

## Artikel geplaatst in het Tijdschrift voor Rehabilitatie & Herstel van maart 2015

### 'Zorg voor Participatie'

De Individuele Rehabilitatie Benadering aangepast voor mensen met zeer ernstige verstandelijke en visuele beperkingen die wonen bij Koninklijke Visio, de Brink

*Annemarie Zijlstra, Vanessa Maria Meyer, Gineke Hanzen*

**[[[separaat 4 foto's met successievelijk ondertitels:]]]**

Buiten takken verzamelen Daar iets van maken Het eindresultaat Het plezier wat dat oplevert Foto's: Arjan Renting

>

**[[[KADER]]]**

Gezien worden in hoe je bent, in je waarde worden gelaten en zelf kunnen beslissen, dat is – zeker voor mensen met zeer ernstige verstandelijke en visuele beperkingen (ZEVVB) – van wezenlijk belang. Het beeld dat wij hebben van deze mensen wordt vaak bepaald door de ernstige beperkingen die in het oog springen. Er is immers zoveel wat mensen met ZEVVB niet kunnen en waar ze dus hulp bij nodig hebben.

De werkelijkheid is echter heel anders. Ook mensen met ZEVVB hebben mogelijkheden, voorkeuren, talenten en karaktereigenschappen. Ze zijn onderdeel van een familie, van de gemeenschap bij de zorginstelling waar ze wonen. Zij hebben activiteiten die bij het dagelijks leven horen: als huisgenoot, als zoon of dochter, zus of broer, als deelnemer aan de dagbesteding en als cliënt die gebruik maakt van het vrije tijd programma.

Koninklijke Visio, locatie de Brink in Vries (hierna de Brink genoemd) is een instelling voor volwassenen met visuele en (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen. Op het terrein wonen ongeveer 170 cliënten in moderne woningen. Iedere woongroep bestaat uit vier tot zes cliënten en iedere cliënt heeft een eigen zit-slaapkamer. De Brink biedt 24-uurs begeleiding en afhankelijk van de zorgvraag aanvullende zorg of therapie van een arts, fysiotherapeut, logopedist, diëtist of andere deskundige. Verder krijgen de cliënten passende zinvolle dagbesteding aangeboden die is afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van iedere cliënt. De cliënten kunnen gebruikmaken van voorzieningen op het terrein, zoals een aangepast zwembad, aangepaste speeltuin en een educatief agrarisch centrum. Daarnaast worden er activiteiten georganiseerd voor de vrijetijdsbesteding, zoals een kookclub, een theeconcert of rijden in de huifkar.

De Brink biedt ook dagbesteding aan cliënten die niet op de Brink wonen.

Koninklijke Visio formuleerde in 2013 de ambitie, om niet alleen tevreden te zijn met het bieden van goede dagelijkse zorg, maar om de participatie van mensen met ZEVVB te gaan versterken. Het is echter niet eenvoudig om participatie vorm te geven met en voor deze cliënten. Mogen zijn wie je bent, iets te zeggen en te kiezen hebben, is complex als de betrokkenen (zeer) beperkt in staat zijn tot verbale communicatie. Wat blijft er dan over van de betekenis van het woord participatie? Dagelijks is deze term te vinden in de media, en in de beleidsnotities van landelijke en gemeentelijke overheden is participatie een sleutelbegrip. Maar hoe kunnen we er inhoud en betekenis aan geven voor deze mensen?

In samenwerking met de Stichting Rehabilitatie '92 startte de Brink november 2013 het project *Zorg voor Participatie*. Hierbij was de richting van meet af aan helder: participatie. We kozen ervoor de bestaande IRB methodiek zo aan te passen dat de begeleiders er mee uit de voeten konden en betrokken cliënten eigen doelen stelden en realiseerden.

In dit artikel beschrijven we zowel het proces van dit inspirerende project, als de inhoud en de eerste ervaringen.

