



## Zorgprogramma NAH

Begeleiding en behandeling van mensen met  
niet-aangeboren hersenletsel



's Heeren Loo

## Zorgprogramma NAH

Begeleiding en behandeling van mensen  
met niet-aangeboren hersenletsel

April 2018 – Definitief

Werkgroepleden:

Lizette van den Boom (Midden Nederland)

Ingrid Droog (Apeldoorn)

Freek Hoogezand (Ermelo)

Dineke Vallenga (Ermelo)

Eugenie Vossen (Midden Nederland)

Han Spanjaard (redactie)

Elske Faber (zorgbeleid)

Namens Regiegroep NAH van 's Heeren Loo.



## Inhoudsopgave

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Doelgroep</b>	<b>7</b>
2.1 Inleiding	7
2.2 Definitie	7
2.3 Oorzaken	7
2.4 Drie fasen na hersenletsel	7
2.5 Routes en tijdpad	8
2.6 Mensen met NAH bij 's Heeren Loo	10
2.7 Gevolgen	11
2.7.1 Motorische, sensorische en mentale functies	11
2.7.2 Gedragsverandering	11
2.7.3 Disharmonie	12
2.7.4 Verliesverwerking	12
2.7.5 Emoties	12
2.8 NAH en verstandelijke beperking	12
<b>3 Beeldvorming en classificatie</b>	<b>13</b>
3.1 Inleiding	13
3.2 Classificatie van het menselijk functioneren	13
<b>4 Visie op de zorg voor mensen met NAH</b>	<b>14</b>
4.1 Missie en visie 's Heeren Loo	14
4.2 Samenwerken in de driehoek	14
4.3 Kwaliteit van bestaan	15
4.4 Doelgericht werken	16
<b>5 Wonen en daginvulling</b>	<b>17</b>
5.1 Inleiding	17
5.2 Methodieken	17
5.3 Wonen	18
5.4 Daginvulling: werken en leren	18
5.5 Wonen en daginvulling per context	19
5.5.1 Verplegend/verzorgend	19
5.5.2 Beschermd en begrensd	20
5.5.3 Beschermd	21
5.5.4 In de wijk en ondersteuning thuis	22
<b>6 Zorg: begeleiding en behandeling</b>	<b>23</b>
6.1 Inleiding	23
6.2 Gedragswetenschappelijke behandeling	23
6.3 Paramedische behandeling	24
6.4 Medische behandeling	25
6.5 Ondersteuning door ervaringsdeskundigen	25
<b>7 Samenwerking</b>	<b>26</b>
7.1 Samenwerking binnen 's Heeren Loo	26
7.2 Ketenzorg	26



<b>8</b>	<b>Werkzame elementen</b>	<b>27</b>
8.1	Inleiding	27
8.2	Kernwaarden	27
8.3	Werkzame elementen voor mensen met NAH	28
8.3.1	Werk aan een positieve relatie	28
8.3.2	Creëer een veilige omgeving	28
8.3.3	Versterken en behouden van autonomie	29
8.3.4	Persoonlijke ontplooiing	29
8.3.5	Reageren op en beïnvloeden van gedrag	29
8.3.6	Resultaten	30
<b>9</b>	<b>Competente medewerkers</b>	<b>31</b>
9.1	Inleiding	31
<b>10</b>	<b>Tot slot</b>	<b>33</b>
10.1	Totstandkoming	33
10.2	Vertaling naar de dagelijkse praktijk	33
	<b>Bronnen</b>	<b>34</b>
	<b>Bijlage 1: Competenties begeleider NAH</b>	<b>35</b>

## 1 Inleiding

Voor u ligt het Zorgprogramma voor begeleiding en behandeling van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

's Heeren Loo wil de zorg<sup>1</sup> aan mensen met een verstandelijke beperking en een intensieve en complexe zorgvraag optimaliseren. Daarom werkt 's Heeren Loo met zorgprogramma's waarin we aangeven welke zorg wij bieden aan cliënten met een vergelijkbare en intensieve hulpvraag. Het gaat daarbij om mensen met EMB, een licht verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel, een intensieve begeleidingsvraag vanwege moeilijk verstaanbaar gedrag en voor de leeftijdscategorieën ouderen en kind & jeugd. Als algemene basis voor de zorg aan al onze cliënten hebben we de missie, visie en kernwaarden van 's Heeren Loo vertaald in het basiszorgprogramma: een kwaliteitskader voor de zorg en begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking binnen 's Heeren Loo. Hierin staan aspecten die wij van belang vinden in de zorg aan alle cliënten van 's Heeren Loo. 's Heeren Loo wil doen wat werkt. Binnen de zorgprogramma's wordt daarom, waar mogelijk, evidence based gewerkt.



Figuur 1: Het basiszorgprogramma als fundament onder de specifieke zorgprogramma's

<sup>1</sup> In dit document wordt de term 'zorg' gebruikt voor zowel begeleiding (of ondersteuning) als behandeling.



**Zorgprogramma NAH**

Een zorgprogramma geeft kaders voor de begeleiding en behandeling van cliënten. Dit kader geeft houvast aan onze professionals en laat ruimte voor individuele invulling per cliënt. Op die manier kunnen we per cliënt kijken welke ondersteuning hij of zij nodig heeft zodat we de best passende zorg kunnen bieden.

Elk zorgprogramma is ontwikkeld in een werkgroep met professionals met verschillende expertises, afgestemd met de betrokken regiegroep en voorgelegd aan bij de doelgroep betrokken professionals. Reacties van collega's uit diverse regio's en de centrale verwantenraad op dit zorgprogramma zijn door de werkgroep verwerkt. Elk zorgprogramma is vastgesteld door de Raad van Bestuur.



## 2 Doelgroep

### 2.1 Inleiding

In Nederland hebben volgens de Hersenstichting zo'n 650.000 mensen niet-aangeboren hersenletsel (NAH). In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 160.000 nieuwe mensen een hersenziekte of een vorm van NAH.

### 2.2 Definitie

Mensen met NAH hebben een beschadiging van het hersenweefsel door een hersenaandoening die op enig moment na de geboorte is ontstaan. Deze aandoening heeft geen relatie met progressieve aandoeningen die het brein aantasten, bijvoorbeeld dementie of syndromen. De aandoening komt ook niet voort uit een verstandelijke beperking. Getroffenen ervaren een plotselinge breuk in de levenslijn: het leven vóór en het leven ná het hersenletsel. Naast de gevolgen van het hersenletsel krijgen mensen met NAH en hun verwanten<sup>2</sup> onder andere te maken met verwerkingsproblematiek, omdat zij hun leven opnieuw moeten vormgeven.

### 2.3 Oorzaken

NAH kan verschillende oorzaken hebben. Er is een onderscheid tussen traumatisch en niet-traumatisch letsel. Traumatisch letsel ontstaat door geweld van buitenaf, bijvoorbeeld een ongeval of mishandeling. Niet-traumatisch letsel ontstaat van binnenuit, door processen die zich in het lichaam afspelen. Zoals een beroerte, hersentumor, hersenontsteking, zuurstofgebrek door een hartstilstand of bijna-verdrinking.

### 2.4 Drie fasen na hersenletsel

Bij het ontstaan van NAH zijn drie fasen te onderscheiden:

- Acute fase: de periode direct na het letsel staat in het teken van diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis.
- Revalidatiefase: de getroffene is lichamelijk stabiel en gaat herstellen en revalideren. Deze fase duurt gemiddeld een jaar na het oplopen van het hersenletsel. Na deze periode is er meestal sprake van een min of meer stabiel neurologisch niveau waarin de kans op functionele vooruitgang klein is.
- Chronische fase: de getroffene behoudt blijvende klachten in het dagelijkse leven. Voor een aantal getroffenen is het niet meer mogelijk om thuis te wonen. Zij zijn aangewezen op zorg van een verpleeghuis, de GGZ of de verstandelijke gehandicaptenzorg.

---

<sup>2</sup> Met 'verwanten' worden partner, ouders, andere familieleden en andere betrokkenen uit het sociale netwerk bedoeld.

