier kwam ben ik nog nooit in een huis als dit geweest. Ik heb ook helemaal nooit familie in een bejaardenhuis gehad of familie die dement werden ofzo. Dus dit was voor mij de allereerste kennismaking. Het motiveert me om mensen dus een leuke dagbesteding te geven en ze een beetje hun ziekte te doen vergeten. Dat ze een beetje… toch nog een beetje lol in het leven hebben.

*Wat zijn de lastige dingen?*

Ja, dat zijn er eigenlijk niet veel. Ik probeer het altijd om te draaien. Als iets last is, bepaald gedrag kan vervelend zijn.. Ja het is wel eens vervelend als mensen je claimen. Ze kunnen je heel erg claimen…

*Cliënten?*

Cliënten. Ze kennen me allemaal hier en omdat ik best wel opensta voor mensen, dan is het vaak ‘Willem, Willem!’. Dan moet ik ze af en toe ook zeggen van: ‘Nou ik heb nu even geen tijd’. Maar dat komt ook door mijn eigen gedrag omdat ik het ook toesta. Ik wil het ook, ik zou niet kort willen zijn tegen mensen ‘Nee, ik kan niet, ik kan niet’, of ‘nu geen tijd’. Daardoor kunnen ze je claimen. Bijvoorbeeld bij de dagbehandeling zit er iemand en die zegt constant elke keer: ‘Willem, help je me met dit en dat…’ en een minuut later: ‘Willem je helpt me toch wel?’. Met mijn jas of met eten. Daar word je soms wel eens tureluurs van.

*En organisatorisch?*

Organisatorisch, binnen het bedrijf bedoel je?

*Ja.*

Daar vind ik dat de communicatie beter moet. Er lopen nog heel veel dingen langs elkaar heen.

*Welke communicatie?*

Met alles. De lijnen moeten korter zijn.

*Verticale lijnen of horizontale lijnen?*

Uhm allebei. Toen ik vroeger een rijschool had… Ik hou van hele korte contacten. Als er iets met – ik had 23 mensen bij me werken –een klacht was, dan ging ik gelijk naar die persoon toe. Dan ging ik even voor het “hoe en waarom”. Een klacht kan ook onterecht zijn, of het even kortsluiten en dan niet via een ander ‘ja die en die’, nee gewoon rechtsreeks.

*Dus hoe zou jij dat hier in de praktijk willen zien?*

Kortere lijnen. Ik vind ook: mail kunnen mensen zich ook achter verschuilen. Ik vind mail ook heel makkelijk ‘kan jij heel even iets doen?’ zus of zo. Dan kan je nee of ja zeggen maar als je face-to-face mensen praat dan kan je veel eerder zeggen, dan doen mensen dat minder gauw.

*Dus jij zegt organisatorisch zou, het op gebied van communicatie, zou jij het prettiger vinden als de lijnen korter zouden worden.*

Ja.

*Zijn er verder nog dingen die jij ziet, van ‘het werk wordt daardoor belemmerd’ of loop je tegen aan?*

Weet je wat? Ik laat dat naast me liggen. Als het een beetje te moeilijk is of als er teveel toestanden zijn dan sluit ik mijn oren en ga ik weer verder. Dat is niet om het te ontlopen. Want als er problemen zijn dan sta ik er wel. Maar er is zoveel geouwehoer soms. Dan denk ik van… daar hou ik niet van. Ik hou van één op één. Als er iets is zeg het tegen die persoon.

*Okay. Dat is duidelijk. Heb je buiten WZH Nieuw Berkendael gewerkt met mensen met gedragsproblemen?*

Nee.

*Binnen?*

Ja wel ja.

*En met gedragsproblemen in agressiviteit ook?*

Ja.

*Hoe was dat?*

Weet je ik neem het niet serieus. En ik ben niet bang. Dat is ook zo, dat scheelt ook heel veel. Ik zal je een voorbeeld geven: er was heir een man – die is nu allang weg – en die was heel lief en op een gegeven moment kon hij, door wat dan ook, omdraaien en dan was je een lul en een homo en een weet ik het allemaal. Ik moest daar altijd om lachen. Dan denk ik van ‘nah’. Ik kan me voorstellen dat mensen dan boos worden maar ik trek het me niet persoonlijk aan. Dus eigenlijk maak ik het niet veel mee.

*Nouja je had net al gezegd: deze mensen daar weet je wel van het letsel en trauma maar daar heb je meer voorkeur aan omdat daarna te lezen pas. Om met een blanco vel te beginnen.*

Ik wissel het eigenlijk af. In het begin las ik het altijd en soms lees ik het nog wel dan weer niet. Ik speel er een beetje mee. Voor mezelf, om me blanco te houden en ook om mijzelf te toetsen: ‘Zou dat zo zijn?’ Dan kijk en zie ik, dat en dat deel is tóch uitgeschakeld.

*Wat is volgens u de beste manier om deze cliënten te behandelen?*

(begint een beetje te lachen)

*Gooi ik zomaar even als vraag naar je toe.*

Zijn wel goede vragen trouwens, moet ik zeggen.

*Dank je.*

Cliënten behandelen of het een familielid van je is. Als er iemand binnenkomt kan het je vader, moeder, oom, tante, zus of broer zijn. Als je je daarin inleeft, heb je automatisch de houding: “zoals ik behandeld wil worden, behandel ik die mensen ook”. Heel idealistisch maar ja.

*Welke middelen zijn gebruikt bij het begeleiden van deze mensen? En dan heb ik het niet eens zozeer over specifieke methoden die gebruikt zijn maar gewoon echt concrete middelen: Wii® is middel dat gebruikt wordt, dat er een keer met honden gewandeld is en zwemmen is geweest. Wat zin nog meer middelen die nog niet…*

Nou je kijkt eerst naar – dat heb je dan wel weer nodig – als je de achtergronden van de mensen weet waar ze vroeger hun hobby’s hadden.

*Voorgeschiedenis.*

Ja hun voorgeschiedenis. Dan kunnen mensen – door een hond die ze vroeger hadden – gemotiveerd worden om hondentekeningen te maken of een wandeling te maken naar een kinderboerderij. Daar heb je dus die achtergrond voor nodig.

*Dus je zegt, je kunt één middel gebruiken om motivatie voor meerdere activiteiten op te kunnen wekken.*

Ja hun interesse gebied is heel belangrijk, maar dat wil nog niet zeggen dat hun interessegebied nog intact is. Als iemand vroeger hobby’s had of bepaalde interessegebieden, dan wil dat niet zeggen dat dat nu weer zo is. Het kan helemaal omgedraaid zijn. Mensen die vroeger geduldig waren kunnen nu ineens super ongeduldig zijn. Of het kan heel erg versterkt worden dat ongeduldig was nu nog ongeduldiger is. Het kan alle kanten op slaan. Maar om even op die interesses terug te komen. Ik gebruik heel veel humor en ik zit mensen ook een beetje te plagen. Als iemand zegt: ‘Nee, ik doe niet mee’, dan zeg ik: ‘Nee, dat weet ik joh. Je kan het toch niet’. Dan zitten ze me aan te kijken; ‘dat kan ik toch niet?’ Dan worden ze en beetje getriggerd en dan zeg ik: ‘Nou joh, laat anders wat zien’. Dan komen ze erbij en dan is mijn missie geslaagd. Dan kan je doorgroeien met die persoon. Dus humor, een beetje plagen, wel serieus nemen natuurlijk want als ik zeg van ‘nee dat kan je niet’, dat is ook niet goed. Maar een beetje plagen ‘dat kan je toch niet… anders laat het maar even zien’. Je kan van alles gebruiken. Met mensen die van koken hielden, die kan je weer bij de kookgroepen neerzetten, recepten schrijven, praatgroepen over eten. Het kan op vele manieren toegepast worden.