## [[[EINDE KADER]]]

### **Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking in Nederland**

Meyer (2014) geeft middels haar literatuuronderzoek relevante achtergrondinformatie over mensen met een ernstige verstandelijke beperking. In Nederland wonen ruim 60.000 mensen met een ernstige verstandelijke beperking. (Woittiez, Ras en Oudijk, 2012). Bij een ernstige verstandelijke beperking is het IQ 50 of lager. De schattingen lopen uiteen hoeveel mensen een *ernstige* verstandelijke, en *daarbij een* meervoudige beperking hebben. Woittiez en Ras (2006) hebben het over enkele duizenden, Vlaskamp (2003) schat dat het gaat om 10.000 tot 12.000 personen. Bij een zeer ernstige verstandelijke beperking is de bovengrens van het IQ 25 (Nakken & Vlaskamp, 2007). Bijkomende lichamelijke problemen komen vaak voor. Er kan sprake zijn van bewegingsbeperkingen, visuele beperkingen en auditieve beperkingen. Ook de andere zintuigen kunnen verstoord zijn, zoals de tastzin, geur en smaak (Janicki & Dalton, 1998). Problemen met slikken en kauwen kunnen longproblemen veroorzaken. Ten slotte komen epilepsie, obstipatie en slaapproblemen veel voor (Batshaw, 2007; Quine, 1991; Zijlstra & Vlaskamp, 2005).

Naast fysieke beperkingen lijken ook psychiatrische problemen frequent voor te komen. Hier is enige voorzichtigheid op zijn plaats vanwege het feit dat diagnostiek niet eenvoudig is (Vlaskamp, 2005). Autisme en gedragsproblemen, zoals zelfdestructief gedrag of agressie komen veel voor (o.a. Arvio & Sillanpää, 2003). Als laatste belemmering noemen we de problemen met de communicatie. Functioneel taalgebruik is (zeer) beperkt mogelijk, zodat ook aandacht dient te worden besteed aan andere manieren van communicatie (Maes et al., 2011).

Het gaat al met al om een groep mensen die bij alle dagelijkse activiteiten veel hulp en ondersteuning nodig heeft.

Een groot deel van de mensen die tot de doelgroep behoren, zeker de (jong)volwassenen, wonen vanwege hun verzorgingsvragen in een instelling. Het is goed voorstelbaar dat, als er zoveel tijd en aandacht uitgaat naar verzorging, men vergeet dat ook mensen met deze ernstige beperkingen, mensen zijn zoals wij allemaal. Met mogelijkheden, dromen, wensen, voorkeuren en verlangens. Met karaktereigenschappen en opvattingen.

### **[[[[STREAMER]]]] Participatie door mensen met zeer ernstige verstandelijke en visuele beperkingen: kan dat wel?**

De afgelopen decennia is veel veranderd in het denken over mensen met een verstandelijke beperking. De tijd, dat de dienstverlening getypeerd kon worden als 'zorgen voor', ligt grotendeels achter ons. De focus ligt niet langer op de kwaliteit van zorg, maar op de kwaliteit van bestaan. Individuele personen worden ondersteund bij het formuleren en bereiken van hun eigen wensen en doelen (o.a. Reinders et al., 2013; Maes, Vlaskamp en Penne, 2011; Anthony, 1993; Dröes en Korevaar, 2011; Van Loon en Van Hove, 2007). Deze doelen hebben veelal te maken met functioneren in de samenleving. Mensen met een beperking horen erbij en worden niet uitgesloten. Mensen met een beperking worden toenemend gezien als personen zoals alle anderen, en zorgverleners willen zich dan ook richten op wat hen met cliënten verbindt, in tegenstelling tot wat ze van hen onderscheidt. De focus op problemen, disfunctioneren en symptomen is verlegd naar de focus op een uitnodigend, inspirerend milieu en ontwikkeling, om mensen tot bloei te brengen (Reinders, 2013). Natuurlijk blijft het noodzakelijk aandacht te besteden aan problemen, maar dit vindt voortaan plaats vanuit de gedachte dat het oplossen van deze problemen ruimte schept voor ontwikkeling, voor beter functioneren, voor meer kwaliteit van leven en meer kansen op participatie.

### **IRB voor mensen met ZEVVB: een zeven-stappen-plan**

De Individuele Rehabilitatie Benadering is een methodiek, die uitgewerkt is als gespreksmodel en beoogt cliënten te helpen bij het formuleren en behalen van eigen gekozen doelen op één van de vier terreinen, wonen, leren, werken en sociale contacten. De rehabilitatiewerker bouwt aan een bondgenootschap met de cliënt; bij alle stappen is het 'binnenperspectief' van de cliënt leidend

(Luijten en Korevaar 2011). De methode helpt cliënten hun doelen te *verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden*.