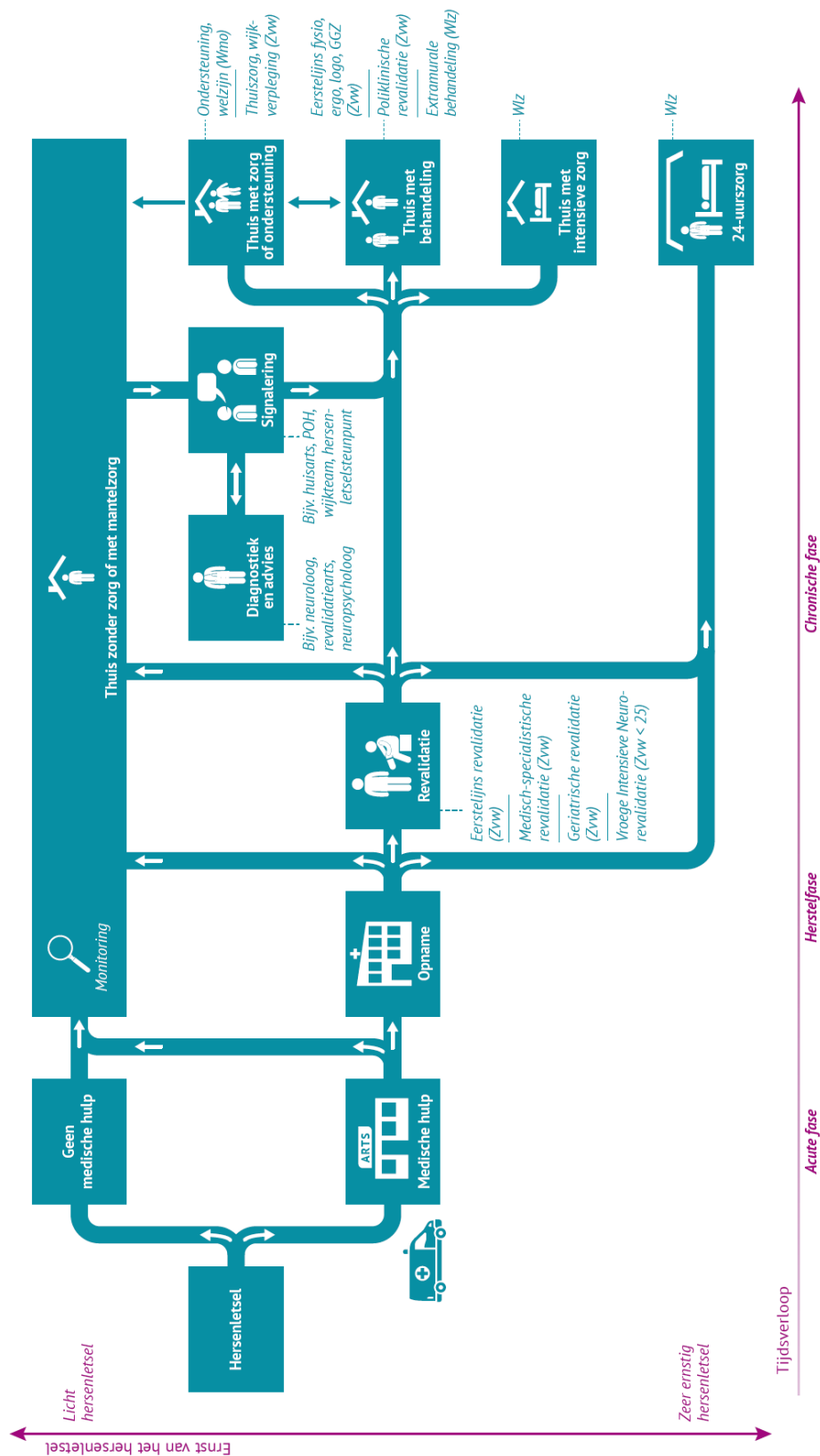


*Figuur 2: Verschillende fasen van NAH (Hersenstichting 2014)*

## 2.5 Routes en tijdpad

Een persoon met hersenletsel kan binnen de zorg verschillende routes doorlopen. Zie figuur 3 op de volgende pagina voor een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid, gebaseerd op de Zorgstandaard Traumatisch hersenletsel (Hersenstichting). De acute- en revalidatiefase kunnen lang duren. Een aantal gevolgen van het hersenletsel is bij ontslag uit het ziekenhuis duidelijk, maar niet alle gevolgen zijn direct zichtbaar. Wanneer de getroffene na de revalidatiefase weer probeert te functioneren in de rollen die hij had, worden deze gevolgen duidelijk. Bijvoorbeeld doordat het thuis, op school of op het werk niet meer gaat. In sommige gevallen blijkt terugkeer naar huis na de revalidatiefase niet mogelijk en wordt na opname in de GGZ of verpleeghuis uiteindelijk voor zorg binnen 's Heeren Loo gekozen.





Figuur 3: De routes die een persoon met hersenletsel kan doorlopen binnen de zorg (Hersenstichting, 2016)

## 2.6 Mensen met NAH bij 's Heeren Loo

's Heeren Loo biedt zorg aan mensen met NAH in de chronische fase. De diversiteit in oorzaken en vooral gevolgen van NAH is groot en de zorgbehoefte is uiteenlopend. Dit vraagt om individueel afgestemde zorg. Kiezen voor wonen binnen een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking is voor veel mensen met NAH (en hun verwanten) een grote stap. Ook al functioneert degene die het is overkomen op verstandelijk beperkt niveau, hij ziet zichzelf meestal niet als verstandelijk beperkt. Daardoor zal hij zich niet altijd thuis voelen in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Toch komt een klein aantal van alle mensen met NAH, soms na een lange zoektocht naar passende zorg, terecht in een voorziening voor mensen met een verstandelijke beperking. Het betreft:

- Kinderen die voor het 18e levensjaar hersenletsel hebben opgelopen en hierdoor op verstandelijk beperkt niveau functioneren. Ze hebben – hoewel hun ouders dat vaak anders zien – volgens de definitie van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) en/of de DSM V een verstandelijke beperking. Door de intellectuele problemen gaan zij verder in het speciaal onderwijs en stromen als vanzelfsprekend door naar de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Personen die door ernstige mentale problemen een complexe zorgvraag hebben die niet in andere voorzieningen voor langdurig verblijf kan worden geboden. Het is voor hen niet gemakkelijk om passende zorg te vinden omdat hun problematiek een specifieke aanpak vereist.
- Mensen met een verstandelijke beperking die niet-aangeboren hersenletsel oplopen.

Binnen 's Heeren Loo heeft naar schatting 8 tot 10% van de cliënten NAH (321, december 2015), soms in combinatie met een al eerder aanwezige verstandelijke beperking. We nemen aan dat bij meer cliënten sprake is van NAH bovenop de verstandelijke beperking, maar dat dit niet in alle gevallen wordt herkend. Personen die door eerder letsel of door hun verstandelijke beperking al zorg bij 's Heeren Loo afnamen, komen na medische behandeling vaak weer terug naar 's Heeren Loo.



## 2.7 Gevolgen

De gevolgen van hersenletsel zijn zeer ingrijpend voor de patiënt en zijn omgeving. Door het hersenletsel is er een verandering van anatomische eigenschappen en verlies van meer of minder lichamelijke en/of mentale functies. Deze zijn van invloed op de mogelijkheden tot het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (handelen) en het deelnemen aan het maatschappelijk leven (participeren). De cliënt gaat in één of meer opzichten anders functioneren dan voorheen. De specifieke gevolgen verschillen van persoon tot persoon en zijn afhankelijk van:

- de exacte locatie(s) van het letsel (diffuus en/of plaatselijk)
- de ernst van de beschadiging
- de leeftijd waarop het letsel ontstaat
- de persoonlijkheid vóór het hersenletsel
- de omgeving waarin iemand functioneert.

Bij NAH is sprake van een onomkeerbare breuk in de levenslijn. Het levenspatroon, de relaties, het werk, de hobby's en de verwachtingen voor de toekomst die mensen vóór het hersenletsel hadden, kunnen in één klap in duigen vallen of in een ander daglicht komen te staan.

### 2.7.1 Motorische, sensorische en mentale functies

Als gevolg van hersenletsel kunnen zowel motorische als sensorische problemen ontstaan. Voorbeelden zijn coördinatiestoornissen, evenwichtsstoornissen, krachtverlies, (halfzijdige) verlamming (hemiparese of hemiplegie), slik- en spraakstoornissen en stoornissen in zien, voelen en ruiken. Daarnaast krijgen sommige mensen met NAH te maken met epilepsie en vermoeidheidsproblemen.

Mensen met NAH hebben vaak mentale problemen. De algemene mentale functiebeperkingen zijn beperkingen in bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, psychosociale functies, temperament, persoonlijkheid, energie, driften en slaap. De specifieke mentale functiebeperkingen zijn bijvoorbeeld beperkingen in aandacht, geheugen, psychomotorische functies, stemming, perceptie en denken.

### 2.7.2 Gedragsverandering

Mensen met NAH kunnen te maken krijgen met karakterverandering door verstoorde mentale functies. Daardoor kan iemand na het hersenletsel een ander persoon lijken. De zorg is vaak gericht op (karakter)veranderingen in negatieve zin. In enkele gevallen wordt de verandering door de omgeving van de getroffene als positief ervaren. Het kan gaan om veranderingen in geduld, impulsiviteit, het vermogen zich in anderen te verplaatsen en inschattingsvermogen van sociale situaties en gevaar. Mensen met NAH kunnen ook te maken krijgen met veranderingen op het gebied van stemming, emotieregulatie, moeite met initiatief tonen en passiviteit. Daarnaast kunnen neuro-psychiatrische problemen voorkomen, bijvoorbeeld door veranderingen in perceptie.



### 2.7.3 Disharmonie

Kenmerkend voor mensen met NAH zijn de zogenaamde gezonde eilandjes. Dit betekent dat zij op verschillende ontwikkelingsgebieden op zeer uiteenlopende niveaus functioneren. Sommige taken voeren zij op hoog niveau uit, terwijl hele simpele taken moeilijk voor hen kunnen zijn. Deze disharmonie is in het gewone leven goed merkbaar. Bijvoorbeeld niet meer kunnen communiceren door taal- en spraakproblemen, maar nog wel kunnen rekenen.

### 2.7.4 Verliesverwerking

Het aanvaarden dat bepaalde dingen niet meer kunnen is voor ieder mens een moeilijke opgave. Voor mensen met NAH is dit extra ingewikkeld door de cognitieve en emotionele beperkingen. Bovendien is het verwerkingsproces nooit af. Er zijn altijd situaties of gebeurtenissen waarbij iemand met NAH opnieuw wordt geconfronteerd met het verlies. Wanneer het niet lukt om de eigen beeldvorming aan te passen aan de nieuwe realiteit, leidt dit tot continue teleurstellingen en het gevoel van falen. Voor mensen met NAH die geen of slechts een beperkt ziekte-inzicht hebben, is het bijstellen van de eigen beeldvorming een lastige, vrijwel onmogelijke taak.

### 2.7.5 Emoties

Er zijn mensen met NAH die als gevolg van het letsel niet goed in staat zijn om hun emoties die samenhangen met het gevoel van verlies op een adequate manier te uiten. Ook dit kan aanleiding geven tot een gevoel van onbegrip en isolement. Sommige personen hebben wel een reëel zicht op hun beperkingen en op de consequenties daarvan op hun verdere leven, maar hebben toch forse problemen. Het verlies leidt bijvoorbeeld tot gevoelens van somberheid en een onvermogen om in de ontstane situatie nog enig perspectief te zien.

## 2.8 NAH en verstandelijke beperking

Ook mensen met een verstandelijke beperking kunnen hersenletsel oplopen door een ziekte of trauma. Voor hen geldt eveneens dat hierdoor een breuk in de levenslijn ontstaat, waardoor na het letsel het leven anders is. Soms kunnen zij bijvoorbeeld na het letsel niet terug naar hun oude woon- of werkomgeving. Problematiek voortkomend uit al voor het letsel aanwezige functiestoornissen, bijvoorbeeld psychiatrische problemen, kunnen na het letsel nog steeds aanwezig zijn, soms in sterkere mate.

## 3 Beeldvorming en classificatie

### 3.1 Inleiding

Vragen die leven bij mensen met NAH en hun verwanten zijn divers en hangen samen met de gevolgen van het hersenletsel. Goede beeldvorming en een inschatting van het functioneren van de persoon met NAH op de verschillende leefgebieden zijn noodzakelijk om deze vragen adequaat te kunnen beantwoorden.