*Zijn er middelen die gebruikt zijn die nu niet meer van toepassing zijn?*

Nee. Nee niet. Ja ik vind het wel jammer dat bijvoorbeeld zwemmen weg is. Ik deed het zwemmen altijd met de mensen. Elke woensdag. Ook met comamensen. Je kan niet aan de mensen vragen of ze het lekker vinden maar ze lagen in het water met een band om hun nek en hun armen en ze dreven lekker, het was warm water. Op één of andere manier voel je dat ze het naar hun zin hebben. Ze waren toch ontspannen. Dat vind ik wel jammer dat dat er niet meer is. Het kostenplaatje was te groot.

*Zijn er zaken waarvan u denkt dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze best wel eens een keer kunnen proberen. En dan eigenlijk even helemaal vergeten hoe duur het is, of tijdrovend en of er genoeg bezetting is en dat soort dingen. Maar gewoon vanuit het creatieve, vanuit het associatieve als je bezig bent.*

Ja er zijn heel veel dingen.

*Noem er maar wat.*

We zijn begonnen met klankschalen. Yoga is er. Maar ik heb ook massageprojecten geleidt hier, dat was ook weer te duur. Maar ik merkte wel dat als de mensen gemasseerd worden – gewoon voor het lekkere, niet als therapie, niet dat ze pijn hebben ofzo maar gewoon lekker voor de ontspanning – dat ze voor de zorg veel minder “lastig”, tussen aanhalingstekens, zijn. Want ze voelen zich lekker als je ze van te voren gemasseerd hebt en daarna ga je douche in enzo. Ze zijn vaak minder stijf. Ze zijn vrolijker. Ze zijn minder….. Ja je haalt heel veel weg. Dat vind ik echt jammer dat dat weg is.

*Het is wel lichamelijk maar het is toch een mentale zorg van het welbevinden van de mens.*

Ja. En die klankschalen werkten ook mee en die Yoga ook. Maar die massage vond ik nog eigenlijk het leukste. Dat soort uhm… geurtherapieën lijkt me ook. Dat mensen weer geprikkeld worden want een geur dat brengt heel veel herinneringen naar boven. Geur dan herinner je jezelf ineens weer: eerste vriendje of vriendinnetje. En dan denken ze ‘Ohja, dat was toen met tante die en die, die roken ook zo’.

*Ja mandarijnen doen me aan sinterklaas denken.*

Precies!

*Okay heel erg bedankt.*

Graag gedaan.

Interview 9, Vragenlijst.

**Naam:**

Anoniem

**Geboorte datum: In dienst bij WZH Nieuw Berkendael sinds:**

-1988 11-2010

**Hoogst genoten opleiding:**

Verpleegkundige

**Welke andere opleidingen of cursussen heeft u gevolgd:**

-

**Baan omschrijving:**

Verpleegkundige

**Hoe veel uur werkt u in de week en zijn de dagen regelmatig:**

32, niet regelmatig

**Taken behorende tot de baan:**

- Basiszorg

- Verpleegtechnische handelingen

- Oudste verzorger

**Taken niet-behorende tot de baan maar wel tot de dagelijkse werkrealiteit:**

**-** Mensen naar dagbesteding brengen.

1. **Hoe lang al werkzaam in de zorgsector?**

* 6 Jaar

1. **Heb je ook een soortgelijke baan gehad?**

* Psychiatrie, Ziekenhuis, Revalidatie (allen stage)

## 

### Interview 9, topiclijst.

*Waarom ben je begonnen met dit werk?*

Hier in Nieuw Berkendael?

*Ja.*

Ik had op internet verschillende vacatures gezocht over wat ik leuk vind. Hier was eerst een beetje revalidatie, ik vind revalidatie leuk. Jammer genoeg hebben ze het nu veranderd , het is nu niet meer revalidatie, het is nu chronisch maar ik vind het toch best leuk.

*Toch nog wel?*

Ja.

*Wat vind je leuk aan het werk?*

Hier of algemeen in revalidatie?

*Nee, hier.*

Het is dankbaar. Je doet iets en de mensen zijn – de meesten dan – zijn dankbaar. Ik vind het medische echt leuk. Dus echt verplicht technische handelingen, alles wat met het medische te maken heeft vind ik leuk.

*Okay. Wat wist je in het begin, toen je hier kwam werken, van NAH?*

Niet zo veel. Alleen van CVA patiënten. Ik heb op een CVA afdeling gewerkt dus alleen van CVA wist ik een beetje. Maar niet zo veel.

*En nu?*

Ja, nu wel. Redelijk ja.

*Wat zijn verschillen in kennis die je nu hebt ten opzichte van toen je net begon?*

Gewoon hoe je omgaat met de mensen. Je hebt verschillende bewoners, als je de ziekte niet goed begrijpt, de mensen niet goed kent, kun je niet omgaan met de mensen. Dus je moet echt die persoon goed leren kennen, de communicatie, hoe je dan met die persoon omgaat.

*Want je gaat binnenkort die NAH-cursus nog doen?*

Ja.

*Wat verwacht je daar te leren?*

Meer medisch, dus wat het allemaal precies is, wat ik nog niet weet. Vooral hoe ik moet omgaan met de mensen.

*Je had gezegd dat er leuke dingen zijn, maar zijn er ook lastige dingen die je tegenkomt?*

Ja. Sommige bewoners gewoon. Ze hebben geen inzicht van de ziekte. Bijvoorbeeld: wij hebben een cliënt die wil niet eten en niet drinken en hoe je het ook probeert uit te leggen, hij wil het gewoon niet. Soms is het ook moeilijk met familie. Familie die begrijpt het ook niet en dan heb je ook – niet echt een conflict maar hoe zeg je dat?

*Lastig uitleggen.*

Ja het is gewoon moeilijk met de familie als ze het niet begrijpen.

*Het dringt niet door?*

Ja.

*Hoe wordt je daarin ondersteund?*

Ja door collega’s.

*Kunnen die ook dingen vertellen - nu je die cursus nog niet gehad hebt – kunnen ze dingen uit die cursus vertellen waardoor gedrag beter te begrijpen is?*

Ja zeker.

*En lastige dingen, organisatorisch. Dus in de organisatie, wat zijn de dingen waar je daar tegenaan loopt?*

Uhm..

*Zijn er überhaupt dingen waar je tegenaan loopt, waar je organisatorisch tegenaan loopt?\*

Uhm even denken. Ja ik denk, soms willen ze wat anders proberen enzo maar we zijn niet echt op de hoogte daarvan.

*Okay.*

Dus we horen dat er veranderingen zijn maar verder weten we niet waarom en waarom ze ‘dat’ veranderen.

