



# VRIJHEID EN VEILIGHEID VOOR WILKIM



HENRIËTTE ETTEMA  
COÖRDINATOR, CCE

CENTRUM VOOR CONSULTATIE EN EXPERTISE, 2020



# VRIJHEID EN VEILIGHEID VOOR WILKIM

## INTRODUCTIE

### NATASJA (ZUS VAN WILKIM):

*“Wilkim kwam bij ons, in ons gezin, toen hij bijna twee jaar oud was. Hij is net als mijn zus en ik geadopteerd uit Zuid Korea. Zijn ouders zijn Nederlandse ouders. We waren heel blij dat hij kwam. We hebben hem van Schiphol opgehaald. Zo ging dat nog in die tijd, dat je geadopteerde kinderen van Schiphol ophaalde. Hij was superlief.”*

Op de basisschool gaat het minder goed met Wilkim. Hij heeft problemen met leren en gaat naar het speciaal onderwijs.

Na het reguliere LBO, een niet-afgemaakte grafische opleiding, volgt hij de schildersopleiding. Hij werkt kort als huisschilder, maar heeft last van de hoge werkdruk.

### NATASJA:

*“Daar merkte je in die periode; hij was vrij perfectionistisch, maar had ook faalangst - hij was vrij onzeker over zichzelf - dat dat toch een beetje ging schuren.*

*In die periode raakt hij ook depressief. Daarvoor is-ie ook onder behandeling geweest bij een psychiater. Hij heeft ook medicatie daarvoor gekregen. En eigenlijk vanaf dat moment, na zijn vervolgopleiding, ging het echt slechter met Wilkim en heeft hij zelfs een zelfmoordpoging gedaan.*



*De volgende ochtend vond mijn moeder hem. Ze heeft toen de ambulance gebeld en het ziekenhuis in Zwolle gebeld. Hij heeft toen wel drie maanden op de PAAZ afdeling verbleven.”*

#### HENRIËTTE:

Ondanks verschillende re-integratietrajecten werkt Wilkim daarna niet meer.

#### ZUID KOREA

Wilkim maakt twee reizen met zijn zus Natasja naar Zuid Korea. Daar ontmoet hij ook zijn biologische moeder, wat een fijne ontmoeting voor haar én voor Wilkim is.

In 2014 gaat Wilkim voor de derde keer naar Zuid Korea. Alleen.

#### NATASJA:

*“Dat vonden we wel spannend omdat we toen al het idee hadden dat het niet goed ging met Wilkim. Hij is toen gelukkig wel weer terug in Nederland gekomen. Toen hij weer terug in Nederland kwam – mijn ouders hebben hem van Schiphol opgehaald – en mijn ouders merkten meteen: er is iets misgegaan. Wat weten we niet. Hij wilde helemaal niets kwijt over de reis; wat er was gebeurd. Hij was zijn koffer kwijt, hij was in de war. Mijn ouders hadden zoiets van: wat is daar gebeurd? En vanaf dat moment, het moment dat hij weer thuis was uit Zuid Korea is het bergafwaarts gegaan met Wilkim. Hij had steeds meer een teruggetrokken leven, verwaarloosde zichzelf, brak met al zijn vrienden. Hij nam de telefoon niet meer op, zijn burens klaagden. We hoorden ook steeds vaker verhalen dat hij in Meppel rondzwierf.*

*Wat hij ook blijkbaar gedaan heeft is dat-ie op terrasjes een halfleeg bierglas zag en leegdronk.*



*En mijn ouders vonden ook heel veel lege bierblikjes in zijn schuur. Dus die maakten zich op een gegeven moment echt zorgen: hij is toch niet te veel aan de drank.”*

Op een gegeven moment is er een incident, waarbij de politie wordt ingeschakeld. Wat er precies is gebeurd, is niet bekend. De politie brengt Wilkim naar de crisisopvang.

**NATASJA:**

*“Toen hij eenmaal in de crisisopvang zat, toen leek het ook alsof hij niets meer kon. Contact was er eigenlijk niet meer. Hij was echt, echt aan het wegglijden.*

*Dat vonden we natuurlijk heel moeilijk. We hadden zoiets van: dit is niet alleen een depressie, er is meer met Wilkim aan de hand. We dachten allemaal in de richting van Korsakov. Ook de psychiater van de crisisopvang zat een beetje in die richting te denken.”*

Wilkim gaat voor verder onderzoek naar een neuropsychiatrisch centrum. Het syndroom van Korsakov wordt uitgesloten en verder onderzoek leidt tot de diagnose fronto-temporale dementie.