### 3.2 Classificatie van het menselijk functioneren

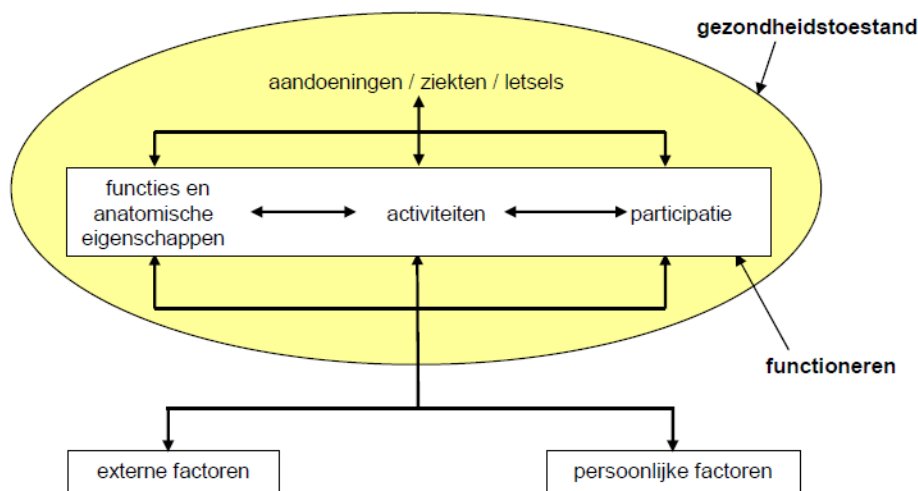
Om de gevolgen van hersenletsel in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van de internationale classificatie van het menselijk functioneren: de International Classification of Functioning (ICF; RIVM, 2002). Met de ICF wordt zowel vanuit een medische als sociale bril naar de zorgbehoefte gekeken. De ICF maakt het mogelijk om veranderingen over tijd te beschrijven en zo resultaten van de zorg te toetsen. Met behulp van de ICF is het mogelijk om problematiek in het dagelijks leven (activiteiten, persoonlijk functioneren) en in de maatschappij (participatie) systematisch te beschrijven.

#### Factoren en perspectief

Onderdeel van de ICF is het in kaart brengen van persoonlijke en externe factoren. Persoonlijke factoren hebben te maken met sociale en culturele verschillen en iemands karaktereigenschappen. Externe factoren zijn alle factoren buiten de persoon, van zijn onmiddellijke omgeving tot de algemene leefomgeving.

De ICF kent drie perspectieven:

1. perspectief van het menselijk organisme (functies, anatomische eigenschappen)
2. het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten, persoonlijk functioneren)
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie).



Figuur 4: Het ICF model. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren (RIVM, 2002)

## 4 Visie op de zorg voor mensen met NAH

### 4.1 Missie en visie 's Heeren Loo

's Heeren Loo helpt mensen met een verstandelijke beperking hun leven in te vullen zoals zij dat zelf willen. Met alles dat wij weten en kunnen zetten wij ons in voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en hun verwanten, zodat zij een zo goed mogelijk leven leiden.

***Omdat elk mens uniek is en  
met zijn eigenheid onze samenleving verrijkt  
Omdat elk mens behoefte heeft  
aan persoonlijke groei en ontwikkeling  
en aan nieuwe ervaringen die het leven verrijken***

***Daarom 's Heeren Loo***

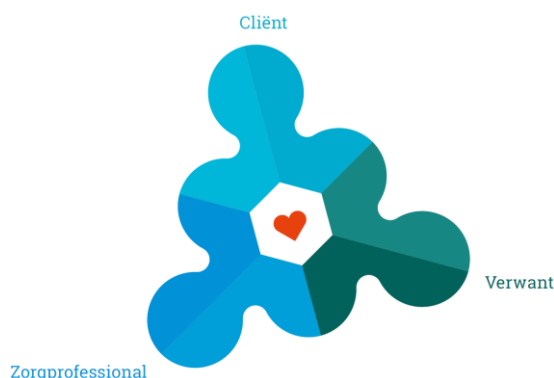
***Opdat jij – jong of oud –  
een passend antwoord kan vinden  
Op grote en kleine vragen  
die er voor jou toe doen***

***Dichtbij en samen met de mensen  
die belangrijk voor je zijn  
Waar we samen leren  
en jij je eigen keuzes maakt  
Omdat het vooral gaat om wie jij bent  
en wat jij kunt of nodig hebt***

### 4.2 Samenwerken in de driehoek

De cliënt en zijn netwerk zijn altijd het startpunt voor de zorg die wij bieden, want hersenletsel heb je nooit alleen. Hersenletsel heeft niet alleen ingrijpende gevolgen voor degene die het overkomt, maar ook voor de verwanten. Betrokkenen worden geconfronteerd met situaties die heftige emoties oproepen, zoals hoop, verdriet, boosheid en schuld. Verwanten maken een ingrijpend proces door. Na het ontstaan van het hersenletsel is ook hun rol veranderd. Ouders gaan weer zorgen voor hun (volwassen) kind, partners worden verzorgers en kinderen komen in een andere verhouding tot hun vader of moeder te staan.

Een belangrijk uitgangspunt bij 's Heeren Loo is daarom het werken in de driehoek: cliënt, familie en professionals hebben alle drie een positie en rol in deze driehoek (zie figuur 5). De inzet is een driehoek die in balans is. Een driehoek waarin elke hoek een unieke inbreng en verantwoordelijkheid heeft en alleen kan functioneren als er samengewerkt wordt.



Figuur 5: Samenwerken in de driehoek

Begeleiders zijn zich ervan bewust dat alle verwanten hun eigen thema's en hun eigen geschiedenis hebben die de samenwerking en betrokkenheid beïnvloeden. De invloed van verdriet en rouw is groot en kan naar voren komen in de relaties tussen betrokkenen onderling (bijvoorbeeld ouders versus partner) en in de relatie met professionals. Soms is er verschil van mening over de invulling van de zorg en bejegening. Professionals worden door de gevolgen van het hersenletsel geconfronteerd met thema's als partnerschap, echtscheiding, loyaliteit en rouw. 's Heeren Loo heeft in meerdere regio's systeemtherapeuten en/of maatschappelijk werkers in dienst, die zijn toegerust om gedragswetenschappers en begeleiders te ondersteunen bij het omgaan met deze moeilijke thema's.

Het vraagt van professionals een voortdurend alert zijn op de eigen rol en op de eigen taak. Zij zijn alert op de zorgbehoefte van verwanten, maar niet toegerust om ook aan hen zorg te verlenen - educatie moet geen therapie of begeleiding worden. Het is van belang om tijdig door te verwijzen wanneer meer specialistische zorg nodig blijkt.

### 4.3 Kwaliteit van bestaan

's Heeren Loo stelt zich tot doel dat mensen met NAH een prettig leven leiden waarin zij naar eigen kunnen deelnemen aan de samenleving en waarin zij zich kunnen ontplooiën. Doelen hebben betrekking op het vergroten van de kwaliteit van leven en omvatten vrijwel altijd een passende woonomgeving en een zinvolle daginvulling (zowel werken en leren als vrije tijd). Daarnaast wordt aandacht besteed aan aanvaarding van verlies en achteruitgang en het vergroten of behouden van het netwerk van de cliënt.

#### Kwaliteit van bestaan

's Heeren Loo maakt voor het ordenen, vastleggen en vormgeven van de zorg gebruik van de domeinen van kwaliteit van bestaan (Schalock et al. 2005):

- **Emotioneel welbevinden** met als indicatoren: veiligheid, spiritualiteit, geluk, vrij zijn van stress, zelfbeeld en tevredenheid
- **Interpersoonlijke relaties** met als indicatoren: intimiteit, genegenheid, gezin, interacties, vriendschappen en ondersteuning
- **Materieel welbevinden** met als indicatoren: eigendom, financiële zekerheid, voeding, werk bezittingen, sociaaleconomische status en onderdak



- **Persoonlijke ontplooiing** met als indicatoren: onderwijs, vaardigheden, persoonlijke vervulling, competentie, zinvolle activiteiten en vooruitgang
- **Lichamelijk welbevinden** met als indicatoren: gezondheid, voeding, ontspanning, mobiliteit, gezondheidszorg, vrije tijd en ADL-activiteiten
- **Zelfbepaling** met als indicatoren: autonomie, keuzes, beslissingen, persoonlijke controle, zelf richting kunnen geven en persoonlijke doelen en waarden
- **Sociale inclusie** (erbij horen) met als indicatoren: geaccepteerd worden, status, ondersteuning/support, werkomgeving, integratie en participatie in de samenleving, rollen, bijdragen aan de samenleving
- **Rechten** met als indicatoren: privacy, stemrecht, toegang, gelijke behandeling, eigendom hebben en rechten en plichten als burger.

#### 4.4 Doelgericht werken

In het elektronisch cliëntendossier (ECD) staan de domeinen van Schalock centraal. Vanuit de beeldvorming wordt de zorgbehoefte van de cliënt beschreven, en daarna zijn perspectief per domein. Hierbij worden de functiestoornissen en anatomische eigenschappen beschreven. Voor mensen met NAH wordt vastgesteld hoe functiestoornissen van invloed zijn op wat hij doet of wil doen en met welke problemen hij te kampen heeft. Tegelijkertijd is er aandacht voor de gezonde aspecten van zijn functioneren.

Als duidelijk is met welke problemen de cliënt te kampen heeft, wordt gekeken welke zorg nodig is en hoe de omgeving kan worden aangepast. Op basis van het perspectief worden werkdoelen opgesteld. Werkdoelen worden per kwartaal geëvalueerd.



## 5 Wonen en daginvulling

### 5.1 Inleiding

's Heeren Loo richt zich op het vergroten van mogelijkheden van cliënten zodat zij zich zoveel mogelijk zelfstandig kunnen begeven in de maatschappij. Hierbij wordt gekeken naar ieders individuele zorgbehoefte. Veel mensen met NAH zijn erbij gebaat om als een aparte groep te worden gezien, die om een eigen begeleidingsstijl vraagt met betrekking tot verschillende aspecten:

- Breuk in de levenslijn: voor veel volwassenen met NAH geldt dat ze voor het hersenletsel regulier werk hadden waarvan ze afscheid hebben moeten nemen. De breuk in hun levenslijn, en soms een beperkt ziekte-inzicht, maakt het lastiger om werk te vinden dat aansluit bij hun verwachtingen, interesses en veranderde mogelijkheden.
- Lotgenoten: mensen met NAH herkennen in veel gevallen elkaars verhaal. Zij zien elkaar als lotgenoten en ervaren meerwaarde aan wonen en werken in dezelfde ruimte. Dit betekent niet dat men altijd gezelligheid aan elkaar ontleent, of met elkaar iets kan ondernemen. Alleen zijn is voor velen moeilijk, maar samen met anderen activiteiten doen soms nog lastiger, zo niet onmogelijk.
- Disharmonie in het functioneren: dit vraagt om een individueel aanbod van activiteiten, afgestemd op ieders specifieke vaardigheden.
- Vermoeidheid: veel mensen met NAH hebben zonder rustmomenten (vaak in bed), onvoldoende energie om een zinvolle invulling aan de dag te geven of de dag door te komen.
- Werken aan verbetering: de ervaring leert dat verbetering mogelijk is, ook nog jaren na het ontstaan van het letsel. Dit vraagt van de personen met NAH om voortdurend oefenen en revalideren, en van begeleiders om eenduidigheid in hoe activiteiten worden aangeboden. Nauwe samenwerking tussen wonen, werken en zorg is hiervoor een voorwaarde.
- Complexiteit van de zorgverlening: als de problematiek en zorgvraag complex is, vraagt dat om samenwerking tussen wonen, werken, AVG, paramedische dienst en gedragswetenschapper.