*Kun je daar een voorbeeld van noemen?*

Uhm ze willen niet meer dat wij uniformen dragen omdat ze het minder klinisch willen. Het is sinds ik hier kwam al zo maar verder nooit meer gehoord waarom het precies is en onze mening erover. Ik vind het toch met uniform – het hoeft niet helemaal in het wit – maar ik vind het wel meer hygiëne en ook handiger als je uniform hebt dan dat je elke dag met je eigen kleren naar werk komt.

*Dus wat je zegt: als er veranderingen doorgevoerd worden dan heb je het gevoel dat voordat die verandering doorgevoerd wordt dat er weinig naar gevraagd is, onderzoek naar gedaan is, bij de begeleiding en verpleegkundigen?*

Ja.

*En waar kan je dat uiten? Hoe wordt je daarin ondersteund.*

Ja goeie vraag. Ja ik denk gewoon met collega’s.

*Denk je dan dat daar ook verandering in kan komen als je het er met collega’s over hebt?*

Niet echt maar we kunnen als er nog meer collega’s mee eens zijn kunnen we het bij de teamleider naar voren brengen. Zo van: ‘we zijn het er allemaal niet heel erg mee eens’, dat is ook anders dan wanneer iemand alleen gaat.

*Ja okay. Even kijken… heb je de handleidingen en protocollen gekregen? Alle.*

Ja.

*Allemaal gelezen?*

Nee niet allemaal gelezen.

*Heb je daar een reden voor?*

Ja het is gewoon teveel. Als ik een verplicht technische handeling moet uitvoeren – de eerste keer – dan ga ik wel het protocol uitzoeken maar gewoonlijk niet want volgende week vergeet ik het weer waar die protocol voor is.

*Stel nou dat… Voor die nieuwe activiteiten voor de begeleiding moet ik een handleiding voor gaan schrijven. Hoe kan ik dat op zo’n manier doen dat het goed te lezen is, makkelijk te lezen is. Wat zou het voor jou aantrekkelijk maken om toch die handleiding even door te lezen?*

Ja we precies weten voor wat het is en als er op de afdeling gewoon gezegd wordt: ‘Hey, er is een nieuwe handleiding voor activiteiten’ en het is iets dat we echt – laat ik maar zeggen – bijna elke dag moeten gebruiken dan gaan we er wel in kijken.

*Dus als je weet dat je er echt iets aan hebt dan ga je het lezen?*

Ja.

*Maar als je zoiets hebt van ‘ja ik ga het één keer in de maand gebruiken’ laat ’t dan maar zitten.*

Uhm ja…

*Ja je kan eerlijk zijn.*

Nee toch niet…. Nou ja misschien wel. (lacht)

*Heb je behoefte aan meer kennis?*

Ja natuurlijk.

*Hoe wil je die tot je krijgen?*

Ja ik wil meer cursussen doen en je kunt gewoon verder studeren.

*Okay. Heb je buiten WZH Nieuw Berkendael gewerkt met NAH cliënten met gedragsproblemen in agressie?*

Ja. Zeker weten.

*Hoe was dat?*

Het was heftig. Het was een gesloten afdeling met echt agressieve mensen. Je moet altijd met je pieper lopen want meteen als iemand agressief wordt moet je drukken.

*Hier werk je ook met cliënten met gedragsproblemen. Waarin zie je verschil in begeleiding? Zie je verschil in begeleiding?*

Ja er is een groot verschil. Ze hebben allebei agressief gedrag maar er is een verschil in NAH en psychiatrie. Psychiatrie; ze weten niet precies wat ze hebben, ze hebben helemaal geen ziekte inzicht. Waar ik heb gewerkt was een gesloten (…) er was niet veel begeleiding. Het was elke dag kijken hoe het gaat proberen te voorkómen dat er een incident gebeurt of dat iemand gaar vechten dat is elke proberen te voorkomen.

*En hier?*

Hier heb je – ik weet niet van andere afdelingen – heb je niet zo veel mensen die echt agressief zijn. Sommige wel maar de mensen die ik hier op de afdeling heb die agressief zijn, als je persoon even laat of ik zeg tegen die persoon: ‘ga eventjes naar uw kamer’, daarna is het wel beter.

*Okay, ja. Wat weet je van het letsel en trauma van de cliënten met gedragsproblemen in agressie.*

Dus uhmm… (kijkt vragend)

*Dus het letsel: wat ze hebben en het trauma hoe het is gekomen.*

Ja van de meeste mensen weet ik wel wat er is gebeurd.

*Heb je behoefte aan meer informatie daarover?*

Ja bij sommige mensen wel. Bij sommige mensen weet ik niet precies wat er is gebeurd. Ik weet wel wat het incident was maar niet alles.

*Ja wat zou je dan precies nog willen weten?*

Ja ik weet alleen dat die persoon bijvoorbeeld is gevallen maar ik weet niet wat de reden is, was die persoon bijvoorbeeld dronken of gewoon door ziekte. Dus ik weet niet precies wat de reden is. Van het incident ook.

*Wat weet je van de voorgeschiedenis van de cliënten?*

Ja bij de meeste mensen weten we wel genoeg geschiedenis en dat staat ook in de dossiers.

*Is dat voldoende, wat je in het dossier vindt?*

Niet bij iedereen.

*Want?*

Ja bij sommige mensen is de voorgeschiedenis… ja er staat gewoon niet zo veel. Misschien waren ze in het buitenland en toen zijn ze hier gekomen en weten ze niet precies wat er vroeger is gebeurd. Dan weten we niet; misschien heeft dat (ze bedoelt het gedrag) ermee te maken. Niet voor iedereen staat de hele voorgeschiedenis erin.

*Wat is volgens jou de beste manier om deze cliënten te behandelen? Dan heb ik het echt alleen over de cliënten met gedragsproblemen in agressiviteit.*

Je moet geduld hebben. Hoe kan ik het uitleggen.

*Dus geduld.*

Ja je moet nooit laten zien alsof jij boven hen staat.

*Dus een gelijkwaardige relatie.*

Ja dus niet; ‘jij moet dat doen’. Gewoon vragen; ‘Wat wilt u nu gaan doen?’ Dus echt in gesprek met hun gaan. Soms als je boven hen gaat staan – commanderen, laat ’t me zo zeggen – kunnen ze heel boos worden. Echt…. Hm ik kan dat woord niet vinden…..

*Misschien in het Engels of in het Spaans?*

Structuur. Je moet de mensen veel structuur geven en proberen hun vertrouwen… dat zij je vertrouwen.

*Hoe denk je dat dat het beste gevonden kan worden, dat vertrouwen?*

Bij mensen die goed kunnen praten….

*En bij mensen die niet goed kunnen praten?*

Uhm ja probeer toch…. Kijk hoe je met hen kan communiceren. Je moet hen laten zien dat je er voor hen bent. Dat ze kunnen zien dat ze jou kunnen vertrouwen. Dus gewoon open zijn voor hen, luisteren als ze kunnen praten. Ja probeer echt in gesprek met hen te gaan.