Voor cliënten van de Brink is het actief gebruiken van gesproken taal vaak lastig of beperkt mogelijk. We stonden dan ook voor de vraag op welke manier we ervoor konden zorgen dat de doelen die worden nagestreefd echt passen bij wat de cliënt wenst.

<b>Terreinen:</b> Wonen, dagbesteding, vrije tijd en sociale contacten
<b>Fasen:</b> Verkennen en kiezen Verkrijgen en behouden
<b>Doeltypen:</b> <u>Nieuwe</u> doelen formuleren en verkrijgen <u>Bestaande</u> doelen behouden
<b>Toets:</b> 8 IRB uitgangspunten

Figuur 1 Elementen van Zorg voor Participatie

We hebben kritisch gekeken naar de vier oorspronkelijke IRB terreinen. Het terrein 'leren' in de zin van het volgen van regulier onderwijs is voor de cliënten van de Brink niet aan de orde. 'Leren' heeft dan ook plaatsgemaakt voor 'vrije tijd'. De Brink besteedt hier veel aandacht aan. Daarnaast zijn de uitgangspunten van de IRB tijdens de hele ontwerpfase van de methodiekaanpassing als 'toets' gebruikt; ze moeten herkenbaar aanwezig zijn in de verschillende onderdelen (zie figuur 2).

1. Persoonlijke benadering	De cliënt is in de eerste plaats een persoon met sterke kanten, niet een 'gehandicapte'
2. Ontwikkelen van dagelijks functioneren	We richten ons op dagelijks functioneren
3. Betrokkenheid en keuze van de cliënt	Centraal staat wat de cliënt wil, en zijn betrokkenheid bij de keuzes
4. Individuele benadering	De behoeften en wensen van de cliënt staan centraal
5. Omgeving specifiek	De methodiek is gericht op functioneren in de omgeving waarin de cliënt woont, werkt, leert of sociale contacten heeft
6. Steun	Steun wordt geboden zo lang als nodig en gewenst is
7. Autonomie	De methodiek is gericht op een zo zelfstandig mogelijk bestaan van de cliënt
8. Succes en tevredenheid	De methodiek is gericht op positieve resultaten volgens de cliënt (tevredenheid) en volgens de omgeving (succes)

Figuur 2 Uitgangspunten van de IRB (Luijten et al, 2011)

Rehabilitatie bevordert het functioneren in rollen. Wat opvalt bij cliënten van de Brink is dat ze wel rollen hebben, maar dat deze nogal eens met weinig activiteiten 'gevuld' zijn. Kees is bijvoorbeeld de buurman van Josefiën (wonen), die in het huis daarnaast woont. Maar er zijn nauwelijks activiteiten waarmee Kees inhoud geeft aan dat buurman-zijn.

Er is bij Zorg voor Participatie een manier ontwikkeld, waarmee we iemands rol-functioneren (rol + activiteit) in beeld kunnen brengen, om dat vervolgens te vergelijken met de persoonsbeschrijving die gemaakt wordt van de cliënt. In de persoonsbeschrijving wordt ingegaan op de persoonlijke kwaliteiten, voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt. Hierbij zijn ook familieleden nauw betrokken. Deze vergelijking levert een beoordeling op die overeenkomt met het vaststellen van een wens tot verandering van de cliënt in de oorspronkelijke IRB.

De ontwikkelde methodiek-aanpassing bestaat uit zeven stappen. Hieronder lichten we die toe.

*1. Hoeveel invloed heeft de cliënt op het dagelijks reilen en zeilen → Mogelijkheden verkennen om de regie van de cliënt te vergroten*

In elke omgeving waar mensen werken die cliënten helpen bij hun dagelijkse activiteiten ontstaan gewoontes en routines. Natuurlijk zijn die bedacht voor het welbevinden van de cliënt. Maar werken ze in de praktijk altijd wel zo? Wie beslist over bedtijden, keuze voor kleding, welk tv programma aanstaat, welke CD wordt opgezet? Wat is iemands plaats aan tafel, hoe komt de keuze voor een dagbestedingsactiviteit tot stand, et cetera. We staan stil bij 'waarom we doen wat we doen' en vragen ons af wie er centraal staat, de cliënt of de zorgorganisatie.