### 5.2 Methodieken

Omdat mensen met NAH verschillen vanwege de diversiteit in complexiteit en aard van het hersenletsel, worden in de begeleiding elementen uit verschillende begeleidings- en behandelmethodieken gebruikt. Op basis van beeldvorming wordt een keuze of combinatie gemaakt van werkzame elementen uit de verschillende methodieken die binnen 's Heeren Loo worden gehanteerd:

- Kijken en begeleiden volgens Triple C (Van Wouwe & Van de Weerd, 2015): voor mensen met NAH die problemen hebben met het controleren en sturen van hun gedrag, die hun handelen niet of nauwelijks kunnen plannen en bij vrijwel alle activiteiten hulp en steun van begeleiders nodig hebben.



- Competentiegericht werken (Slot & Spanjaard, 2016): voor mensen met NAH die meer zelfstandigheid aankunnen, enig inzicht hebben in het eigen functioneren en waarbij ontwikkeling op verschillende gebieden een doel is.
- Het ondersteuningsprogramma voor volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (Poppes & Zijlstra, 2005): voor cliënten die weinig communicatiemogelijkheden hebben, bijvoorbeeld mensen met NAH die na coma in een vegetatieve of minimale bewustzijnstoestand terecht zijn gekomen.

De werkzame elementen worden in hoofdstuk 8 verder uitgewerkt.

## 5.3 Wonen

Soms is het onmogelijk of onwenselijk om de zorg thuis vorm te geven. 's Heeren Loo biedt voor die situaties een woonaanbod, gericht op alle leeftijden. Zo zijn er woonvoorzieningen gericht op ouderen en volwassenen en woonvoorzieningen gericht op jongeren, zoals gezinshuizen en kindgroepen. Voor alle woningen geldt dat:

- er een huiselijke, uitnodigende, warme sfeer heerst
- prikkels gereduceerd kunnen worden
- voldoende fysieke ruimte aanwezig is om bezoek (ouders, partner, kinderen) te ontvangen
- voldoende fysieke ruimte aanwezig is voor de zorg in verband met eventuele lichamelijke beperkingen
- domotica (huisautomatisering) voor toezicht en ter ondersteuning van het meer zelfstandig functioneren in aanleg aanwezig zijn
- gelegenheid aanwezig is om naar buiten te gaan (tuin, balkon)
- de mogelijkheid bestaat om centraal in te luisteren gedurende de nacht
- kleur, licht en indeling ondersteunend zijn aan oriëntatieproblemen
- de inrichting veilig is voor bijvoorbeeld mensen met epilepsie en/of een visuele beperking.

Volwassenen hebben een eigen studio of appartement, met de mogelijkheid om een zelfstandige huishouding te voeren. Een eigen deurbel en brievenbus staan hierbij symbool voor de eigen privacy. Er is een ontmoetingsruimte waar gekookt wordt voor degenen die dit zelf niet kunnen en waar cliënten de begeleiders kunnen vinden en medebewoners kunnen ontmoeten. Bovenstaande punten (uitgezonderd inluisteren in de nacht) zijn ook van toepassing op de ruimtes voor werken en leren.

## 5.4 Dagingvulling: werken en leren

Ieder mens heeft behoefte aan een zinvolle en betekenisvolle dagingvulling. Wij ondersteunen in dit proces en zoeken samen met de cliënt naar zinvolle dagingvulling. Werk is daarvan een belangrijk onderdeel. Voor veel volwassenen met NAH geldt dat ze voor hun letsel regulier werk hadden waarvan ze afscheid hebben moeten nemen. Het is vaak lastig passend werk voor hen te vinden.

Naast werk kunnen cliënten gebruik maken van passend onderwijs, zorg-/leergroepen



en aanbod van de Academie van Zelfstandigheid. De Academie biedt een veilige, beschermde omgeving waar mensen met NAH samen met anderen van alles kunnen leren. Het is een schakel tussen opleiding en een zo zelfstandig mogelijke werk- en/of woonplek.

Vrije tijd maakt deel uit van de dag en vraagt ook om een voor de cliënt betekenisvolle invulling. Als mensen met NAH moeite hebben om hun vrije tijd goed in te vullen, is het soms nodig om (tijdelijk) extra ondersteuning van andere disciplines in te zetten. Hierbij wordt aan de hand van de specifieke wensen en mogelijkheden gezocht naar een passende ondersteuning.

### **Jobcoach**

Een jobcoach heeft een belangrijke rol bij het vinden van passend werk en het begeleiden van de cliënt in de eerste periode. Hij bekijkt samen met de cliënt, zijn systeem en de begeleider wat hij (aan)kan en hoe dit past binnen regulier werk. De ervaringen die iemand voor het hersenletsel had, kunnen belemmerend zijn bij het accepteren van nieuwe mogelijkheden. Het is van belang om een plek te vinden die echt passend en haalbaar is. Juist bij mensen met NAH is het van belang om ook na deze eerste periode regelmatig te kijken of zij nog op hun plek en gemotiveerd zijn.

## **5.5 Wonen en daginvulling per context**

Afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënt en zijn verwanten, onderscheiden we vier contexten voor wonen en daginvulling:

1. verplegend/verzorgend
2. beschermd en begrensd
3. beschermend
4. in de wijk en ondersteuning thuis.

### **5.5.1 Verplegend/verzorgend**

Verplegend/verzorgend wonen is bedoeld voor mensen met NAH die met een laagbewust of niet-responsief waaksyndroom bij 's Heeren Loo komen wonen en voor mensen met NAH die verpleging en verzorging nodig hebben in verband met achteruitgang of ouderdom. Voor de eerste groep is, naast lichamelijke zorg om fysieke problemen te voorkomen, het stimuleren van alle zintuigen van groot belang. Voor de tweede groep is comfort en voorkomen en bestrijden van pijn het belangrijkste doel.

#### **Begeleiding**

Door kleine stappen te nemen en deze steeds inzichtelijk te maken en te evalueren, wordt er gewerkt aan verandering middels de methode Perspectief van Vlaskamp (Poppes & Zijlstra, 2005). De Goal Attainment Scale (GAS) wordt gebruikt om de voortgang in beeld te brengen.

#### **Woning**

De woning dient ruim en licht te zijn, met een huiskamer als centraal punt. Er zijn verschillende zithoeken, zodat het sociale leven vanaf de rand van de huiskamer kan worden meegemaakt. De woonkeuken heeft een kookeiland, men kan ook in een bed of rolstoel het kookgebeuren meemaken. Iedereen heeft een eigen studio of appartement met eigen sanitair en ruimte voor veel lichamelijke zorg. Er is een tillift. Op



verschillende plaatsen zijn snoezelementen of er is een snoezelruimte. De tuin is groot en overzichtelijk en biedt voldoende schaduw. Er zijn planten en er is geluid van water. Er zijn voorzieningen voor spel met water en zand. De woning ligt op een woonzorgpark, in verband met de bereikbaarheid voor de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), logopedie, ergotherapie, fysiotherapie en dagbesteding.

### **Dagbesteding**

De dagbesteding voor mensen met NAH die vooral verpleging en verzorging nodig hebben is sensopathisch: de nadruk bij het aanbieden van activiteiten ligt op mogen deelnemen, niet op moeten. Er is sprake van een uitnodigende begeleidingsstijl. Deelnemen aan activiteiten betekent niet automatisch actief deelnemen. Deelnemen is ook meebeleven wanneer anderen (begeleiders en deelnemers) bezig zijn. De sensopathische activiteiten stimuleren vooral de zintuigen. Beginpunt is het neerzetten van een prikkelende en warme sfeer, bijvoorbeeld door spelen of beluisteren van muziek, massage, (voor)lezen of ervaringsactiviteiten. Het goed kunnen regelen van de warmte binnen de dagbestedingsruimte is wenselijk, aangezien bij mensen met NAH de warmtebeleving soms anders is als gevolg van het hersenletsel.

## **5.5.2 Beschermd en begrensd**

Beschermd en begrensd wonen is bedoeld voor mensen met NAH die in verband met mentale- en/of gedragsproblemen zowel bescherming als begrenzing nodig hebben. Bijvoorbeeld in verband met ernstige ongeremdheid door alcohol- en drugsproblemen en neuropsychologische problemen. Voor zowel de personen zelf als hun omgeving is veiligheid noodzakelijk. Zij kunnen zich niet aan hun omgeving aanpassen, hebben geen oog voor de gevolgen van hun gedrag en zien niet wat hun gedrag bij anderen teweegbrengt. Zij hebben een sterke drang naar zelfbepaling en een grote behoefte aan vrijheid. Dit brengt grote risico's met zich mee en kan leiden tot gevaarlijke situaties. Om deze reden is er in sociale situaties altijd begeleiding aanwezig.

### **Begeleiding**

Directe beschikbaarheid van begeleiders is een voorwaarde in verband met de intensieve begeleiding die nodig is bij het aangaan van sociale contacten en bij het komen tot en het uitvoeren van activiteiten. Ondersteuning bij impulscontroleproblemen kan nodig zijn. De begeleiding is gericht op het creëren van overzicht en duidelijkheid, invulling van tijd en zinvolle activiteiten. Kijken en begeleiden volgens Triple C kan een geschikte begeleidingsmethode zijn (Van Wouwe & Van de Weerd, 2011). Op voorwaarde dat enige mate van inzicht en besef aanwezig zijn, is competentiegericht werken passend (Slot & Spanjaard, 2016). Voortdurend worden risico's afgezet tegen veiligheid en een sociaal aanvaardbaar leven. In de praktijk betekent dit dat de cliënt zoveel mogelijk vrijheid heeft, maar het komt ook voor dat een beperking van de bewegingsvrijheid ingezet wordt.