*Welke middelen zijn gebruikt bij het begeleiden van deze cliënten? Weet jij dat? In activiteiten of in motivatie van ‘kom we gaan wandelen’. Hoe ze tot motivatie komen?*

We proberen de cliënten te belonen. Bijvoorbeeld met koffie of cliënten die houden van roken belonen met een sigaret.

*Heb je bij andere cliënten ook soortgelijke dingen gezien?*

Nee.

*Dan als laatste vraag. Zijn er zaken waarvan u denkt dat hebben ze nooit gedaan maar dat zouden ze best wel een kunnen proberen. Ideeën die je hebt zonder te denken aan beperkingen die het hebt, geld, tijd.*

Ideeën die je hebt voor de complexere zorgvragen, die met agressie en zo. We zijn nu aan het kijken wat ze in het verleden, vroeger, hebben gedaan en wat we nu kunnen. Bijvoorbeeld een wedstrijd van voetbal kijken of vissen. Dat soort dingen. Maar jah daar zijn we nu mee bezig.

*Vooral kijken naar wat is er vroeger gedaan en hoe kunnen we dat nu aanbieden?*

Ja.

*Okay dank je wel.*

Dat was het?

*Ja .*

# Bijlage 6, Handleiding gespecialiseerde dagbesteding: NAH met gedragsproblematiek in agressie.



Handleiding gespecialiseerde dagbesteding:

NAH met gedragsproblematiek in agressie.

## In opdracht van:

### WZH Nieuw Berkendael.

## auteur:

#### Suzanne van dolen.

## Naar afstudeerscriptie:

#### ‘Niet-aangeboren Hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie: de realisering van een gespecialiseerde dagbesteding.’

### van de opleiding:

Sociaal pedagogische hulpverlening.

### aan:

De Haagse Hogeschool.

Datum: mei 2011

# Handleiding gespecialiseerde dagbesteding: NAH met gedragsproblematiek in agressie.

*´(…)Estoy en donde estuve:*

*Voy detrás del murmullo,*

*Pasos dentro de mí, oídos con los ojos,*

*El murmullo es mental, yo soy mis pasos,*

*Oigo las voces que yo pienso,*

*Las voces que me piensan al pensarlas.*

*Soy la sombra que arrojan mis palabras.’*

*‘(..)Ik ben waar ik was:*

*Ik loop achter het geruis,*

*De voetstappen binnen mij, gehoord met mijn ogen,*

*Het geruis is in de gedachten, ik ben mijn voetstappen,*

*Ik hoor de stemmen die ik denk,*

*De stemmen die mij denken terwijl ik hen denk.*

*Ik ben de schaduw die mijn woorden werpen.’*

Octavio paz *‘Pasado en Claro’* (1974)

# inleiding.

Wij zijn wat wij denken. Wij zijn ons brein. Wij zijn een schaduw die onze woorden werpen. Wat nou als je niet meer kunt lopen behalve in gedachten. Wat als de gedachten niet als woorden geworpen kunnen worden. Ben je dan een mens zonder schaduw? Leef je dan enkel nog in het donker of besta je dan zelfs helemaal niet? Je bent lijfelijk waar je was maar mentaal heel ergens anders beland. Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel hebben opnieuw te leren leven in diezelfde wereld waar je ooit anders was.

*‘Niet-aangeboren hersenletsel wil zeggen: beschadiging van het hersenweefsel door een hersenaandoening die op enig moment na de geboorte is ontstaan en die niet samenhangt met zwangerschap en bevalling. Door de gevolgen van die beschadiging ontstaat een breuk in de levenslijn. Vaak is er sprake van een complexe combinatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, zodat de patiënt en zijn directe omgeving een beroep op meerdere zorgaanbieders moeten doen.’ (Nederlandse vereniging revalidatieartsen) 1*

In dit document wordt beschreven wat er allemaal nodig is om te komen tot een goede gespecialiseerde dagbesteding voor NAH-cliënten met gedragsproblemen in agressie. Het is een eindproduct van de afstudeerscriptie: *‘Niet-aangeboren hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie: de realisering van een gespecialiseerde dagbesteding’,* te vinden in de literatuurlijst in bijlage 1. Vanwege gebruikersgemak is de verantwoording van deze handleiding ook daarin te vinden. Wanneer er gesproken wordt over ‘de cliënt’ gaat het over de cliënt die aan de insluitingscriteria voldoet beschreven in deze handleiding en die begeleid wordt door middel van deze handleiding. De volgende punten komen aan bod:

|  |  |
| --- | --- |
| Inhoud | Pagina |
| Vraagstelling en doelstelling | 3 |
| Doel handleiding | 3 |
| Doelgroep: in- en uitsluitingscriteria | 3 |
| Voorwaarde begeleiding | 4 |
| Communicatie- en gedragsomgang: de voorwaarde- tiplijst | 5 |
| Leidraad omgang agressief gedrag | 7 |
| Behandelplan | 8 |
| Targetlist en base-line | 10 |
| Bijlage 1 | 11 |
| Bijlage 2 | 12 |
|  |  |

# vraagstelling en doelstelling.

Bij WZH Nieuw Berkendael is sinds februari 2010 een dagactiviteitencentrum geopend voor de doelgroepen: 1) zorg voor mensen met *NAH*; 2)zorg voor mensen met *neurologische aandoeningen* en 3) zorg voor mensen in *coma*. Het is de bedoeling dat het dagactiviteitencentrum met een vraaggericht aanbod van dagbesteding en werkgerichte activiteiten komt. Het is alleen niet volledig aansluitend bij de drie doelgroepen. De groep die erbuiten valt is dus bestaande uit de drie algemene doelgroepen en is door middel van een *vooronderzoek* vanuit WZH Nieuw Berkendael, op basis van observaties en verslagen, verder gespecificeerd als ‘mensen met NAH en gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid’. Deze doelgroep is in tweeën gesplitst [1) gedragsproblematiek in agressie en 2) prikkelovergevoeligheid] en geplaatst in de gespecialiseerde dagbesteding. Het probleem is dat er nog niet genoeg kennis en onvoldoende passende activiteiten zijn om een dagbestedingsprogramma voor cliënten met NAH met gedragsproblematiek al dan niet in combinatie met prikkelovergevoeligheid op te zetten.

Voortkomend uit dit probleem komt de vraag: ‘Hoe kunnen we een passende dagbesteding creëren voor deze doelgroep die nu buiten de boot valt?’. De handleiding biedt daartoe handreikingen

# Doel handleiding

Het doel van deze handleiding is tweeledig. Als primair doel gaat het om het verstrekken van de volgende gegevens: 1) het behandelplan van het ontwikkelingstraject van de dagbesteding en 2) de voorwaarden om deze dagbesteding te realiseren.  Secundair doel is het succesvol realiseren van deze gespecialiseerde dagbesteding. Deze handleiding is bedoeld voor begeleiders en de opdrachtgever WZH Nieuw Berkendael.

# doelgroep: in- en uitsluitingscriteria

### insluitingscriteria:

* De cliënt is woonachtig in het verpleeghuis waar deze handleiding gebruikt wordt; in dit geval WZH Nieuw Berkendael.
* De cliënt beschikt over een indicatie voor langdurig verblijf met behandeling.
* De cliënt heeft gedragsproblematiek vanuit een niet-aangeboren hersenletsel. Dan wel door een neuropsychologische oorzaak, dan wel vanuit verwerkingsproblematiek of pré-morbide eigenschappen.