**NATASJA:**

*“Voor ons was het wel een opluchting om eindelijk te weten wat hij had. Maar het was natuurlijk ook heel verdrietig..., omdat het ook wel heel definitief was.”*

## PROBLEMSITUATIE

Na een zoektocht wordt voor Wilkim een plek gevonden in verpleeghuis *Nieuw Graswijk*, waar men net een nieuwe afdeling start voor jonge mensen met dementie.

### HELEEN (FYSIOTHERAPEUT NIEUW GRASWIJK):

*“Eigenlijk zaten we naar mijn idee al best wel snel met onze handen in ons haar. Hé, nu hebben we een jong iemand met dementie en eigenlijk weten we nu niet wat we moeten doen.*

*We zagen dat hij heel veel bewegingsvrijheid nodig had. Maar aan de andere kant zag je ook dat andere bewoners het niet prettig vonden zoals hij over de gang rende. En soms – uit onmacht – duwde hij iemand of duwde iemand anders, of kwam er opeens iemand ergens vandaan... Wat ook wel vervelende situaties opleverde.*

*Je wilt de veiligheid van iedereen waarborgen en je wilt aan ieders wensen voldoen. Alleen merkte je op dat moment dat dat niet meer samenging. Dus hebben we besloten Wilkim vast te zetten in een rolstoel, zodat zijn bewegingsvrijheid werd beperkt en andere bewoners weer rustig over de gang konden lopen.”*

Dat Wilkim vast zit in de rolstoel helpt niet. Hij wil nog steeds bewegen. Hij haalt de rolstoel uit elkaar, scheurt zijn kleding en slaat zichzelf. En zelfs vastzitten in een zware rolstoel kan hem er niet van weerhouden om zich te verplaatsen.

### HELEEN:

*“Wilkim was slim genoeg. Die kwam ook nog met een stoel met kleine wielen vooruit. Dus op een gegeven moment hebben we er voor gekozen om de rolstoel vast te zetten op een plaat, zodat hij niet meer uit zijn appartement kon komen.*

*Dit is niet wat je voor iemand wilt. Eigenlijk ook machteloos, omdat we niet wisten wat we moesten doen.”*



Ondanks dat Wilkim een enorme behoefte aan bewegen heeft, wordt hij daarin steeds meer beperkt. Voor de familie van Wilkim is het moeilijk om daarmee geconfronteerd te worden.

#### NATASJA:

*“Dat vonden we wel te ver gaan. Mijn moeder was echt heel verdrietig. Ik had haar huilend aan de telefoon en ze zei: ‘Wilkim is toch geen beest dat je moet vastzetten’. Ze hadden mij ook geen toestemming gevraagd voor deze vrijheidsbeperkende maatregel. Ik was zijn mentor en ik wist hier helemaal niets van.*

*We zijn toen het gesprek aangegaan met het verpleeghuis. Met zijn persoonlijk begeleider, die hier ook ontzettend veel moeite mee had. Met de arts, die hier ook geen raad mee wist. Maar ook met de directie, die ook wel te kennen gaf: ‘Dit is geen goede zorg voor Wilkim’.*

*Ik was toe heel blij te horen dat het verpleeghuis een aanvraag gedaan had voor meerzorg. En dat ze uiteindelijk het CCE hebben ingeschakeld, omdat ze zelf ook wel te kennen gaven: ‘Wij hebben de expertise niet in huis en hebben hier echt wel hulp bij nodig’”.*

## IDIOGRAFISCHE THEORIE

Om Wilkims gedrag te begrijpen, beginnen we bij Fronto-temporale dementie.

Fronto-temporale dementie ontstaat vaak op jongere leeftijd, meestal tussen de 40 en 60 jaar. Het is een neurodegeneratieve hersenziekte die ontstaat doordat hersencellen afsterven in de frontaal- en temporaalkwab, het gebied in de hersenen waar gedrag, spraak, taal en beweging geregeld worden. Fronto-temporale dementie kent drie varianten. De eerste, de



gedragsvariant kenmerkt zich door veranderingen in gedrag, persoonlijkheid, emoties en een verstoorde prikkelverwerking.

