



## Jannes

Jannes is een man met het syndroom van Down. Hij is 63 jaar en zit in een rolstoel. Hij heeft een vriendelijk gezicht, een bril en een kuif piekhaar op zijn hoofd. Hij houdt zijn hoofd meestal een beetje schuin. Het meest opvallend aan hem is de papieren sigaret die hij in zijn mond heeft. Vroeger rookte hij en nu is hij tevreden met een nepsigaretje in zijn mond. Als iemand contact met hem maakt, reageert hij met een knik, een lachje, een woord. Hij is kortom een plezierig persoon. 's Avonds komt zijn broer meestal op bezoek en dan is Jannes blij.

Bij Jannes is de diagnose dementie gesteld. Hij leeft in het hier en nu, wat er in hem om gaat is onduidelijk. Maar zolang hij in de huiskamer zit, in zijn rolstoel met zijn nepsigaretje, is hij een tevreden mens met behoefte aan contact.

Als hij moet worden geholpen is hij echter angstig. Hij wordt in de tillift uit de stoel op bed getild. Het rollen en verschonen ondergaat hij met angstig geschreeuw. Het klinkt erg paniekerig en dat blijft zo gedurende de tijd dat de begeleiders met hem bezig zijn.

De begeleiders die hem helpen, bespreken tijdens alle handelingen met elkaar hoe ze hem het beste kunnen helpen. Ze zeggen tussendoor tegen hem: "Nog even Jannes", "Bijna klaar, Jannes", "Goed zo, Jannes", "Toe maar". Hij reageert daar niet op, maar blijft angstig en paniekerig tot hij met zijn pyjama aan onder de dekens ligt.

Waar zou dit gedrag vandaan komen? Bedenk minstens drie mogelijkheden.

Welke invloed heeft het geruistellen van de begeleiders op Jannes? Hoe kun je ook reageren?

Op welke manier kun je het behandel/ ondersteuningsplan gebruiken om meer zicht te krijgen op de herkomst van het gedrag van Jannes?

In de rapportages is ook niets te vinden over stress, buikpijn, angst en verwardheid.

Wat kan er met Adrie aan de hand zijn als ze buikpijn heeft?

Wat kun je doen om haar buikpijn te verlichten?

Welke verschijnselen van beginnende dementie lees je in de beschrijving van Adrie?

Wat zou jij belangrijk vinden in de begeleiding van Adrie?

Wat is de beleving van begeleidster Annelien in deze situatie?



### Adrie heeft buikpijn

In het behandelplan van Adrie, 55 jaar, staat dat ze een emotionele ontwikkelingsleeftijd heeft van rond de 3 jaar. Ze is een vrouw met het syndroom van Down en is geliefd bij haar familie. Op foto's van vroeger oogt ze als een pittige dame, die van alles geniet. Ze heeft op de oude foto's krullend haar en is knap om te zien. Nu heeft ze een vrij kort en stijl kapsel. Adrie houdt van zingen en is dagelijks van tien tot vier uur op de dagbesteding. Ze is vol van haar leven en laat graag een tas vol met foto's zien aan wie dat maar wil. De albums zijn kleverig en het cellofaan laat los. Maar al die foto's vormen kennelijk mede haar zelfbeeld en haar houvast. Ze is steeds met haar fotoalbums bezig.

In het dossier staat, dat Adrie erg op harmonie is gesteld en niet tegen verdriet en boosheid kan; daar wordt ze emotioneel van. De laatste tijd vertoont Adrie tekenen van stress. Twee jaar eerder wordt door haar familie al geconstateerd dat ze familieleden door elkaar begint te halen en vaker verward is bij teveel prikkels. Omdat ze zo visueel is ingesteld, heeft ze een agenda gekregen met plaatjes die dagelijks in haar agenda geplakt kunnen worden, als herinnering aan wat ze heeft beleefd. Er staan nog maar weinig plaatjes in haar agenda, terwijl ze toch veel beleeft.

Het loopt tegen etenstijd en de tafel wordt gedekt. Adrie zit aan de lange kant van de tafel. Aan de korte kant zit Bea.

Bea is slechtziend en roept waar Adrie is. De begeleidster stelt haar gerust: "Ja, Adrie is er". Adrie eet smakelijk haar eten op (in het behandelplan staat dat eten belangrijk is voor haar, maar dat ze laatste tijd kieskeuriger wordt) en vertelt dat ze een liedje kent.