### uitsluitingscriteria:

* De cliënt heeft is bekend met psychogeriatrische problematiek.
* De cliënt zijn/haar de hersenstructuren zo zijn aangetast dat de cliënt geen hedonistische respons kan krijgen, (weinig of geen moeite doet om beloning te krijgen en pijn te vermijden).
* De cliënt het post-traumatisch hysterisch syndroom heeft.
* De cliënt heeft medische behandeling nodig die niet in het verpleeghuis geboden kan worden.
* De cliënt heeft een hoge prikkelovergevoeligheid.
* De cliënt verkeert in een comateuze of vegetatieve toestand.
* Als tijdens het ontwikkelingstraject blijkt dat de cliënt op geen enkele wijze te prikkelen valt om deel te nemen in een door de begeleider opgezette passieve of actieve activiteit.

# voorwaarden begeleiding.

### Capaciteit.

In het begin van het ontwikkelingstraject zijn de activiteiten individueel. Zoals in het behandelplan (zie blz. 7) beschreven, wordt tijdens de evaluatie bekeken of een cliënt toe is aan het uitproberen van deelname in een kleine groep. Wat de capaciteit van deze groep is nog niet bekend. Vooralsnog moet nog geëxperimenteerd worden wat een aanvaardbare begeleiding – cliënt ratio is. Één op zes lijkt geschikt maar tijd zou moeten bewijzen of dat klopt. Voor de structuur en het element ‘vertrouwensband opbouwen’ [zoals in het behandelplan wordt uitgelegd] moet het aantal onbekende begeleiders tot het minimum beperkt worden. Aanwezigheid van stagiaires en vrijwilligers is om deze reden – en vanwege de voorwaarde aan begeleiding – sterk af te raden. Mantelzorg wordt in de beginfasen ook afgeraden omdat er een vertrouwensband tussen begeleider en cliënt moet opgebouwd. Als in opbouwfase 1 en 2 blijkt dat de cliënt gebaat is bij aanwezigheid van mantelzorgers tijdens passieve of actieve activiteiten zal in een MDO overleg moeten besproken worden hoe dit geïmplementeerd zal worden.

### voorwaarde begeleiding

De begeleiding zal over een x-aantal vaardigheden moeten bezitten om deze gespecialiseerde dagbesteding te kunnen uitvoeren. Een begeleider dient te kunnen accepteren dat een cliënt activiteiten kan weigeren, maar dient wel te blijven zorgen voor prikkeling. De functie is senior activiteitenbegeleider[-ster] en de begeleider zal over de juiste diploma’s moeten bezitten om deze functie uit te mogen voeren, een cursus NAH-cliënten en agressietraining te hebben gevolgd en afgerond. Het is het best als de begeleiding bekend is met de werkwijze van de instelling / organisatie. Is dit niet het geval kan gedacht worden aan een meeloop periode bij het dagactiviteitencentrum. Daarnaast zullen de al eerder benoemde vaardigheden in de volgende opsomming als criteria gelden.

* Algemene vaardigheden:
  + Zelfreflectie,
  + gespreksvaardigheden.
* Persoonlijke begeleidingsvaardigheden:
  + toepassen van geleerde kennis over gevolgen v.d. handicaps,
  + zelfredzaamheid van bewoners bevorderen,
  + adequaat reageren op gedragsproblemen bij cliënten,
  + met familie en kennissen van cliënt contact onderhouden in samenspraak met Persoonlijk Begeleider van de cliënt.
* Methodisch werken:
  + observaties uitvoeren,
  + hulpvragen analyseren,
  + hulpverleningsdoelen formuleren,
  + handelingsplanmatig werken, maar ook flexibel kunnen zijn.
  + eigen werkzaamheden kunnen organiseren.
* Samenwerkingsvaardigheden:
  + rapporteren,
  + kunnen geven en ontvangen feedback/ kritiek.
* Beleidsvoorbereiding:
  + kennis hebben van vakliteratuur,
  + hulpverleningstekorten kunnen signaleren.

*(Vos and Eilander, 1994)*

### voorwaarde omstandigheid:

De activiteiten dienen op een rustige tijdstip uitgekozen te worden in een ruimte waar zo min mogelijk prikkels aanwezig zijn. Wanneer de activiteit een transfer behoeft, zal deze via een voor de cliënt herkenbare / herhaalde route worden uitgevoerd. De basiscriteria voor de te gebruiken ruimten zijn prikkelarm, veiligheid, hygiëne en rolstoeltoegankelijkheid.

Communicatie- en gedragsomgang: de voorwaarde-tiplijst.