Ook als er ogenschijnlijk geen aanleiding is om te denken dat de cliënt niet helemaal tevreden is, kan onderzocht worden of met de cliënt veranderingen bedacht kunnen worden. We brengen hiertoe in kaart welke rollen de cliënt allemaal heeft, en met welke activiteiten die rollen zijn ingevuld. Een voorbeeld op het gebied van sociale contacten: de cliënt is jongste dochter in een gezin met vier volwassen kinderen. Haar activiteiten in deze rol zijn: wekelijks bellen met ouders, één keer in de twee maanden een weekend naar huis, zo nu en dan mee naar de voetbalwedstrijd van broer. Daarnaast maken we een geschreven portret van de cliënt waarin aandacht is voor diens persoonlijke voorkeuren, (karakter)eigenschappen, humeur/temperament, talenten en liefhebberijen. Vervolgens wordt de invulling van de rollen met activiteiten vergeleken met deze beschrijving. Als cliënte uit dit voorbeeld een sterke band heeft met thuis en enorm geniet van de contacten, is de wijze van invulling dan in verhouding met wat zij wenst? Of zou uitbreiding (vaker een weekend naar huis) passen bij haar voorkeuren? De ouders en overige gezinsleden zijn nauw betrokken bij deze vragen. Een dergelijk onderzoekje kan leiden tot een geformuleerde wens.

*2 Wat is er aan de hand? → Mogelijke onvrede en vage wensen verkennen*

Vaak begint het nadenken over of bezig zijn met mogelijke wensen ermee dat je vermoedt dat de cliënt het niet meer of minder fijn vindt in een bepaalde omgeving. Bijvoorbeeld: 'Bas zong altijd graag mee in het koor. De laatste weken wil hij niet mee, of trekt hij zich terug tijdens de koorrepetities'. Of: 'Liesbeth wil steeds vroeger naar bed' of 'Karel is heel verdrietig als zijn ouders hem teruggebracht hebben en weer naar huis gaan'. Of: 'De zus van Peter, waar hij om het weekend een dagje op bezoek is, vertelt dat Peter minder vrolijk is de laatste tijd. Of wij weten wat er speelt'. Deze voorbeelden kunnen een begin zijn van een wens. Het kan leiden tot het verkennen van nieuwe activiteiten, of het oplossen van hindernissen, zodat iemand weer tevreden is met de bestaande activiteit.

Bij het uitproberen van iets nieuws, bijvoorbeeld in een snuffelstage van een activiteit, wordt goed geobserveerd en overlegd met familie en betrokken professionals of de cliënt de activiteit prettig vindt, of hij/zij er 'tot bloei komt', en of we denken dat de cliënt de vaardigheden die horen bij de activiteit zou kunnen leren.

*3 Wat wil de cliënt concreet? → Kiezen van een doel*

Wensen kunnen alleen worden verwezenlijkt als er doelen van worden gemaakt. In doelen worden wensen concreet. Bij Zorg voor Participatie gaat het er om dat in een doel altijd precies staat welke activiteit en/of omgeving de cliënt heeft gekozen om zijn doel te verwezenlijken en wat hij/zij er zelf in gaat doen. Dus bijvoorbeeld: 'Justin wil zelf een CD speler op zijn kamer waar hij van zijn eigen muziek kan genieten' of 'Joop gaat zodra daar een plekje vrijkomt meedoen met de Transportgroep, vier dagen per week' of 'Margriet gaat wekelijks op dinsdag naar de manege om huifbed te rijden'. Om te kunnen kiezen, moet duidelijk zijn welke mogelijkheden in aanmerking komen, en op grond waarvan voor een bepaalde activiteit/omgeving wordt gekozen. Welke voorkeuren heeft de cliënt, waar houdt hij/zij van en waaraan kun je merken dat de cliënt het fijn vindt? Hierin hebben familieleden een belangrijke rol als informatiebron. Zij kennen de cliënt en begrijpen de (non-)verbale communicatie als geen ander. Bij het nadenken over mogelijkheden die in aanmerking komen proberen we zo creatief te zijn als we kunnen. Dat betekent dat we niet uitsluitend de bekende paden bewandelen (zie figuur 3, voorbeelden van vrijetijdsbesteding, resultaat van een brainstormsessie in de cursus).