Ze zingt verschillende liedjes maar dan vindt Bea het genoeg en laat dit merken door hard "Stop!" te roepen. Adrie stopt en is duidelijk tevreden met haar zangprestaties. Na het lezen van de Bijbel en het danken gaat Adrie naar haar kamer. Een half uur later ligt Adrie in bed te trillen en te schudden van de buikpijn. Ze is niet te stoppen. Wrijven over haar buik helpt niet veel. Het is bekend gedrag van Adrie, het komt vaker voor. Begeleidster Annelien vertelt dat ze niet weet wat ze ervan moet denken.

Ze laat Adrie maar liggen en gaat soms even kijken. Ze weet dat sommige begeleiders er tegenin gaan en zeggen dat Adrie uit bed moet komen, maar Annelien twijfelt of ze dit wel moet doen. In het dossier staat als doel geformuleerd dat Adrie bij oriëntatie moet worden geholpen door gebruik te maken van foto's (geen pictogrammen want daarop reageert Adrie niet). Na elke dienst moeten de begeleiders aangegeven of zij hebben waargenomen dat Adrie positief reageert op ondersteuning bij de oriëntatie.



## Uit bed - Opdrachtkaart

Spelbenodigheden: 3 kaarten; een opdracht, cliënt- en begeleiderskaart.

Vraag of drie van de mensen uit de groep naar de gang willen gaan en geef ze de 'begeleiderskaart' mee.

Wijs vervolgens iemand aan die een cliënt 'speelt' en geef die persoon de 'cliëntkaart'.

Vraag aan de overige aanwezigen of ze het 'uit bed halen' willen observeren en rapporteren;  
Wat zien ze bij de 'cliënt' en wat zien ze bij de begeleiders?  
Wat gaat goed, wat kan anders?

Vraag daarna één van de begeleiders om één persoon van de gang te roepen als de cliënt 'klaar ligt'.

## Bespreek na het uitvoeren van de opdracht met elkaar de volgende vragen:

Hoe was het voor de cliënt? Wat was prettig?  
Wat kan anders?

Hoe was het voor de begeleiders? Wat ging goed?  
Wat kan anders?

Bespreek wat de overige begeleiders gezien hebben bij de cliënt en bij de benaderingswijze door de begeleiders;  
Welke verschillen zijn er in de benaderingswijze?  
Wat ging goed? Wat kan anders?

Bespreek met elkaar hoe het verschil in benadering kan zijn voor werkelijke cliënten?  
Zeggen cliënten hier wel eens iets over?  
Laten ze wel eens op een andere manier merken wat ze prettig of onprettig vinden in de verschillende benaderingswijzen?



## Sinterklaas

Het is midden in de zomer. Er is een overdracht gaande op het kantoor; de begeleiding draagt de dienst over aan een collega. Ineens zien ze Peter op straat lopen die heel hard, met boze blik, roept: "Sinterklaas, Sinterklaas". De begeleidster gaat er op af en vraagt: "Roep je om Sinterklaas?". Peter antwoordt: "Ja, Sinterklaas komt". De begeleidster zet het lied 'Zie ginds komt de stoomboot' in. Als het lied afgelopen is, zingt ze verder: 'Sinterklaas kapoentje'. Vervolgens loopt ze hand in hand met de cliënt terug naar binnen en blijft ondertussen Sinterklaasliedjes zingen. Ze gaat al zingend met Peter terug naar zijn kamer en probeert zijn schoenen uit te krijgen; dat wil hij niet. Hij wordt boos en roept: "Ik moet naar Sinterklaas toe". De begeleidster zegt: "Maar Sinterklaas komt toch, we moeten je schoen zetten!". Ze vertelt Peter vervolgens een verhaal over de Sint en zijn paard en dat hij vast nog onderweg naar Nederland is, maar wel komt dit jaar.

Onder het schoenen uittrekken zingt zij een 'schoen liedje'. Als de schoenen uit zijn, zegt de begeleidster tegen Peter: "Zo eerst maar even koffie drinken hè?".

De cliënt gaat mee naar de huiskamer en onder het koffie drinken verandert hij van onderwerp doordat zijn huisgenoten en de begeleidster het over andere dingen hebben. Peter is de Sint vergeten en gaat verder met zijn dag.

Wat vind je van het handelen en de reacties van de begeleidster? Wat gaat goed en wat kan beter?

Welke methodieken kun je ontdekken in haar handelen? Denk aan Belevingsgerichte zorg/Validation, Warme zorg, Realiteits Oriëntatie Benadering, Haptonomische benadering.