Bij de tweede, de taalvariant hebben mensen taalproblemen, zoals moeite met spreken, begrijpen, lezen en schrijven. Dit wordt ook wel primair progressieve afasie of semantische dementie genoemd.

De derde variant, de bewegingsvariant wordt gekenmerkt door veranderingen in iemands motoriek en moeilijkheden met bewegen, zoals trillen, moeite met lopen, vaak vallen en problemen met de coördinatie.

Fronto-temporale dementie leidt uiteindelijk in alle varianten tot geheugenstoornissen.

Op den duur ook tot motorische problemen, zoals steeds minder goed kunnen bewegen en problemen met slikken. Verslikken kan leiden tot een longontsteking, één van de overlidensoorzaken bij fronto-temporale dementie.

Daarnaast is er risico op verstikking, omdat mensen met fronto-temporale dementie de behoefte hebben alles in hun mond te stoppen, ook oneetbare zaken. Dit heet hyperoraliteit.

Mensen met fronto-temporale dementie overlijden allemaal op jonge leeftijd.

Veranderingen in het gedrag vallen bij mensen met Fronto-temporale dementie meestal als eerste op, waardoor er aanvankelijk niet aan een dementie gedacht wordt, maar eerder aan een psychiatrische stoornis. Omdat fronto-temporale dementie relatief weinig voorkomt, wordt deze door artsen niet altijd herkend, waardoor het stellen van een diagnose soms jaren duurt.

Bij Wilkim is sprake van **fronto-temporale dementie** met de gedragsvariant. Dit heeft een aantal gevolgen. Ten eerste zijn z'n



executieve functies verstoord. Daardoor kan Wilkim zijn **impulsen** niet onderdrukken en kan hij ingezette handelingen niet stoppen. Zo zingt Wilkim onophoudelijk de reclame-jingle van het Kruidvat... “Steeds verrassend, altijd voordelig”. Maar ook zie je een enorme drang tot bewegen bij Wilkim.

#### ROBERT (CCE-DESKUNDIGE ROND PRIKKELVERWERKING):

*“Ja, bewegen. Als je beweegt dan worden die zintuigen in je spieren en gewrichten geactiveerd. Dat wordt geregistreerd door je brein. Bewegen is eigen een hele sterke manier om jezelf te reguleren. Om jezelf weer tot rust te krijgen, of juist andersom, om weer wat alerter te worden. Bewegen is daarnaast ook nog een, hoe zal ik het noemen, een organisator van alle prikkels die er bij je binnenkomen. Dus bewegen is van essentieel belang. Stel dat je nu mij vraagt om heel stil te blijven zitten, de hele tijd van dit interview, dan wordt het echt heel lastig voor mij om goed te kunnen concentreren. Dus wat ga ik doen? Ik ga een beetje bewegen, ik pak mijn hand erbij. Alleen dat ‘beetje’ was voor Wilkim niet genoeg. Hij moest meer hebben.”*

Om aan genoeg beweging te komen, rent Wilkim ook ongecontroleerd over de gang, wat tot risicovolle situaties voor medebewoners leidt die bijvoorbeeld omver gelopen kunnen worden.

Een tweede gevolg van fronto-temporale dementie is hyperoraliteit, de neiging om van alles in zijn mond te stoppen.

#### ROBERT:

*“Bij FTD zie je wel regelmatig de behoefte van mensen om dingen in de mond te stoppen. Om iets in de mond te voelen. En vooral ook om te kauwen. Dat zie je er echt wel vaak bij terug. En dat was bij Wilkim niet anders. En als er dan iemand kwam en die zei: “Wilkim, haal dat stukje shirt uit je mond”, en dan deed hij dat keurig. En de*





*verzorgende was om de hoek en hij pakte het volgende reepje en stopt dat in zijn mond. Dat was niet enkel om door te slikken, maar ook om te kauwen.*

*Kauwen is ook een bepaalde manier van bewegen, van reguleren. En eigenlijk een heel goede. Zoals wij dat ook wel eens doen op de achterkant van een pen. Of als we kauwgom in de mond willen hebben. Dat is eigenlijk een hele goede regulatiemanier, waarbij je geen grootse bewegingen nodig hebt. Die kauwbeweging an sich is best regulerend. Dus op zich is kauwen niet verkeerd. Alleen als je dingen doorslikt die niet veilig zijn, dan komt het veiligheidsdingetje om de hoek kijken.”*

Door de problemen met slikken, die samenhangen met de fronto-temporale dementie, ontstaat bij Wilkim het risico op verslikken en stikken.