#### 4 *Wat kan de cliënt zelf en waar is hulp bij nodig? → Verkrijgen van een doel*

Als duidelijk is wat het doel is waaraan gewerkt gaat worden, bekijkt de begeleider samen met de cliënt, collega's en familie wat er moet gebeuren om het doel te bereiken. Wat kan de cliënt zelf? Waarbij heeft hij/zij hulp nodig? Probeer de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij de organisatie van hulp. Bijvoorbeeld: 'De vader van Justin neemt hem mee naar de audiowinkel om een CD speler te kopen'. Of: 'Justin wordt zoveel als kan betrokken bij waar de CD speler wordt geplaatst in zijn kamer. Als dat niet lukt/kan, wordt zo goed mogelijk vanuit het perspectief van Justin bedacht waar het apparaat het best kan staan.

#### 5 *Moet de cliënt een vaardigheid leren of beter leren toepassen? → Ontwikkelen van vaardigheden*

Als de cliënt een bepaalde vaardigheid mist die wel nodig is om het doel te bereiken, moet er altijd over worden nagedacht of het mogelijk is de cliënt de vaardigheid te leren. Voor Joop betekent het meedoen aan de Transportgroep dat hij moet leren zich vast te houden aan de kar, en te wachten tot de spullen die hij vervoert zijn afgeleverd alvorens verder te lopen. De activiteitenbegeleider merkt op dat Joop erg onrustig wordt als het te lang duurt voor ze weer verder lopen. Margriet leert dat de paarden die haar huifbed vervoeren het fijn vinden als ze hen een suikerklontje geeft. Margriet heeft de neiging die klontjes zelf op te eten. De activiteitenbegeleider denkt na over een manier om Margriet te leren dat ze de klontjes aan het paard geeft.

#### 6 *Moet er hulp geregeld worden? → Zoeken van hulpbronnen*

Wanneer een cliënt bepaalde activiteiten niet zelf kan uitvoeren, of als er dingen geregeld moeten worden, zoekt de begeleider naar de benodigde hulp. Het is belangrijk dat hierbij nagedacht wordt over welke hulp past bij deze cliënt. Voor Joop betekent dit bijvoorbeeld dat de activiteitenbegeleider accepteert dat Joop niet kan (leren) begrijpen dat hij moet wachten. Hij loopt na het bezorgen eerst achter Joop aan om hem terug te halen naar de kar als dat nodig is. Bij Margriet probeert men vóór het paardrijden een moment in te plannen waarin Margriet iets drinkt met iets lekkers erbij. Op deze manier is het mogelijk makkelijker voor haar de klontjes aan het paard te geven.

#### 7 *Zijn er hindernissen bij het bereiken van de doelen? → Problemen oplossen*

Bij het uitvoeren van de activiteit die is gekozen om de wens van de cliënt te realiseren, kunnen twee soorten problemen ontstaan.

Om te beginnen problemen bij de cliënt zelf. Het kan zijn dat deze niet goed begrijpt wat de bedoeling is, geen klik heeft met de begeleider, of zich fysiek of mentaal niet goed voelt. Dit zorgt ervoor dat de nieuwe rolactiviteit niet goed uit de verf komt.

Andere problemen zijn meer gelegen in de omgeving van de cliënt. De faciliteiten kunnen niet goed zijn voorbereid, de begeleider heeft onvoldoende kennis van hoe hij te werk moet gaan, of heeft last van eigen emoties, zoals ongeduld, irritatie of angst. Het is belangrijk om goed na te denken over de aard van het probleem. Op deze manier kan gekozen worden voor een passende oplossing, die de kans vergroot dat de cliënt de nieuwe activiteit fijn vindt. Ten slotte kan het ook zo zijn dat er gewoon een verkeerde activiteit is gekozen.

### **Cursus Zorg voor Participatie**

De Brink heeft gekozen voor een opzet die elementen heeft van action-learning (Pedler, 2011). Bij deze vorm van onderwijs is het heen-en-weer schakelen tussen de theorie en de praktijk van groot belang. De professionele kennis van de cursisten, in combinatie met de ontwikkelde theorie, zorgt voor een maximaal aansluitende oplossing op de 'vraag' waar het werkveld mee zit. In dit geval: hoe leren wij medewerkers de participatiewensen van/met cliënten met ZEVVB te realiseren?