### **Wonen en dagbesteding**

Voor deze cliënten kan integraal wonen en werken, in het algemeen op een zorgpark, een goede oplossing zijn. Het streven is het aantal verschillende begeleiders en de veranderingen op een dag zo beperkt mogelijk te houden. Begeleiders en cliënten gaan met elkaar aan het werk, waarbij de cliënt naar kunnen ingezet wordt. Anderen zijn in staat om in een omgeving, waarin prikkels kunnen worden afgestemd op wat de cliënt aankan, zelf activiteiten te doen.

Het doel van werken is voor deze cliënten het herstel of vasthouden van het dagritme. Daarnaast is belangrijk dat het werk een zinvol, zingevend karakter heeft, dat de cliënt



op een positieve wijze zijn energie kwijt kan en dat de cliënt wordt begeleid in het behalen van resultaten zodat hij positieve ervaringen opdoet. Werk wordt geboden in kleine groepen die vaak een eigen afgebakende werkruimte hebben.

### 5.5.3 Beschermend

Een beschermend milieu is bedoeld voor mensen met NAH die in verband met mentale- en/of gedragsproblemen een beschermende omgeving nodig hebben. Bijvoorbeeld door ernstige geheugen- en oriëntatieproblemen, of een onvermogen om het eigen gedrag te sturen. Zij hebben moeite om zich aan hun omgeving aan te passen. Een overzichtelijke en voorspelbare omgeving is dan van groot belang om zich in het dagelijkse leven staande te houden. Zij zijn gebaat bij een vaste volgorde van activiteiten en vaste ritmes van de dag.

#### **Begeleiding**

Mensen met NAH die een beschermende omgeving nodig hebben zijn gebaat bij kijken en begeleiden volgens Triple C (Van Wouwe & Van de Weerd, 2011). Kenmerkend is de relatie tussen cliënt en begeleider. Deze cliënten hebben voortdurende aanwezigheid en sturing van begeleiders nodig. Binnen de relatie cliënt-begeleider wordt recht gedaan aan wensen en keuzes van de cliënt (relationele autonomie). In het dagelijks leven en in het werk wordt er grote waarde gehecht aan het vasthouden van een normaal levensritme met daarbij behorende activiteiten. Cliënten dragen naar 'kunnen en aankunnen' verantwoordelijkheid voor zaken als maaltijden en het huishouden. De begeleider doet de activiteiten samen met de cliënt, waardoor de activiteiten altijd slagen en de cliënt succeservaringen opdoet. Hij heeft door het samendoen en het slagen minder last van zijn beperkingen.

#### **Wonen**

In de woning is sprake van een sociaal leven met ruimte voor gezelligheid en bezoek. Er is orde en overzicht in de inrichting van de leefomgeving. De woning bevindt zich in een gebied waar stadse prikkels gereduceerd zijn en waar maatschappelijke mogelijkheden aanwezig zijn. Dit kan op een woon-zorgpark zijn, maar dit hoeft niet. In de buurt zijn voorzieningen aanwezig zoals een kerk, winkels en zwembad. De persoon wordt gestimuleerd om (zo nodig met begeleiding) zo veel mogelijk deel te nemen aan de maatschappij.

#### **Dagbesteding**

Cliënten worden gestimuleerd om actief en gericht met taken bezig te zijn. Bij de dagbesteding ligt de nadruk op het activeren en zinvol bezig zijn, minder op sfeer. Omgevingsprikkels die als storend kunnen worden ervaren, worden zoveel mogelijk gereduceerd. Er zijn afgescheiden werkplekken aanwezig om prikkelreductie te optimaliseren voor cliënten die daar behoefte aan hebben. De werkzaamheden zijn gestructureerd en hebben een arbeidsmatig karakter.

### 5.5.4 In de wijk en ondersteuning thuis

Sommige mensen met NAH hebben wel specialistische zorg nodig maar kunnen thuis blijven wonen met ondersteuning van 's Heeren Loo. Dat is prettig en vertrouwd. Daarvoor zijn diverse mogelijkheden, zoals ambulante begeleiding en Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG) voor opvoedingsvraagstukken. Voor cliënten die niet volledig thuis kunnen verblijven zijn er mogelijkheden voor logeren en weekend- en vakantieopvang.

Voor mensen met NAH die zich zonder begeleiding onvoldoende staande kunnen houden binnen de maatschappij, maar wel een redelijke mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid hebben, zijn er woningen in de wijk. Zij hebben 24-uurszorg, een volledig pakket thuis of kopen zorg in (PGB). Dit betekent dat zij gebruik kunnen maken van zorg overdag en ook gedurende de nacht (middels een inluistersysteem).

#### **Begeleiding**

Bij wonen in de wijk en ondersteuning thuis krijgen cliënten ondersteunende begeleiding. Hij wordt gestimuleerd om zoveel mogelijk zelf te doen en krijgt hulp, herinneringen bij afspraken, structuur en duidelijkheid voor zover nodig. Ook het sociale aspect is van belang, bijvoorbeeld tijdens gezamenlijke maaltijden. Buiten de maaltijden en koffie/theemomenten zijn de cliënten op hun appartement. Zij krijgen begeleiding op hun appartement binnen de afgesproken dagen en tijden, afhankelijk van de begeleidingsvraag.

De zorg voor deze cliënten vraagt om begeleiding die op afroep beschikbaar is. Dat betekent dat zij moeten kunnen omgaan met momenten dat je even moet wachten. De focus van de begeleiding is gericht op het vergroten van competenties van de cliënt. Omgaan met de eigen beperkingen en het zoeken naar een balans tussen zelfbepaling en afhankelijkheid is een aandachtspunt.

#### **Wonen**

De woning bevindt zich buiten een woon-zorgpark, in een woonwijk, in de buurt van een dorpskern of winkelcentrum en openbare voorzieningen. Cliënten gaan met de fiets, met aangepast vervoer of met het openbaar vervoer naar school of werk.

#### **Dagbesteding**

Het werken en leren voor deze cliënten is gericht op het vergroten van de competentie, waarbij veel aandacht wordt besteed aan het zogenaamde foutloos leren (positieve leerervaringen staan hierbij centraal). Belangrijk voor deze doelgroep is de gelegenheid om tussendoor te rusten. Een klein aantal cliënten werkt buiten 's Heeren Loo in een betaalde baan.

## 6 Zorg: begeleiding en behandeling

### 6.1 Inleiding

De (para)medische en therapeutische behandeling bij mensen met NAH is gericht op het realiseren van ontwikkeling en herstel, het behoud van vaardigheden, het wegnemen van belemmeringen, het aanvaarden van verlies of achteruitgang en bevordering van de kwaliteit van leven. Per persoon wordt het aanbod afgestemd op zijn behoefte en mogelijkheden. Dit is een integraal onderdeel van de ondersteuning bij 's Heeren Loo. Wanneer cliënten nog thuis wonen met een lichtere vorm van begeleiding, is het mogelijk om dit aanbod poliklinisch af te nemen.

#### **Diagnose**

Door hersenletsel veroorzaakte functiestoornissen kunnen alle aspecten van het menselijk functioneren beïnvloeden. Diagnostiek bij mensen met NAH is daarom breed. Specifieke gevolgen worden door verschillende professionals in beeld gebracht. Het levensverhaal en dossier van een cliënt kunnen een beeld schetsen over het letsel dat is ontstaan, maar ook over het leven voor en na het letsel, en welke aspecten van het bestaan in de behandeling benadrukt moeten worden om kwaliteit van leven te optimaliseren. De oorzaak van de hersenbeschadiging is van belang om een inschatting te kunnen maken van de gevolgen op neurologisch, medisch, psychologisch en psychiatrisch gebied (mentale functies).

### 6.2 Gedragwetenschappelijke behandeling

De gedragwetenschappelijke behandeling omvat diagnostiek en therapie. De gedragwetenschapper regisseert het behandelproces op gestructureerde wijze en werkt vaak intensief samen met de AVG en paramedici. De gedragwetenschapper is inhoudelijk verantwoordelijk voor het opstellen en vaststellen van het behandelplan en stelt de behandeldoelen vast. De dagelijkse zorg wordt geboden door begeleiders, in samenspraak met hun manager en gedragwetenschapper.

#### **Testen, analyse en observatie**

De gedragwetenschapper voert neuropsychologische diagnostiek uit, onder andere op basis van dossieranalyse. Hierdoor wordt het functioneren van de cliënt in totaliteit in kaart gebracht. Er wordt getracht een overzicht te krijgen van wat een cliënt in zijn leven heeft meegemaakt. Er wordt gekeken naar de oorzaak van alle functiestoornissen die op dit moment van invloed zijn op zijn gedrag. Testen zeggen niet alles: observatie van de invloed van het NAH op alle aspecten van de kwaliteit van leven is het uitgangspunt van de behandeling.

#### **Ondersteuning voor betrokkenen**

De gedragwetenschapper geeft psycho-educatie aan cliënten, begeleiders en verwanten, meestal om de relatie tussen de hersenbeschadiging en het functioneren te verduidelijken. Het doel is meer begrip voor het gedrag van de cliënt en acceptatie van de gekozen behandel- of begeleidingsstrategieën. Wanneer de ondersteuning meer dan gebruikelijk vraagt van de draagkracht van verwanten en bij vraagstukken met een ethisch/moreel karakter, biedt de gedragwetenschapper ondersteuning aan begeleiders en verwanten die bij de zorg betrokken zijn. Wanneer professionals en verwanten zelf meer specialistische zorg nodig hebben, wordt doorverwezen naar de eerste lijn.

### Vormen van therapie

Mensen met NAH en een therapievraag kunnen bij 's Heeren Loo verschillende vormen van therapie krijgen, zoals cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie en therapie bij verwerking van trauma. De therapie kan gericht zijn op verschillende aspecten binnen de ervaren problemen van de cliënt en/of zijn omgeving. Therapie kan bijvoorbeeld gericht zijn op de verschillende stadia van de reacties van cliënten (ontkenning, boosheid, onderhandelen, depressie, acceptatie), verliesverwerking, het zoeken naar een identiteit, perspectief en nieuwe zingeving. Zowel het doel als de vorm van therapie moet afgestemd worden op het individu en zijn of haar mogelijkheden. De meer cognitieve vormen van therapie vragen dat de cliënt een zeker niveau van inzicht heeft, kan abstraheren en reflecteren, en de wil en het vermogen heeft te leren. Ook moet hij in staat zijn om zijn gedachten en gevoelens te communiceren. Voor cliënten die dit niet kunnen, kan muziektherapie of creatieve therapie ingezet worden met doelen als het verminderen van stress, het geven van ontspanning en het vinden van manieren om zich te uiten.