Deze lijst is een combinatie van voorwaarden en tips uit verschillende literatuur die de basis vormt voor elke communicatie met de cliënt. In de linker kolom staan de verschillende aspecten die met communicatie te maken hebben, dus ook gedragingen. De tips kunnen helpen bij vermoeilijkte communicatie door omgevingscondities te duiden en boodschappen te verduidelijken. Aan te raden is om er met behulp van een logopediste achter te komen wat voor een soort afasie de cliënt heeft. Als een cliënt bekend is met ernstige afasie is het ook handig om voorafgaande aan de start van het ontwikkelingstraject rond te vragen in het verpleeghuis naar eventuele betekenissen van geluiden en houdingen van de cliënt. Hierbij kan een lijst opgesteld worden die kan helpen bij het begrijpen van communicatie-uitingen van de cliënt. Ook wordt aangeraden deze bij te houden en aan te vullen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspecten** | **Voorwaarden** |
| Taalgebruik | 1. **Naam van cliënt** noemen voordat je gaat praten. 2. **Korte zinnen,** soms maximaal twee woorden. Dit ligt aan de ernst van de afasie. 3. **Geen moeilijke woorden** gebruiken. 4. **Eenduidig taalgebruik**, een woord moet maar één betekenis hebben. 5. **Duidelijk articuleren.** Maar niet overdrijven. 6. **Pas het tempo aan.** Woorden kunnen voor de cliënt in elkaar overgaan en dat vermoeilijkt het begrip van zin. 7. **Gesloten vragen** stellen als duidelijk is dat open vragen te moeilijk zijn. 8. Maar **één ding tegelijk** vragen of zeggen. 9. Stel **geen ‘waarom vragen’**, maar concrete ‘wat’, ‘wanneer’, ‘hoeveel’, ‘wie’ en ‘waar’.   LET OP:   1. **Vermijd kinderlijk taalgebruik! Let hierbij ook op de intonatie!** Houd in het achterhoofd dat de cliënten volwassen zijn en niet verstandelijk gehandicapt of seniel. Kinderlijk taalgebruik ondermijnt elk respect dat er voor een cliënt bestaat. |
| Taal-ondersteuning | 1. **Hou een duidelijke structuur in het gesprek.** Benoem voor het gesprek begint eerst kort je doel, dan het onderwerp en dan de hoeveelheid tijd die je hebt. 2. **Duidelijke intonatie.** Niet overdrijven. Ook hier geen kinderlijk taalgebruik. 3. **Rustig praten dus niet dwingend.** 4. **Vragen binnen gezichtsveld.** Niet over dingen praten de buiten het gezichtsveld van de cliënt staan.   TIPS:   1. **Gebaren gebruiken.** Bijvoorbeeld een drinkgebaar als je wilt koffiedrinken. 2. **Gebruik foto’s en afbeeldingen** om jouw woorden te onderstrepen. 3. **Gebruik dezelfde bewoording** bij het herhalen van vragen of opdrachten, zoals je dat altijd gebruikt. 4. **Gebruik pen en blocnote** om eventueel kernwoorden over te nemen. Zo hoeft een cliënt niet twee keer moeite te doen om zijn/haar verhaal te vertellen. 5. **Teken** iets wanneer er geen afbeelding van iets bij de hand is. |
| Lichaamstaal | 1. **Neem de tijd.** Zorg dat je echt tijd hebt om te praten, tijdsgebrek straalt namelijk iedereen uit. 2. **Concentreer je alleen op de cliënt** en niet op iets anders. 3. **Zorg voor oogcontact**. 4. **Pauzeer** tussen activiteiten, vragen en opdrachten. 5. **Communiceer vanaf een kleine afstand**, niet vanuit een andere ruimte.   TIPS:   1. **Communiceer op ooghoogte**, dit geeft een meer gelijkwaardige houding. Let er wel op dat je niet gaat hurken, dat doen volwassen bij kinderen en dieren. 2. **Jouw positie** in de ruimte geeft ook signalen af. Dichterbij= meer intiem, verder af= meer afstandelijk. |
| Reactie | 1. **Verbeter een afasiecliënt niet!** Dit geeft frustratie want herstel is maar minimaal aanwezig. 2. **Maak geen woorden en zinnen af** tenzij je ziet dat een cliënt echt worstelt. 3. **Taalgebruik overnemen**. Gebruik de woorden die de cliënt zelf gebruikt, anders kan er verwarring ontstaan. 4. **Herhaal de boodschap** rustig een aantal keer als deze niet begrepen wordt. 5. **Controleer of je goed begrepen en gehoord bent.** 6. **Benoem onbegrip** als je niet snapt waar het over gaat. Geef een alternatief aan: “bedoelt u dit?” 7. **Controleer eigen interpretaties.** Jij kan denken dat een cliënt het moeilijk vindt ergens over te praten, maar dat hoeft niet zo te zijn.   TIPS:   1. **Reageer op elke communicatief signaal** van de cliënt (knikken is ook reageren!), de cliënt weet dat je luistert. 2. **Verwoordt je handelingen.** Zo hou je contact met de cliënt ook al verstaat deze je misschien niet. 3. **Zelf rustig blijven**, cliënten zelf kunnen moeite hebben met emotieregulatie. 4. **Spiegelen**. Benoem de emotie die je ziet bij een cliënt. 5. **Bekrachtig** wanneer het communiceren goed verloopt of is verlopen. |
| Besef van invloeden | 1. **Voorkom teveel** **auditieve en visuele prikkels**. Dit kan afleiden en voor te veel informatie zorgen. 2. **Bepaal een juist tijdstip**. Een cliënt kan moe zijn of net gaan eten. 3. **Bepaal een juiste plaats** voor een gesprek, misschien wil de cliënt liever op de kamer of juist buiten praten. 4. **Vermoeidheid** speelt een grote rol in verstaanbaarheid van de cliënt. 5. **Gedragsreflectie van cliënt** is niet vanzelfsprekend. Hou hiermee rekening bij bespreken van gedrag. 6. **Spreek niet over de cliënt waar deze bij is** alsof hij/zij niet aanwezig is. Dit zal niet de persoonlijke relatie tussen jou en de cliënt bevorderen. |
| Gespreks-technieken | 1. **Stimuleer** goed gedrag, complimenteer! 2. **Wees bewust wat kritiek** met iemand doet. Zeker voor NAH-cliënten. 3. **Vat samen wat gezegd is.** |
| Sfeer | 1. **Communicatiewijzen passend bij cliënt.** Bijvoorbeeld:niet te serieus zijn als de cliënt dat ook niet is.   TIPS:   1. **Fatische communicatie,** communicatie over koetjes en kalfjes bevorderd contact. 2. **Stiltes** kunnen ook prettig zijn, er hoeft niet altijd gesproken te worden. 3. **Interesse over actuele zaken,** bijvoorbeeld in de krant of op tv kan zorgen dat een cliënt zich nog betrokken bij de wereld voelt. 4. **Moedig anderen aan** met de cliënt te praten. Voorkom isolatie. 5. **Humor** is het beste medicijn (mits geschikt in een situatie) en kan ervoor zorgen dat de leuke kant van het leven niet vergeten wordt . Blijf wel op de reactie van de cliënt letten, wanneer deze manier van benaderen niet gewaardeerd wordt schiet het zijn doel voorbij. |

*(Dharmaperiwa-Prins and Maas 1998; Sijnke 2005; Belle and Zadoks 2005; Eilander 2006; Prinsen et al 2009) Tabel 1*

# Leidraad omgang agressief gedrag.

In deze leidraad komen twee aspecten naar voren: 1) hoe agressief gedrag zoveel mogelijk voorkómen wordt en 2) hoe te gedragen wanneer agressief gedrag geuit wordt. Indien en een leidraad van omgang voor een cliënt aanwezig is, moet deze doorgelezen worden. Daarin staan specifieke kenmerken van de cliënt die van belang zijn in de omgang.

|  |
| --- |
| Voorkómen van agressief gedrag. |
| * Praat op een rustige vriendelijke manier, met een niet te harde toon. |
| * Als je bij jezelf spanning voelt, doe dan een stapje terug om zelf tot rust komen. |
| * Vermijd chaotische of onverwachte, niet geplande situaties. De cliënt is minder mentaal flexibel. Wanneer de cliënt in zijn hoofd heeft dat hij iets gaat doen, kan hij niet van deze structuur afwijken. * Houdt je aan het ergotherapeutisch schema. Dit geeft houvast en structuur. * Wanneer je het idee hebt dat de cliënt niet helemaal in deze werkelijkheid is, reageer dan niet op deze verwardheid maar haal hem weer terug. Geef kort en duidelijk aan wat de situatie van nu is. * Bekrachtig goed gedrag; dus wanneer de cliënt rustig is en meewerkt, geef hem dan een complimentje. * Biedt keuzes aan: bijvoorbeeld ‘koffie of…?’ * Biedt activiteiten aan in een positieve omgeving; bv als hij buiten is of net naar binnen komt. * Blijf activiteiten aanbieden, meerdere keren op een dag. Door de stemmingswisselingen kan het zijn dat hij weleens instemt. * Biedt de cliënt niet dwingend iets aan, blijf vriendelijk, rustig. |
| * Als je het idee hebt dat de cliënt je niet begrijpt en daarom ‘nee’ zegt, probeer het dan later nog eens kort uit te leggen en vraag of de cliënt het goed vindt. Wanneer je gelijk aan een handeling begint, weet de cliënt niet wat er gebeurt en kan hij boos worden. * Wanneer de cliënt aangeeft iets niet te willen doen en je weet zeker dat hij je begrijpt, respecteer dan zijn mening. |
|  |