Twaalf enthousiaste, door de wol geverfde medewerkers vanaf MBO 4 niveau vormen de kern van de cursusgroep. Deze is aangevuld met een fysiotherapeut die de rol heeft van procesbegeleider (Gineke Hanzen), een manager die de cursus met name gebruikt om implementatievraagstukken te kunnen beantwoorden, een orthopedagoog die actief meedenkt om de aansluiting van de IRB maximaal te laten zijn voor de doelgroep ZEVVB, en een master student Orthopedagogiek die haar thesis schrijft over de vraag of de IRB toepasbaar is voor deze doelgroep (Vanessa Meyer).

De vier lesdagen zijn volgens een vast stramien opgebouwd.

- Inleiding rehabilitatie (alleen dag 1)
- Theorie over een rehabilitatie onderdeel
- Oefenen
- Discussie over te verwachten toepasbaarheid, indien nodig aanpassen materiaal
- Huiswerkopdracht

Vanaf lesdag 2 wordt 'inleiding rehabilitatie' vervangen door nabespreken huiswerkopdracht. Ook hier wordt het materiaal getoetst op toepasbaarheid, gediscussieerd over hoe het in de praktijk werkte, en indien nodig aangepast. Behalve het uitproberen van de methodiek, dragen de cursisten ook actief bij aan onderdelen, zoals het ontwikkelen van een sociale kaart op de vier terreinen voor de doelgroep ZEVVB.

(figuur 3)

Koffiebar	Tut club	Zwemmen	Kiep
Speeltuín	Muziekclub	Kookclub	Eggrun
Koffie/thee	Concerten	Hartenfest	De Belevenis
(Rolstoel) fietsen	Boodschap doen	Sport & bewegen	FC Groningen
Basketbal	Familie bezoeken	Pasen	Koningsdag
Judo	Yoga	Kerk	Gezondheidsweek
Sportweek	Zeilen	Ballonvaart	Concerten/festivals
Belevingstheaters	Snoezel	Luchtkussen	Schilder club
Bijbelclub	Huifkar / huifod	Zwemvierdaagse	Wandelvierdaagse
Seizoensfeesten	Fam Foéi Tog	IPad	Sint intocht
Bus rijden	Wandelen	Winkelen	Uit eten
Vakantie	Carnaval	Muziekweek	Kamperen
Wellness	Hardlopen	Vrachtwagenrun	Café bezoeken
Uitslapen	Vriendenclub	Fietstocht	Maak je droom waar
Dierentuín	Huisband	Bewonersraad	Sportschool
Beweegclub	Pretparken	In de zon zitten	Tuinieren
In bad gaan	Voetbal	BBQ	Kampvuur (kamperen)
Sint maarten	Circus	Bios	Cliniclowns
Tuin dag	Klussen dag	Disco	Niks doen
Koken	Eten	Motor dag	Paasvuur
Massage	Boottocht	Vissen	Oogstfeest
Braderie	Huisdieren	Citytrip	Vliegen
Themadagen	Taarten bakken	Naaien	Borduren
Breien	Kaarten maken	Reizen	Papier maché
Liedjes schrijven	Voorlezen	Wensenlijst maken	Hout hakken/kloven
Beeldhouwen	Wii		

Figuur 3 Resultaat van brainstorm 'Vrije Tijd, alternatieve mogelijkheden'

De cursisten vormen zes duo's rond één cliënt, waar ze de huiswerkopdrachten mee doen. De één werkt als woonbegeleider, de ander als begeleider dagbesteding. Beiden kennen de cliënt goed en begeleiden de betrokken cliënt, thuis en op de dagbesteding. Op deze manier zijn meerdere

invalshoeken gegarandeerd. Door het huiswerk in de groep als geheel te bespreken, wordt dit aangevuld met de inbreng van alle anderen, wat voor zeer levendige discussies zorgt.