## 6.3 Paramedische behandeling

Paramedische diagnostiek en behandeling is gericht op het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van dagelijkse handelingen in de eigen omgeving. Voorbeelden van paramedische behandeling zijn ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en diëtetiek.

#### Ergotherapeut

- Onderzoeken welke aanpassingen in de inrichting van de woonruimte of werkplek wenselijk zijn.
- Meedenken hoe een cliënt met oriëntatieproblemen de weg in de woning kan vinden.
- Helpen bij het opstellen van een zinvol dagprogramma met passende activiteiten, waaronder ook vrije tijd
- Inzetten van hulpmiddelen ter vergroting van de zelfstandigheid
- Ondersteunen bij het plannen en uitvoeren van praktische handelingen.
- Meedenken over en onderzoek naar zintuiglijke prikkelverwerking en de balans tussen inspanning en ontspanning.

#### Fysiotherapeut

- Ontwikkelen en verbeteren van motorische vaardigheden.
- Meedenken over het huisvestingsconcept en de inrichtingseisen.
- Aanmeten van hulpmiddelen, zoals een bed, (elektrische) rolstoel of rollator.
- Opstellen van een beweegplan (vanuit vitaliteit en gezondheid).
- Fysieke belasting van cliënten en begeleiders verminderen.

#### Logopedist

- Onderzoeken en behandelen van communicatiemogelijkheden en inzetten van geschikte communicatieondersteuning.
- Inzicht in veranderingen (bij geheugenproblemen en communicatieproblemen).
- Advies over het veilig toedienen van voedsel.
- Behandelen van gehoorproblemen.

#### Diëtist

- Behouden van een gezonde voedingstoestand (onder andere vanwege slikproblemen, gewijzigde sensorische prikkelverwerking en doorliggen).
- Cliënten begeleiden bij gewichtsveranderingen, zoals ongezonde afname of toename van het gewicht (rekening houdend met de mobiliteit van de cliënt).





Een orthopedisch schoenmaker kan worden ingezet voor het aanmeten van schoeisel om de loopfunctie te verbeteren. Een instrumentenmaker kan helpen bij het ontwikkelen van specifieke hulpmiddelen op maat, bijvoorbeeld voor de bediening van een rolstoel.

## 6.4 Medische behandeling

De AVG doet de diagnostiek en behandeling van comorbiditeit, zoals gedragsproblemen (impulsdoorbraken, depressie, andere psychiatrische ziektebeelden), neurologische (spasticiteit, parese) en cognitieve stoornissen (geheugenstoornissen, concentratieproblemen, planningsproblemen). Dit doet de AVG in samenwerking met de gedragsdeskundige en paramedici. Zo nodig wordt verwezen naar een psychiater, revalidatiearts, neuroloog of een andere specialist.

Voor cliënten die in de wijk wonen, is een huisarts het eerste aanspreekpunt voor medische zaken. Huisartsen en AVG hebben een handreiking voor de onderlinge samenwerking opgesteld.

### **Preventie**

De AVG heeft een actieve rol in de preventie van complicaties en bijkomende aandoeningen en denkt zo nodig mee over het aanpassen van de woon- en werkomgeving, en aangepaste begeleiding ter voorkoming van decompensatie. De AVG maakt hierbij gebruik van de actuele richtlijnen zoals die gelden voor zijn vakgebied. Voor een volledige omschrijving van de werkzaamheden van de AVG verwijzen wij naar het Zorgaanbod van de AVG (NVAVG).

## 6.5 Ondersteuning door ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen zijn mensen met NAH die andere mensen met NAH ondersteunen bij onder andere zelfinzicht en acceptatie. Dit laatste is voor veel cliënten moeilijk door de ernstige cognitieve problemen waar zij mee te kampen hebben. De herkenning van hun verhaal kan dan van grote waarde zijn.

Ondersteuning door ervaringsdeskundigen versterkt de saamhorigheid. Binnen 's Heeren Loo willen we zo veel mogelijk gebruik maken van ervaringsdeskundigen. Dit kunnen ook cliënten zijn die al in een woning voor mensen met NAH wonen of cliënten die bij 's Heeren Loo werken en leren.

## 7 Samenwerking

### 7.1 Samenwerking binnen 's Heeren Loo

In teams die ondersteuning bieden aan mensen met NAH is samenwerken tussen verschillende disciplines vanuit een gezamenlijke visie belangrijk. Intensieve samenwerking tussen de medewerkers van wonen, werken, nachtzorg en andere disciplines en met verwanten is een belangrijke voorwaarde om te komen tot een eenduidige ondersteuning, afgestemd op de behoefte van de cliënt. Binnen elk team zijn persoonlijke begeleiders, begeleiders en assistent-begeleiders werkzaam. Zij worden inhoudelijk en organisatorisch ondersteund door de manager zorg, de gedragswetenschapper en de AVG-arts. Zo nodig worden andere zorgaanbieders zoals de huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige, logopedist, diëtist, geestelijk verzorger of palliatief zorgconsulent toegevoegd.

### 7.2 Ketenzorg

In enkele regio's maakt 's Heeren Loo deel uit van een regionale zorgketen. Ketenzorg is het samenhangend geheel van inspanningen van verschillende zorgaanbieders. In de ketenzorg bestaan gradaties van eenvoudige tot complexe ondersteuning (Stokman & Verhoeff, 2011). In de ketenzorg participeren organisaties voor mensen met visuele- en auditieve problematiek, GGZ-instellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen, verslavingszorg, politie, andere zorgaanbieders binnen de gehandicaptenzorg, andere locaties waar cliënten kunnen werken en vrijwilligersorganisaties. In de keten wordt ondersteuning geleverd onder een herkenbare regiefunctie, waarbij het proces van de cliënt centraal staat en zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met zijn omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement.

## 8 Werkzame elementen

### 8.1 Inleiding

Afhankelijk van de behoeften en wensen van de cliënt, maakt de begeleider gebruik van passende technieken en strategieën in de ondersteuning, de zogeheten werkzame elementen

Een werkzaam element is een identificeerbaar onderdeel van een methodiek of interventie dat op zichzelf of in samenhang met andere elementen van invloed kan zijn op het resultaat. Werkzame elementen zijn concrete methodische acties die een professional - vaak binnen een groter geheel - inzet om een bepaald doel te halen of een bepaalde verandering te bewerkstelligen.

Dit hoofdstuk beschrijft enkele werkzame elementen gebaseerd op de kernwaarden van 's Heeren Loo en de verschillende methodieken die gebruikt worden binnen de zorg aan mensen met NAH.

### 8.2 Kernwaarden

De vier kernwaarden van 's Heeren Loo, 'betrokken', 'samen', 'passie' en 'ontwikkeling', komen tot uiting in de algemeen werkzame technieken en strategieën.

De basishouding van de professional is *sensitief* en *responsief*. Dat uit zich in:

- het werken aan een positieve werkrelatie met de jeugdige en zijn netwerk
- het perspectief en de behoeften van de jeugdige en ouders centraal stellen
- de krachten van de jeugdige en diens omgeving versterken
- de jeugdige motiveren en (realistische) hoop geven
- waar nodig gedrag van de jeugdige begrenzen/kaderen vanwege veiligheid van anderen of de jeugdige zelf.

De professional:

- is zich bewust van eigen waarden en normen en de invloed daarvan op zijn handelen
- toont interesse, respect en betrokkenheid voor de jeugdige en zijn ouders
- heeft oog voor de (veranderende) behoeften, beperkingen en mogelijkheden van de jeugdige en zijn ouders
- bekrachtigt mogelijkheden en zet ze creatief in voor het behalen van de doelen van de jeugdige en de ouders
- creëert en bewaakt veiligheid.

De volgende algemeen werkzame technieken en strategieën worden door de professional beheerst en toegepast:

- *Actief/reflectief luisteren*: onuitgesproken en (half) uitgesproken emoties en belevingen verwoorden/teruggeven.
- *Motiveren en valideren*: motivatie voor bepaald gedrag vergroten en eventuele weerstanden bewerken. Geef (realistische) hoop.
- *'Omdenken en kansdenken'*: van een probleem een bedoeling maken (herkomst: Op Eigen Benen).



- *Perspectief bieden*: samen met de cliënt of verwanten doelen kiezen, prioriteiten kiezen en concrete acties uitwerken.
- *Begrenzing*: van situaties en gedrag, gericht op veiligheid.

## 8.3 Werkzame elementen voor mensen met NAH

Voor mensen met NAH is een veilig, positief en stimulerend leefklimaat en zinvolle daginvulling een belangrijke voorwaarde. Welke technieken en strategieën worden ingezet is afhankelijk van de behoeften, wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Hieronder enkele werkzame elementen voor een positieve relatie, veilige omgeving, autonomie, persoonlijke ontplooiing, beïnvloeden van en reageren op gedrag en het bereiken van gewenste resultaten.

### 8.3.1 Werk aan een positieve relatie

Werkzame elementen voor het opbouwen van een positieve relatie met de cliënt:

- *Belangstelling tonen*: wees oprecht geïnteresseerd in het wel en wee van de cliënt.
- *Respect tonen voor de eigenheid*: de cliënt mag zijn zoals hij is, de wensen en voorkeuren van de cliënt zijn bepalend voor de zorg die wij leveren.

Werkzame elementen voor het opbouwen van een positieve relatie met het netwerk van de cliënt:

- *Betrek het netwerk bij de begeleiding en behandeling*: waardoor wat voor de cliënt van belang is door meerdere mensen wordt vormgegeven en uitgedragen. Juist het netwerk kan vanuit de persoonlijke betrokkenheid dingen bereiken die voor anderen niet haalbaar zijn.
- *Contacten met het netwerk verdiepen/verbreden*: zoek naar mogelijkheden waarmee de cliënt met zijn netwerk in contact kan komen en blijven (bijvoorbeeld telefoneren, facebook, skype, een kaartje sturen).