|  |
| --- |
| Hanteren van agressief gedrag. |
| * Wanneer de cliënt nee zegt of agressief wordt, neem dan even een time-out. Wacht dan tot zijn spieren ontspannen en hij rustig wordt. Leg dan nog eens kort uit wat je gaat doen en vraag weer bevestiging. |
| * Als de cliënt toch boos/agressief wordt, wordt dan zelf niet boos of streng en straf de cliënt niet. Probeer de cliënt te kalmeren door rustig, eenvoudig uit te leggen wat je gaat doen. Afhankelijk van de ernst (hoe ernstiger); neem een time-out. |
| * Wanneer de cliënt oppositioneel wordt doordat deze in een situatie komt waarin deze tegen eigen beperking aanloopt. Je kan hem hier op rustige toon op aanspreken. Probeer dan een middenweg te vinden zodat van beide kanten wat wordt ingeleverd: “Je kan zo gaan, maar ik wil wel dat je…”. Als dit niet lukt, laat hem dan gewoon gaan. |
| * Indien de cliënt om zich heen slaat, vraag deze dan waardoor hij wil slaan, wat er aan de hand is. * Humor kan helpen. Op een joviale manier benaderen zoals je andere volwassenen benadert. Wanneer de cliënt hier niet goed op reageert stop er dan gelijk mee. * Probeer de cliënt allereerst in je eentje af te leiden. Wanneer je met meerdere mensen er omheen gaat staan, wordt de onrust alleen maar groter. |

*Tabel 2*

# behandelplan

Dit is een ontwikkeltraject die bestaat uit 6 fases. Deze fases zijn niet statisch en de tijd & duur kan per individu verschillen.

1. **Pre-begin fase***:*De eerste activiteiten kunnen niet anders zijn dan het opbouwen van een vertrouwensband.
2. **Beginfase:** De vertrouwensband moet meer worden uitgediept.
3. **Opbouwfase 1:** Pas wanneer vertrouwensband aanwezig is kan gekeken worden naar passieve activiteiten.
4. **Opbouwfase 2:** Langzaam moet geprobeerd worden of de cliënt het aankan om actieve activiteiten uit te voeren.
5. **Evaluatiefase:** In de evaluatiefase wordt geëvalueerd op basis van de base-line en de rapportages. In een MDO moet bekeken worden of een cliënt in staat is met meerdere cliënten (in een kleine groep) dagbesteding te volgen.
6. **Continuümfase:** De beslissingen van het MDO (multidisciplinair overleg) worden uitgevoerd. Het kan handig zijn een ZPO(zorgleefplan overleg) te organiseren waarin – niet alleen voor dagbesteding maar ook voor de zorg – het zorgleefplan eventueel bijgesteld wordt aan de hand van bevindingen in het MDO in fase 6.

In tabel drie staat de globale beschrijving van de activiteiten en taken die bij een fase horen. De activiteiten m.b.t. de cliënt staan beschreven en hoe tot deze activiteiten gekomen kan worden: activiteiten m.b.t. begeleiding. Met de extra taken worden de meer organisatorische taken bedoeld. In tabel vier worden concrete activiteiten benoemd, waar deze plaatsvinden en aan welke andere condities en voorwaarden moet worden gedacht. De levensloop moet zo veel mogelijk ingevuld en gebruikt worden bij het bedenken van activiteiten, zo word aangesloten bij de beleefwereld van de cliënt. Meerdere activiteiten kunnen bedacht worden per interessegebied.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fase** | **Activiteiten m.b.t. cliënt** | **Activiteiten m.b.t. begeleiding** | **Extra** |
| Pre-beginfase | * vertrouwen /contact krijgen | * Fatische communicatie * Gestructureerd contact * Ongedwongen contact | * Target list invullen * Base-line stellen * Observaties bijhouden |
| Beginfase | * vertrouwen /contact krijgen * informatie over persoon winnen | * Fatische communicatie * Gestructureerd contact * Ongedwongen contact | * Observaties bijhouden * Een op gesprekstechniek bevoegde werknemer met de familie laten praten waarin de functie van een levensloop/leefgebieden-schema duidelijk wordt uitgelegd en deze samen met deze werknemer en de familie zo concreet mogelijk invullen en vaststellen. |
| Opbouwfase 1 | * Vertrouwen behouden * Keuze passieve activiteiten. | * Gestructureerd contact * Ongedwongen contact * Activiteiten opperen * Activiteiten samen uitvoeren | * Observaties bijhouden * Leefgebiedenschema bijvullen |
| Opbouwfase 2 | * Vertrouwen behouden * Keuze actieve activiteiten. | * Gestructureerd contact * Ongedwongen contact * Activiteiten opperen * Activiteiten samen uitvoeren | * Observaties bijhouden * Leefgebiedenschema bijvullen |
| Evaluatie fase | * Vertrouwen behouden * Keuze activiteiten uit opbouwfase 1 of 2. * Keuze activiteiten uit opbouwfase 1 in een kleine groep. | * Gestructureerd contact * Ongedwongen contact * Activiteiten opperen * Activiteiten samen uitvoeren. | * Observaties naast elkaar leggen * MDO houden waarin evaluatie en mogelijkheden voor functioneren in kleine groep besproken wordt. \* |
| Continuüm fase | * Uitvoeren van de activiteiten behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatiefase. | * Uitvoeren van de activiteiten behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatiefase. | * Observaties blijven uitvoeren. * Uitvoeren van de activiteiten behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatiefase. |
| \* Een begeleider dient te kunnen accepteren dat een cliënt activiteiten kan weigeren, maar dient wel te blijven zorgen voor prikkeling. Als blijkt dat een cliënt niet in de gespecialiseerde dagbehandeling past, is het nodig hulp van het CCE in te schakelen. | | | |

*Tabel 3*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fase** | **Activiteiten: concrete *voorbeelden* (\*)** | **Ruimte** | **Extra condities/voorwaarden** |
| Pre-beginfase | * Koffie drinken * Sigaret roken * Praten\*\* | * Huiskamer * Rookruimte | * Individueel * Eerste contactlegging: PB’er\*\*\* erbij. * Niet langer dan 15 minuten. * Bij negatieve reactie, weglopen en na 30 minuten nog een keer proberen. |
| Beginfase | * Koffie drinken * Sigaret roken * Praten\* | * Huiskamer * Rookruimte | * Individueel * Niet langer dan 15 minuten. * Bij negatieve reactie, weglopen en na 30 minuten nog een keer proberen. |
| Opbouwfase 1 | * Koffie drinken * Sigaret roken * Wandelen * Film/serie kijken * Muziek luisteren * Interesse in cliënt zijn hobby’s tonen * Etc. | * Huiskamer * Rookruimte * Tuin * Kamer * Prikkel-loze ruimte | * Individueel * Bij alleen op de kamer, misschien met PB’er erbij. * Tijdsduur: totdat er tekenen van onrust bij de cliënt verschijnen. * Gebruik levensloop interesses |
| Opbouwfase 2 | * Koffie drinken * Sigaret roken * Wandelen * Wii® * ‘Sport-school’ fysio * Etc. | * Huiskamer * Rookruimte * Tuin * Prikkel-loze ruimte * Fysioruimte | * Individueel * Tijdsduur: totdat er tekenen van onrust bij de cliënt verschijnen. * Gebruik levensloop interesses * Let op hoeveelheid aanbod: niet teveel; let op ziekte confrontatieproblemen. |
| Evaluatie-fase | * Koffie drinken * Sigaret roken * Wandelen * Activiteiten uit opbouwfase 1 of 2. * Activiteiten opbouwfase 1 in een kleine groep proberen. | * Huiskamer * Rookruimte * Tuin * Kamer * Prikkel-loze ruimte | * Individueel of kleine groep. * Tijdsduur: totdat er tekenen van onrust bij de cliënt verschijnen. * Gebruik levensloop interesses * Let op hoeveelheid aanbod: niet teveel; let op ziekte confrontatieproblemen. |
| Contiuüm-fase | * Uitvoeren van de activiteiten behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatiefase. | * Ruimten behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatie-fase. | * Extra voorwaarden en omstandigheden behorende bij een fase die beschreven staan in de MDO uitkomsten uit de evaluatiefase. |
| \* deze activiteiten zijn voorbeelden. Ze kunnen gebruikt worden maar staan niet vast. Andere bedachte activiteiten kunnen ook uitgevoerd worden mits ze in dezelfde lijn staan.  \*\* ook wel: communiceren; stil zijn (is ook communicatie). Bij afasie is praten voor de cliënt lastig, maar vaak wordt het één en ander wel begrepen. Voor tips: zie communicatie-tip-lijst of vraag de logopediste.  \*\*\* Persoonlijk begeleider van de cliënt. | | | |