### **Eerste ervaringen**

Het is nog te vroeg om echt uitspraken te doen over de effecten van de cursus. Alle cursisten zijn na dag 4 op pad gestuurd met een werkboekje met daarin alle methodiekstappen en bijbehorende werkbladen. De ervaringen tijdens de les, met name de respons naar aanleiding van de huiswerkopdrachten, zijn echter veelbelovend, ook de impact voor de manier van kijken naar cliënten en de verlegde focus op diens mogelijkheden. Een illustratief voorbeeld hiervan is de cursist die aan het begin van dag 1 haar cliënte nog typeert als iemand die met één oog blind is, en aan het eind van dag 4 dezelfde mevrouw omschrijft als iemand die met één oog kan zien.

De combinatie van een revalidatiespecialist zonder ervaring met de doelgroep ZEVVB, en alle anderen met veel ervaring met de doelgroep, maar niet met revalidatie, is vruchtbaar gebleken. Bovendien is als extra input veelvuldig gevraagd naar de mening van ouders en familieleden, die de cliënt als geen ander kennen. Op deze manier lijkt er een werkzame IRB-methodiek aanpassing te zijn ontwikkeld voor mensen die niet zelf kunnen *vertellen* wat ze willen, maar wel wensen hebben als ieder ander.

Revalidatie kan een waardevolle aanvulling worden op de methodieken die al gebruikt worden bij de Brink, en die zich meer richten op probleem- of milieuaspecten van de zorgverlening.

Onderzoek naar effecten van deze methodiek voor de doelgroep ZEVVB en implicaties voor de implementatie staan nog op ons wensenlijstje.

Wordt vervolgd!

*Annemarie Zijlstra (MRC) is adjunctdirecteur bij de Stichting Revalidatie '92 en houdt zich daar onder meer bezig met innovaties en het ontwikkelen van nieuwe producten. Tevens werkt zij als revalidatiespecialist bij Promens Care.*

*Gineke Hanzen werkt als fysiotherapeut bij Koninklijke Visio, locatie de Brink waar zij individuele cliënten met ZEVVB behandelt. Zij is daarnaast inhoudelijk programmaleider en cursusontwikkelaar voor ZEVVB cliënten en landelijk docent voor de thema's ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) en Sensorische Informatieverwerking.*

*Vanessa Meyer is orthopedagoog bij een therapiecentrum voor kinderen tussen 0-6 jaar in Hamburg.*

### **Literatuur**

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4) 11-23.

Arvio, M. & Sillanpää, M. (2003). Prevalence, aetiology and comorbidity of severe and profound intellectual disability in Finland. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 161-166.

Batshaw, M.L., (2007). *Children with disabilities*. Baltimore: Brooks Publishing Co.

Dröes J., van Wel T., Korevaar E.L. (2011) *Handboek Revalidatie voor zorg en welzijn*. Hoofdstuk 1. Bussum: Coutinho.

Janicki, M.P. & Dalton, A.J. (1998). Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 1, 3-11.

Loon van J. & van Hove G. (2007) in: Buntix W.H.E., Van Gennep Th.G., Professionaliteit in de hulpverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen. Hoofdstuk 3 ,55. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Maes, B., Vlaskamp C. & Penne A. (2011). Ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen. *Handvatten voor een kwaliteitsvol leven*. Leuven/Den Haag: Acco.

Meyer, V.M., (2014), *Met een oog kunnen zien of met een oog blind. De toepasbaarheid van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) op personen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVVB): een mogelijkheid ter bevordering van hun participatie?* Groningen: masterthesis Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en maatschappijwetenschappen

Pedler, M. (2011). *Action learning in practice*. Farnham: Gower Publishing Limited.

Reinders, H., Wuertz, K., Venekamp, I. (2013) *Eilandbestaan. Mensen met autismspectrumstoornis en 'moeilijk verstaanbaar gedrag'*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Vlaskamp, C. (2003 ). Het motief van de reiziger. Verkenningen in de zorg voor mensen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 42, 320-334.

Vlaskamp, C., Poppes, P., & Zijlstra R., (2005) Een programma van jezelf. *Een opvoedingsprogramma voor kinderen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Assen: Van Gorcum.

Woittiez, I. en M. Ras (2006). *Juist beschermd. De determinanten van de woonsituatie van volwassen verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (werkdocument 129).

Woittiez, I., Ras, M. en Oudijk, D. (2012). *IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Quine, L. (1991). Sleepproblems in children with mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 269-290.

Zijlstra, H.P., & Vlaskamp, C. (2005). The impact of medical health conditions of children with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 151-161.