### 8.3.2 Creëer een veilige omgeving

- *Rituelen m.b.t. activiteiten*: help de cliënt overzicht te behouden, maak de dag van de cliënt voorspelbaar en herkenbaar door activiteiten op dezelfde manier uit te voeren.
- *Cliënten betrekken bij huishoudelijke activiteiten* (zoals de bereiding van de maaltijden en schoonmaken), *dagelijkse routine en regels*: sluit aan bij de gezonde rituelen van de cliënt, zodat niet alles aangepast hoeft te worden. Hiermee wordt de weerstand kleiner als wel aanpassingen in routine of rituelen nodig zijn.
- *Fysieke omgeving aanpassen*: werk met geslotenheid wanneer de cliënt een gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen.
- *Dag-nachtritme*: zorg voor een goede balans in het dag- en nachtritme van de cliënt.



### 8.3.3 Versterken en behouden van autonomie

- *Stel perspectief van cliënt m.b.t. wonen en dagbesteding centraal:* uitgangspunt is wat de cliënt belangrijk vindt of nodig heeft.
- *Stimuleer de cliënt:* ga op zoek naar dat wat de cliënt belangrijk vindt en geef daar binnen zijn mogelijkheden invulling aan, hanteer afstand-nabijheid passend bij de cliënt, bied hulp indien nodig.
- *Herkaderen/betekenis geven aan gedrag:* zie gedrag als communicatie, waardoor het gedrag in een ander licht komt te staan. Zodanig dat er een andere betekenis gevormd wordt die kan leiden tot de juiste begeleiding en behandeling.
- *Zie en herken de kleine dingen:* non-verbale signalen zien en deze vertalen naar de bedoeling of wens van de cliënt.
- *Gebruik schakelaars:* bevorder actie-reactie patronen, laat de cliënt dingen aan- en uitzetten (cd-speler, licht, gordijnen).

### 8.3.4 Persoonlijke ontplooiing

- *Stimuleer de cliënt om iets te doen* (invulling van de dagelijkse momenten, zorgdragen voor zinvolle daginvulling): weet hoe en op welke momenten van de dag de cliënt invulling nodig heeft met of zonder nabijheid van de begeleider en deze invulling aanbieden. Stimuleer de alertheid van de cliënt en voorkom 'lege' momenten waarbij de alertheid daalt op die momenten dat de cliënt wel behoefte heeft aan stimulering.
- *De cliënt bewegen en laten bewegen:* laat elke cliënt 5 maal per week minimaal 30 minuten bewegen (buiten de algemene dagelijkse levensverrichtingen).
- *Creëer rustmomenten en gelegenheid om te rusten:* mensen met NAH hebben, om zinvol bezig te kunnen zijn, meer rust nodig gedurende de dag dan andere mensen. De (fysieke) ruimte moet hiervoor zijn ingericht.
- *Werk aan zelfinzicht en acceptatie:* ondersteun de cliënt bij het inzien en accepteren van de gevolgen van het letsel (eventueel ook met ondersteuning van ervaringsdeskundigen).

### 8.3.5 Reageren op en beïnvloeden van gedrag

Voor het beïnvloeden van de situatie en proactief bevorderen van gewenst gedrag:

- *Voorstructuren van momenten van de dag:* indien nodig van te voren aankondigen wat er gaat gebeuren en daar een beperkte of geen keuze in geven.
- *Vaardigheden 'foutloos' leren:* leer cliënten nieuwe vaardigheden of oude vaardigheden opnieuw door instrueren/→suggereren (de stappen van een vaardigheid bespreken), voordoen/samendoen en oefenen. Zorg dat de oefening succesvol/positief verloopt en laat de cliënt gaandeweg het oefenen 'achteren naar voren' ('backward chaining') steeds meer zelf doen.
- *Inseinen:* attendeer de cliënt op de mogelijkheid bepaald gedrag in te zetten.



- *Samen komen tot oplossingen*: help de cliënt verschillende oplossingen te bedenken en keuzes te maken.
- *Huisregels*: Bewoners, begeleiders en verwanten maken samen afspraken over hoe met elkaar samen te leven.

Voor het bekrachtigen van gewenst gedrag:

- *Prijzen*: vertel de cliënt, met een compliment, wat hij goed gedaan heeft en laat zien/merken wat het voordeel daarvan is.
- *Feedbacksystemen/scorekaart*: specifiek gedrag bekrachtigen en de vorderingen visueel maken.

Voor het ombuigen van ongewenst gedrag:

- *Sturende feedback*: prijs gewenst gedrag om ongewenst gedrag af te zwakken of uit te sluiten.
- *Verkort corrigerende instructie*: een cliënt die de dagelijkse routine verstoort of (beginnend) dreigend agressief gedrag toont duidelijk maken hiermee te stoppen en ander gedrag te vertonen.
- *Negeer onhandig gedrag*: geen aandacht besteden als de cliënt onhandig gedrag laat zien, laat de cliënt in zijn waarde als sommige eenvoudige handelingen niet meer lukken.
- *Herstelmoment* (uit de situatie halen): onacceptabel gedrag direct stoppen door de cliënt tijdelijk uit de situatie te halen, wanneer mogelijk bij hem te blijven en hem te begeleiden in de reacties die dit oproept.

### 8.3.6 Resultaten

- *Formuleren toekomstperspectief, hoofddoel en werkdoelen*: samen met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger doelen kiezen en vertalen in concrete acties en prioriteiten stellen.
- *Regelmatig evalueren en bijstellen van de aanpak*: evalueer werkdoelen zichtbaar (b.v. GAS, ICF) en evalueer op basis daarvan het hoofddoel. Stel zo nodig bij.
- *Stapje voor stapje, weloverwogen werken*: de cliënt ruimte geven om activiteiten te herkennen.
- *Efficiënte/doeltreffende rapportage*: leg belangrijke zaken rondom de cliënt vast, waaronder het diagnostisch beeld en voortgang doelen, zodat alle betrokkenen weten wat er zich afspeelt in het leven van de cliënt.



## 9 Competente medewerkers

### 9.1 Inleiding

Mensen met NAH vormen een doelgroep met een specifieke zorgbehoefte. De professionals die zorg bieden aan mensen met NAH moeten dan ook over verschillende competenties beschikken: kennis, houdingsaspecten en vaardigheden om deze taken uit te voeren. Voor het formuleren van de competenties die nodig zijn voor het werken met deze doelgroep sluiten we aan bij bestaande competentieprofielen. Onderstaande competenties zijn overgenomen uit het competentieprofiel voor beroepskrachten in het primaire proces van de gehandicaptenzorg die zorg bieden aan personen met niet aangeboren hersenletsel (VGN, bron: [www.vgn.nl/artikel/6572](http://www.vgn.nl/artikel/6572)).

Competentiegebied A: vraaggericht werken

- Vraag verhelderen en aansluiten bij de behoefte van de cliënt.
- Ontwikkelingsgericht ondersteunen: via verdieping en analyse de behoefte en mogelijkheden van de cliënt duidelijk krijgen, zodat de ondersteuning aansluit bij de behoefte en mogelijkheden van de cliënt.

Competentiegebied B: communiceren/contact

- Vertrouwensband opbouwen met de cliënt en zijn netwerk en omgaan met loyaliteitsvragen.
- Sociale netwerk van de cliënt vergroten, diverse methoden en technieken van communicatie flexibel inzetten.
- Rapporteren, overdracht (ECD) tussen verschillende disciplines
- zelfreflectie.

Competentiegebied C: gestructureerd, methodisch en kostenbewust werken

- Werken met een ondersteuningsplan.

Competentiegebied D: omgaan met grenzen

- Adequaat reageren op conflicten tussen de persoon met NAH en het sociale netwerk, zichzelf inzetten zonder door te schieten in over-betrokkenheid: afstand – nabijheid.
- Cliënt op respectvolle en heldere wijze bejegenen.
- 'Echt' zijn.
- Omgaan met verschillende normen en waarden van de cliënt, het cliëntsysteem, de organisatie en de eigen professionele zienswijze, normen en waarden.
- Geduld hebben en vol kunnen houden, ook al lijkt het resultaat uit te blijven.

Competentiegebied E: ondersteunen van de cliënt

- Op flexibele wijze situationeel begeleiden.
- Creatief in denken, handelen en doen.
- Schakelen in begeleidingshouding.

Competentiegebied F: motiveren en stimuleren van de cliënt

- Motiveren en stimuleren om, voor zover mogelijk, onder ogen te zien dat het leven zoals het was veranderd is door het hersenletsel en op basis daarvan nieuwe keuzes te maken.
- Helpen participeren in de samenleving (een betekenisvolle rol in de maatschappij).



Competentiegebied G: regie en coördinatie

- Samenwerken en afstemmen met collega's en personen binnen en buiten de organisatie.
- Coachen en samenwerken.
- Overkoepelend denken/werken, helikopterview.
- Overzicht bewaken over het geheel.

Zie voor een verdere toelichting op de competenties: bijlage 1.





## 10 Tot slot

### 10.1 Totstandkoming

Aan de totstandkoming van dit zorgprogramma hebben veel collega's meegewerkt. In de werkgroep voor het zorgprogramma NAH zaten gedragswetenschappers, een manager zorg en persoonlijk begeleiders.

Het zorgprogramma is opgesteld door de werkgroep en afgestemd met de regiegroep. Vervolgens is het zorgprogramma met een aantal vragen voorgelegd aan managers zorg en persoonlijk begeleiders binnen 's Heeren Loo, aan de vakgroepen en managers van Advisium en aan de centrale verwantenraad. We hebben voor dit zorgprogramma reacties ontvangen van meerdere collega's uit de regio's Ermelo, Midden Nederland en Zuidwest Nederland en van de centrale verwantenraad. Deze reacties zijn verwerkt in het zorgprogramma.

### 10.2 Vertaling naar de dagelijkse praktijk

Zorgprogramma's zijn de landelijke kaders, waar de medewerkers in hun eigen regio's en teams mee moeten gaan werken. Een belangrijk onderdeel hierin is de vertaling van de programma's naar leerlijnen door TOP.

De inhoud van de leerlijnen sluit aan bij de zorgprogramma's: leerlijnen zijn de praktische vertaling van de zorgprogramma's voor de professionals en zijn daarmee essentieel voor de implementatie en het gebruik van de zorgprogramma's. De leerlijnen bestaan uit diverse lesmodules die medewerkers kunnen volgen. De lesmodules zijn steeds gekoppeld aan een onderwerp, binnen deze modules wordt gebruik gemaakt van e-learning, opdrachten en training.