*Tabel 4*

# targetlist en base-line.

### targetlist.

Deze lijst is om een eenduidige observatie te krijgen. Het is aan de medewerkers om concrete gedragingen aan de code te voegen en duidelijk te krijgen wat iedereen onder het Target Gedrag verstaat. Rapportage gebeurt na elk ingepland contact met de cliënt en elk noemenswaardig [voorkomen van targetlist gedrag] niet ingepland contact.

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Target Gedrag |
| 1 | Verbaal misbruik jegens anderen. |
| 2 | Verbale bedreigingen om eigendommen te beschadigen. |
| 3 | Verbale bedreigingen om mensen te beschadigen. |
| 4 | Fysieke bedreigingen om eigendommen te beschadigen. |
| 5 | Fysieke bedreigingen om mensen te beschadigen. |
| 6 | Overtreed de grenzen van iemand z’n persoonlijke ruimte wanneer geagiteerd. Maar cliënt zoekt geen contact met anderen noch bedreigt hen of beschadigt hen (opzettelijk). |
| 7 | Haalt uit, slaat, schopt of bijt anderen fysiek. |
| 8 | Kapot maken of beschadigen van andermans eigendommen. |
| 9 | Kapot maken of beschadigen van eigen eigendommen. |
| 10 | Andermans eigendommen pakken zonder toestemming van deze persoon. |
| 11 | Maakt gebaren over zelfmoordneigingen en automutilatie. |
| 12 | Poging tot zelfmoord. |
| 13 | Raakt in een hyper geagiteerde bui, inclusief snel ijsberen en overdreven bewegen of andere hoge niveaus van psychomotorische activiteiten. |
| 14 | Raakt in explosieve verbale of fysieke uitbarstingen. |
| 15 | Raakt in argumentatief of oppositioneel gedraag wanneer gevraagd wordt zich op een bepaalde manier te gedragen. |
| 16 | Raakt in schreeuwend of gillend gedrag niet gerelateerd aan explosieve uitbarstingen [#14] of oppositioneel gedrag [#15]. |
| 17 | Maakt seksueel beledigende of vulgaire opmerkingen. |
| 18 | Maakt seksueel beledigende of vulgaire gebaren. |
| 19 | Raak andere aan op een seksueel beledigende of vulgaire manier. |
| 20 | Raakt in andere vormen van storend, aandacht zoekend gedrag. |

*(Ellis et al, 1989)*

### Base-line.

Deze base-line (ofwel Nullijn) is het startpunt van de begeleiding voor gedragsproblematiek. Hierin wordt een beginsituatie vastgesteld die wordt gebruikt bij de evaluatie in de evaluatiefase. In bijlage 2 zit het kopiemodel. Hieronder is een voorbeeld gegeven van hoe het formulier ingevuld dient te worden. Aan te raden is dit via de computer te doen zodat de leesbaarheid bewaakt blijft.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam Patiënt: Piet Mondriaan……………………………………………………………. | | | | | | |
| Gedragscode nummer | **Turflijst, frequentie van gedrag** | **Fase, Datum en Tijd optreden van gedrag** | **Stimuli**  **(aanleiding)** | **Consequenties**  **(reactie omgeving)** | **Commentaar/ bijzonderheden** | **Initialen medewerker** |
| 1 | IIIIII  = 6 x | F1  30-4-2011 11:45 | De tafel werd gedekt, dhr. werd gevraagd ergens anders te zitten. | Het schelden werd de eerste 3 x genegeerd. Daarna werd gevraagd of de Dhr. Ermee op wilde houden. | Het is Koninginne-dag. | V. van Gogh |
| 7 | I  = 1 x | F1  30-4-2011  12:00 | Dhr. werd naar een andere plek gereden. | De begeleider zei het niet leuk te vinden te worden geslagen en liep weg. | Het is Koninginne-dag. | V. van Gogh,  J. Vermeer |

# Bijlage 1.

## Literatuurlijst.

De boeken gebruikt voor het maken van deze handleiding zijn gebruikt bij het schrijven van de scriptie waar deze handleiding het eindproduct van is.

#### Belle, Patty van and Judith Zadoks (2005). Methodisch ondersteunen van mensen met hersenletsel: Greep op je leven met ‘Hooi op je vork’. Utrecht: Lemma.

#### Dharmaperwira-Prins, Reni and Willemijn Maas (1998). Afasie: beschrijving onderzoek behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.

#### Eilander drs. H., Belle-Kusse drs. P. van, Vrancken drs. P. (2006). Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd. Den Haag: LEMMA.

#### Vos, Leonard de (red) and Henk Eilander (1994). Hersenletsel : gevolgen voor de getroffene en de omgeving. Lisse: Swets & Zeitlinger.

#### Paz , Octavio and Eliot Weinberger (ed.)(1991). The collected poems of Octavio Paz: 1957-1987. New York: new Directions Publishing Corporation.

#### Prinsen, Arno, Hans van Dam and Peter Vrancken (2009). Omgaan met gedragsveranderingen na hersenletsel. Heerhugowaard: AXON Leertrajecten.

#### Sijnke, John (2005). Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet: dagbesteding voor mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### INTERNET.

#### Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel. URL: <http://www.neurologie.nl/uploads/136/903/richtlijn_beh._van_neuropsych._gevolgen_van_NAH.pdf> . Geraadpleegd op: 7-4-2011.

### SCRIPTIES

#### Dolen, Suzanne van (2011). ‘Niet-aangeboren hersenletsel met gedragsproblematiek in agressie: de realisering van een gespecialiseerde dagbesteding.’ Den Haag: De Haagse Hogeschool, faculteit sociale professies, studierichting: Sociaal pedagogisch hulpverlening. URL: nog niet bekend.

# Bijlage 2.

## Base-line formulier, kopie model.