Heb je zelf ook wel eens zoiets meegemaakt en hoe heb jij dit opgelost? Zou je dat nu anders doen?





Verdeel je collega's in koppels van twee.

Zorg per koppel voor een handdoek en een lepel.

Blinddoek één van de twee met een handdoek.

Wie geblinddoekt is, speelt de cliënt. De ander is de begeleider.

Ga met de 'begeleiders' naar de gang en geef ze onderstaande opdrachten. Voer deze opdrachten daarna uit:

- a. Doe zomaar een lepel in de mond van de 'cliënt.'
- b. Doe het nog eens, maar laat dit keer eerst de lepel op de onderlip rusten en wacht totdat hij of zij zelf de mond opent. Doe dit eerst op een hoog en daarna op een lager tempo.
- c. Doe het nog eens, maar bereid de ander voor door te zeggen wat er komen gaat. Doe dit eerst op een hoog en daarna op een lager tempo.
- d. Schraap de lepel af aan de bovenlip en raak daarbij licht de tanden van de ander (verbeeld je dat er etensresten aan zitten). Doe dit eerst op een hoog en daarna op een lager tempo.

Bespreek daarna met elkaar:

Hoe ervaart de geblinddoekte collega dit?

Hoe ervaar jij het verschil in het hoge en lage tempo?

Wat was wel/niet prettig?

Hoe neem je deze ervaring mee terug naar de dagelijkse praktijk met cliënten?



Naast de zintuigen die we allemaal kennen, zoals bijvoorbeeld het gehoor-, gezichtsvermogen en de tast, zijn er ook meer onbekende zintuigen, zoals de drie nabijheidszintuigen: het somatische, vestibulaire en vibratorische zintuig. Ongeboren kinderen ervaren die al. Ook voor een cliënt met ernstige beperkingen, zoals mensen met dementie zijn deze zintuigen belangrijk, omdat het gebruik van de andere vertrouwde zintuigen gedurende het dementieproces steeds beperkter wordt. Door gebruik te maken van de nabijheidszintuigen is het mogelijk om tot ver in het dementieproces contact te maken, handelingen voor een cliënt enigszins voorspelbaar te maken, iemand een prettig en veilig gevoel te geven en te zorgen dat iemand zich bewust is van zichzelf ('ik ben er'). Deze methodiek heet Basale stimulatie.

Een korte uitleg:

Het somatische zintuig geeft informatie over de omtrek van het lichaam. Bij een baby gebeurt dat door de druk van het vruchtwater om zijn lijfje.

Het vestibulaire zintuig prikkelt het evenwichtsorgaan. Een baby doet dat door zich om te draaien in de baarmoeder. Het vibratorische zintuig registreert trillingen. Bij een baby gebeurt dat door het lopen en praten van de moeder

Hoe kun je het bovenstaande vertalen in communicatie en begeleiding van mensen met dementie?

Op welke manieren en met welke hulpmiddelen zou je gebruik kunnen maken van Basale stimulatie?



*Lees dit eerst voor jezelf:*

Lees zometeen het stuk tekst hiernaast hardop voor aan je collega's.

Lees het nu eerst een paar keer goed voor jezelf, zodat je goed weet wat er staat. Lees hem daarna hardop voor en laat na het stellen van de vragen die daar op staan een stilte vallen van tenminste een halve minuut. Herhaal zo nodig de casus nog een keer.

Natuurlijk slaat de tekst nergens op, maar ga er serieus op in en doe net alsof jij het wel begrijpt. Ga door tot irritatie bij je collega's ontstaat.

*Lees dit voor aan je collega's:*

## **Zelfuitharding kan optreden.**

Door de versnelde afkoeling tengevolge van goede thermische geleidbaarheid ontstaan onverzadigbare mengkristallen die niet in evenwicht zijn en die tijdens de opslag zullen uitharden. Koud uitharden kan ook ontstaan. Er ontstaan dan gebieden waarin het gehalte van het legeringselement toeneemt en waar dit het afglijden blokkeert.

Wanneer moet je zelfuitharding en wanneer koud uitharden toepassen?

Hoe zou je dit in je dagelijkse begeleiding kunnen gebruiken?

Verzin tenminste drie mogelijkheden.

*Onderstaande vraag nog niet voorlezen! Doe dit pas na het bespreken van de vragen die over de tekst gaan.*

Hoe voelde het om niet te begrijpen waar het over gaat?