## Bronnen

- Hersenstichting (2014). Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel. Drukkerij Tesink, Zutphen. <https://zorgstandaardnah.nl/>
- Hersenstichting (2016) Toolbox: Infographic zorg na niet-aangeboren hersenletsel. <https://zorgstandaardnah.nl/assets/uploads/files/Sluitende%20Zorgketen-v7%20infograph.pdf>
- NVAVG (2014). Zorgaanbod van de AVG. <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/03/Zorgaanbod-van-de-AVG-digitale-versie-website.pdf>
- NVAVG-LHV (2010). Handreiking Huisarts en AVG
- <https://www.lhv.nl/service/handreiking-samenwerking-huisarts-en-avg>
- RIVM (WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands) (2002). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Stokman M. & Verhoeff H. (2011). *Navigeren naar herstel*. Den Haag: Hersenstichting Nederland.
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J., & Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of core quality of life domains and indicators. In: *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311.
- Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2016). *Competentievergroting. Jeugdhulp in tehuizen en dagcentra*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Smits, P., Ponds, R., Farenhorst, N., Klaver, M. & Verbeek, R. (2016). *Handboek neuro-psychotherapie*. Boom uitgevers Amsterdam.
- Vlaskamp, C., Poppes, P., & Zijlstra, H. P. (2005). *Levensloop in perspectief. Ondersteuningsprogramma's voor volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Wouwe, H. van & Weerd, D. van de (2015). *Het gewone leven ervaren (Triple C in theorie en praktijk)*. Sliedrecht: ASVZ.

## Bijlage 1: Competenties begeleider NAH

(bron: <http://www.vgn.nl/artikel/6572>)

### Ad A – vraaggericht werken

De begeleider NAH is in staat om op basis van een realistisch beeld van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt de werkelijke behoefte van de cliënt duidelijk te krijgen.

De begeleider NAH:

- kan zich een beeld vormen van en zich inleven in de NAH-client en diens situatie vóór het hersenletsel
- kan zich een beeld vormen van en zich inleven in de aard van het hersenletsel, de gevolgen voor het functioneren van de NAH-client, en de verliesverwerking bij de NAH-client en bij de directe cliëntomgeving
- herkent en begrijpt gedrag en uitingsvormen van de cliënt in relatie tot de aard van het hersenletsel
- helpt de cliënt met het onder woorden brengen van wat hij wil en kan en is daarbij alert op de vraag achter de vraag
- verzamelt gegevens en raadpleegt verschillende informatiebronnen om tot een realistisch beeld te komen
- legt verbanden tussen verschillende situaties en gedragingen in de dagelijkse praktijk en de kennis van de mogelijkheden en beperkingen van de NAH-client
- vertaalt de gedragingen en vragen van de cliënt naar realistische behoeften, wensen en interesses van de cliënt
- analyseert alle informatie, trekt conclusies en verwerkt deze in het persoonsbeeld.

De begeleider NAH is in staat om het gedrag, de gezondheidssituatie en de ontwikkeling van de persoon met NAH te observeren en veranderingen te signaleren, waardoor zij het begeleidingsplan kan opstellen en steeds kan aanpassen aan de behoeften van de cliënt.

De begeleider NAH:

- luistert, observeert en signaleert systematisch op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal gebied
- kan het functioneren en gedrag van de NAH-client plaatsen in de context van de basiskennis over de gevolgen van hersenletsel en de persoons- en omgevingsfactoren die van invloed zijn
- is alert op veranderingen in gedrag, functioneren, houding, gezondheidssituatie en omgeving van de cliënt en kan deze herkennen
- biedt de cliënt en de cliëntomgeving zo veel mogelijk inzicht in de gevolgen van het hersenletsel en heeft zicht op de mogelijke discrepantie tussen wensen en daadwerkelijke behoefte van de cliënt
- kan het perspectief beschrijven dat als gevolg van adequate begeleiding op de verschillende levensgebieden zal ontstaan
- toetst haar bevindingen en aannames over (verklaringen voor) veranderingen bij collega's, gedragskundigen, de cliënt, de cliëntomgeving en/of anderen en onderzoekt voortdurend of de beeldvorming juist is of aangepast moet worden
- formuleert op basis van de analyse van de gegevens uit het persoonsbeeld, in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, een individueel begeleidingsplan en stelt dit bij.



### **Ad B – communiceren/contact**

De begeleider NAH is in staat om een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen, zodat de cliënt zich veilig en op zijn gemak voelt.

De begeleider NAH:

- legt contact met de cliënt en kan hierbij omgaan met een eventueel disharmonisch profiel van de cliënt
- toont respect voor de cliënt, neemt hem serieus en kan hem aanvaarden zoals hij is, ook als het gedrag niet strookt met de eigen waarden en normen
- kent verschillende manieren om de cliënt structuur te bieden (dagprogramma, afspraken, prikkelarme inrichting, consequent en duidelijk optreden etc.) en stemt de wijze waarop structuur wordt aangebracht af op de actuele situatie.

De begeleider NAH is in staat om diverse methoden en technieken van communicatie flexibel in te zetten en op verschillende niveaus te communiceren in de dialoog met de cliënt, waardoor ook bij bemoeilijkte communicatiemogelijkheden de cliënt zijn behoefte weet te verduidelijken en aangesloten wordt bij het niveau en de beleving van de cliënt.

De begeleider NAH:

- weet welke problemen in de communicatie kunnen ontstaan als gevolg van functiestoornissen bij mensen met NAH
- maakt een inschatting van het niveau, de deskundigheid en de beleving van de cliënt, rekening houdend met een eventueel disharmonisch profiel van de cliënt
- creëert randvoorwaarden voor een adequate communicatie met de NAH-clieënt weet te schakelen tussen accepterende, bekrachtigende en directieve communicatietechnieken
- kent de eigen communicatiestijl en kan deze aanpassen aan wat de situatie vraagt.

### **Ad C – gestructureerd, methodisch en kostenbewust werken**

De begeleider NAH is in staat methodisch te werken, waardoor de werkwijze betrouwbaar is en het begeleidingsplan goed onderbouwd en consistent.

De begeleider NAH:

- kan beschrijven welke houding en omgevingsvoorwaarden voor de cliënt noodzakelijk zijn om te kunnen functioneren
- kan op basis van de analyse van de gegevens uit het persoonsbeeld, in samenspraak met de cliënt, concrete doelen, subdoelen en stappenplannen formuleren die aansluiten bij de behoefte en mogelijkheden van de cliënt
- kan evaluatiecriteria opstellen
- weet wanneer welke methodiek te gebruiken en/of welke interventies toe te passen kan de interventies toetsen en de doelen evalueren en bijstellen.



### **Ad D – omgaan met grenzen**

De begeleider NAH is in staat om adequaat te reageren op conflicten tussen de persoon met NAH en de cliëntomgeving.

De begeleider NAH:

- is in staat om te anticiperen op het gedrag van de cliënt en rekening te houden met diens mogelijk onvoorspelbaar gedrag
- past situaties aan, zodanig dat conflicten zo veel mogelijk worden voorkomen
- is in staat om de NAH-client te ondersteunen in de contacten met de cliëntomgeving
- is in staat om de cliëntomgeving op een afgestemde manier te informeren over het functioneren en het gedrag van NAH-client en over de bejegening en ondersteuning van de cliënt door de begeleider en de instelling
- kan omgaan met spanningen en conflicten tussen de NAH-client en de cliëntomgeving.

De begeleider NAH is in staat om met belangstelling en interesse te luisteren en zichzelf in te zetten zonder door te schieten in overbetrokkenheid.

De begeleider NAH:

- kan benoemen en herkennen dat de kans op identificatie met de NAH-client groot is, en kan hier mee omgaan

De begeleider NAH is in staat op respectvolle en heldere wijze op te treden bij agressie, ontremd gedrag of andere onverwachte, lastige en/of crisissituaties, zodat de cliënt zo mogelijk leert van de gebeurtenis en zichzelf en/of zijn omgeving geen gevaar loopt.

De begeleider NAH:

- weet welke situaties moeilijk zijn voor de persoon met NAH en een risico vormen voor grensoverschrijdend gedrag
- kan grensoverschrijdend gedrag van de cliënt relateren aan het hersenletsel en op basis daarvan het gedrag beïnvloeden
- is in staat de kans op grensoverschrijdend gedrag te reduceren door risicovolle situaties voor de cliënt te vermijden, de cliënt er op voor te bereiden en/of hem daarin te begeleiden
- kan reflecteren op de rol van de eigen normen en waarden en het eigen handelen bij het omgaan met grensoverschrijdend gedrag

### **Ad E – ondersteunen van de cliënt**

De begeleider NAH is in staat op flexibele wijze situationeel te begeleiden.

De begeleider NAH:

- is in staat om randvoorwaarden te creëren waardoor de persoon met NAH zo min mogelijk hinder ondervindt van zijn beperkingen en optimaal kan profiteren van zijn mogelijkheden
- is alert op mogelijkheden voor de cliënt om zich verder te ontwikkelen, maar kan ook aanvaarden dat de mogelijkheden voor de persoon met NAH om zich verder te ontwikkelen gering kunnen zijn of ontbreken
- gaat uit van autonoom handelen van de cliënt, maar geeft tegelijkertijd helder aan waar de grenzen liggen en bewaakt deze
- kan overzien, op basis van de professionele inschatting van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en zo mogelijk in dialoog met de cliënt en de cliëntomgeving, op welk moment zij moet overnemen, sturen, begeleiden, coachen of zaken kan overlaten aan de cliënt



### **Ad F – motiveren en stimuleren van de cliënt**

De begeleider NAH is in staat de cliënt te motiveren en te stimuleren om, voor zover mogelijk, onder ogen te zien dat het leven zoals het was is veranderd door het hersenletsel, en op basis daarvan nieuwe keuzes te maken.

De begeleider NAH:

- kan de NAH-client en de cliëntomgeving ondersteunen bij het ervaren en omgaan met het verlies, en bij tegenslagen die horen bij veranderde mogelijkheden
- leeft mee met de cliënt, maar motiveert en stimuleert de cliënt ook om nieuwe keuzes te maken, op basis van de mogelijkheden die er zijn
- is in staat om de cliënt te ondersteunen bij het formuleren van doelen en ondersteunt de cliënt om steeds opnieuw tot een evenwicht te komen tussen enerzijds de mogelijkheden en beperkingen, en anderzijds de wensen en verwachtingen

### **AD G – regie en coördinatie**

De begeleider NAH is in staat samen te werken en af te stemmen met collega's en personen binnen en buiten de organisatie, waardoor de cliënt optimale hulpverlening krijgt.