*Lees dit eerst voor jezelf:*

Lees zometeen het stuk hiernaast hardop voor aan je collega's. Ga hierover met de anderen in gesprek en doe daarbij net of jij alles wat je hebt voorgelezen aan je collega's wel begrijpt.

Ga daarna met je collega's in op wat je gelezen hebt. Daarin wordt in moeilijke woorden gesteld dat: het belangrijk is om mensen met dementie zo lang mogelijk zoveel mogelijk zelf te laten doen, om ze het gevoel te geven dat ze zelf iets kunnen en ertoe doen. Het is belangrijk dat begeleiders daarbij ook naar zichzelf en hun handelen kijken, omdat cliënten anders sneller achteruit gaan.

*Lees dit voor aan je collega's:*

## **Wat hoort bij dementie?**

In ieder geval op constructieve wijze volhouden van zelfredzaamheid van cliënten, want anders ontstaan er te snel in het dementieproces problemen rondom verlies van individuatie en autonomie. Zelfreflectieve mogelijkheden bij begeleiders zijn evident in dit geval, want anders stagneert of disharmonieert het ontwikkelingsproces van cliënten.

Wat vinden jullie hiervan?

Wat merk je hiervan in de praktijk?

*Onderstaande vraag nog niet voorlezen! Doe dit pas na het bespreken van de vragen die over de tekst gaan.*

Hoe voelde het om niet te begrijpen waar het over gaat?



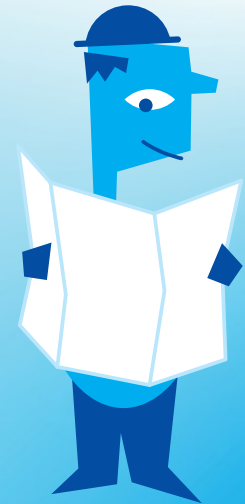
en gevoelens en welke invloed dit heeft op het in contact treden en de interactie met Bertus.

Haptonomie gaat ervan uit dat het menselijk lichaam en de beleving van fundamentele betekenis zijn bij contact en communicatie. Je kunt hier in je begeleiding rekening mee houden door bijvoorbeeld:

te letten op nabijheidzones van de cliënt. Hoe dichtbij of veraf mag je bij iemand zitten en vinden jij en de ander dat prettig? Hoe snel loop je op iemand af of raak je iemand aan? Hoe maak je (oog) contact?

Maar net zo belangrijk is: ervaar je als begeleider in het contact weerstand of toenadering vanuit de cliënt? Welk beroep doet dit op jou? Wat merkt de cliënt daar vervolgens van in jouw houding (gespannen of ontspannen)?

- Wat vind je van deze casus?
- Heb je wel eens met een haptotherapeut samen gewerkt? Hoe was dit?
- Herken je de reacties van begeleiders in de beschreven casus?
- Heb je zelf wel eens moeite in het maken van contact met een cliënt?
- Bespreek met elkaar wat voor invloed het gedrag van cliënten op jullie kan hebben; wat zijn signalen bij de cliënt? Wat zijn signalen bij jezelf? Hoe kun je dit doorbreken?
- Maak hierbij gebruik van de informatie uit de casus over Bertus en haptotherapie.



## Bertus en haptotherapie

Bertus is sinds twee jaar aan het dementeren. Hij is snel van streek en roept dan heel hard; ook 's nachts. Zijn huisgenoten worden hier wakker van. Bertus slaat zichzelf steeds vaker en harder tegen zijn kin. Hij smeert dagelijks met ontlasting. Door sterke beperkingen in zijn gehoor- en gezichtsvermogen en dementie raakt hij steeds meer teruggetrokken in zijn eigen wereld. Hij zit vaak lange tijd alleen in een hoek van de huiskamer en maakt een ongelukkige indruk.

Begeleiders vinden het steeds moeilijker contact met hem te maken. Bertus wordt aangemeld voor haptotherapie. Tijdens het intake gesprek komt naar voren dat een aantal begeleiders denken dat hij niet van lichamen contact houdt. Twee begeleiders geven aan dat hij in een 'lege' wereld leeft. De meeste begeleiders vinden het lastig om naast hem te gaan zitten en contact te zoeken vanwege het slaan en de ontlasting. Het uitgangspunt van de haptotherapeut is: iedereen heeft behoefte aan (affectief) lichamen contact.

De ervaring van de haptotherapeut:

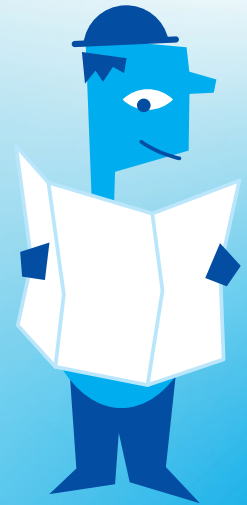
"Omdat ik Bertus niet goed kende heb ik de begeleiding gevraagd in het begin aanwezig te zijn en aan te geven wanneer zij vonden dat ik moest stoppen. Ik ben begonnen met contact maken terwijl Bertus in de rolstoel zat. De eerste paar keer liet Bertus veel weerstand zien wanneer ik contact zocht; bij een aanraking ging hij gillen, probeerde me weg te duwen en hij ging zichzelf slaan. Ik heb er heel bewust voor gekozen om juist in contact te blijven, ondanks

die weerstand. Ik was heel benieuwd of dit patroon doorbroken kon worden. Na vier keer werd de weerstand minder. Ik mocht hem vanaf dat moment ook uit de rolstoel halen en naast hem zitten zonder afweer. Hij raakte meer ontspannen in het contact en ging uit zichzelf meer contact zoeken (hand op mijn hand)."

Met het team is door de therapeut gesproken over verschillende manieren van aanraken/contact maken. Hoe bied je hem rust wanneer hij onrustig is? Hoe zou je zijn stemmingen kunnen beïnvloeden? Ook de eigen ervaringen en gedachten van de begeleiders zijn besproken; wat doet het met jou dat hij naar ontlasting ruikt en zichzelf slaat? Begeleiders bespraken met elkaar en de therapeut diverse gevoelens: "Ik vind het schokkend en moeilijk om te zien dat hij zichzelf slaat en dat doet hij vooral als ik in de buurt kom; dan versterk ik het ook nog eens. Dus maak ik liever geen contact." "Ik heb echt een aversie tegen ontlasting en wil wel contact maken, maar moet dan over mijn eigen grens heen."

Vragen die opkwamen en besproken werden: wat zijn signalen bij hem en bij jezelf en hoe heeft dit invloed op het lichamen contact en uiteindelijk op de weerstand die Bertus steeds vaker laat zien?

Er zijn dus een aantal dingen gebeurd: de haptotherapeut heeft gezocht welke wijze van contact maken bij Bertus past en heeft dit aan het team laten zien (in de praktijk, oefenen met elkaar). Begeleiders zijn zich ook bewust geworden van eigen gedachten



## Roel

Roel heeft de ziekte van Alzheimer.

Begeleiders kunnen hem haast niet meer alleen laten omdat hij veel vergeet. Ze vinden het naar voor hem dat hij zo doelloos rondloopt in huis en niet meer weet wat hij wil en moet doen. Ze willen hem zoveel mogelijk helpen, maar daar raakt hij geïrriteerd door. Hij wordt soms boos op hen. Aan de ene kant heeft hij hulp nodig en aan de andere kant ergert hulp hem.

Sinds kort komt er een ergotherapeut. Roel vertelt haar dat hij niet begrijpt waarom anderen hem steeds willen helpen. Hij krijgt het gevoel dat ze hem willen dwingen. Hij verzet zich daartegen. Begrijpelijk vanuit zijn belevingswereld.

De ergotherapeut voert eerst een gesprek met Roel en zijn begeleiders over vroeger en wat hij allemaal leuk vond om te doen. In dat gesprek vertelt Roel de begeleiders dat hij oprecht niet begrijpt waarom iedereen zich met hem bemoeit: "Laat mij gewoon mijn eigen dingen doen". Hij vertelt ook dat hij gewoon weer zelf televisie wil kijken.

De ergotherapeut heeft de bediening van de videorecorder vereenvoudigd door een deel van de afstandsbediening af te plakken. Zo kan Roel weer zelf zijn video's bekijken. Begeleiders merken dat Roel het fijn vindt als ze hem voorstellen om een video te kijken. Hij kan nu weer zelf kiezen welke band hij wil zien, hij geniet ervan dat hij zelf de video aan kan zetten en alles weer helemaal zelf regelt.

Wat vind je van deze casus?

Wat valt je op?

Wat is herkenbaar in jouw eigen praktijk met cliënten?

Heb je zelf ook zo'n ervaring met een ergotherapeut?

Benader je die wel eens met vragen?

Heb jij ook dit soort vragen?