Om Wilkim en andere bewoners te beschermen tegen de risico's, wordt hij in zijn bewegingsvrijheid beperkt en vastgezet in een rolstoel. Allerlei spullen uit zijn kamer – die in zijn mond kan stoppen of stuk kan maken – worden weggehaald, zodat zijn leefomgeving enorm verschaald. Er is dan sprake van onvrijwillige zorg, omdat Wilkim of zijn zus (die wettelijk vertegenwoordiger is) hier niet mee instemmen. Het gebrek aan beweging en de verschaalde omgeving leiden tot onderprikkeling bij Wilkim.

Maar hoe zit het met onderprikkeling en FTD? Want behalve een effect op impulsiviteit en hyperoraliteit, heeft Fronto temporale dementie ook een effect op de prikkelverwerking.”

#### ROBERT:

*“FTD is een proces dat aan de voorkant van je brein begint. Frontaal en temporaal, net boven je oren. Daarom heet het ook natuurlijk FTD. En met name in het voorste deel van je hersenen vind een groot deel van je prikkelverwerking plaats. Met name ook je prikkelreductie. Dus*

*je krijgt die hele stortvloed aan prikkels, via je hersenstam naar de voorkant van je hersenen. En daar wordt het aantal prikkels gereduceerd en dan kun je het een beetje gaan behappen. En juist daar zit het probleem bij FTD. Dus dat maakt het lastig om de stortvloed aan prikkels uit de omgeving te reguleren. En dan zie je dat mensen juist weer extra beweging en prikkels gaan opzoeken.”*

Dat overprikkeling bij Wilkim leidt tot meer prikkels zoeken, heeft te maken met het gegeven dat Wilkim door zijn verstoorde executieve functies zijn **impulsen** niet kan onderdrukken en ingezette handelingen niet kan stoppen.

Daarbij komt dat Wilkim altijd al behoefte had aan veel stimulering.

---

**ROBERT:**

*“Wilkim is echt een prikkelzoeker. Hij wil extra muziek, hij is vaak in allerlei activiteiten te vinden.*

*En daarbij komt natuurlijk die FTD. Die ontremming die er dan plaatsvindt – met name aan de voorkant van het brein – maakt dat hij de dingen wat extra, meer gaat doen. Hij stopt niet. Die ontremming zorgt dat hij alsmaar doorgaat. Dat komt terug in eten van niet-eetbare voorwerpen en in het voortdurend willen bewegen. En als hij dan wordt geremd in zijn beweging, bijvoorbeeld door de zitbroek die hij aanhad in zijn rolstoel, dan lukt hem dat niet, want hij wordt beperkt. En dan zie je hem ook binnen de grenzen van die rolstoel bewegen, op zichzelf kloppen, en heel hard tegen de borst aan kloppen, om toch maar aan die prikkels te kunnen komen.”*

De combinatie van onderprikkeling, een grote **behoefte** aan prikkels, de verstoorde verwerking van prikkels en zijn ontremming, maken dat Wilkim binnen de beperkte mogelijkheden die hij heeft op zoek gaat naar prikkels en beweging. Hij gaat zichzelf slaan en krabben. Ook weet hij zelfs met zijn



zeer zware rolstoel nog door de gang te bewegen, wat er uiteindelijk toe leidt dat hij niet alleen vast zit in de rolstoel, maar dat zelfs de rolstoel wordt vastgezet aan een plaat. Nog meer onvrijwillige zorg.

Dat het team Wilkim uiteindelijk in zijn vrijheden beperkte komt ook voort uit onmacht. Zij wisten niets anders meer te bedenken. Maar waar kwam die onmacht vandaan? Hier speelt een aantal organisatie-aspecten.

Ten eerste is door een reorganisatie en vele personeelwisselingen de multidisciplinaire samenwerking op dat moment niet goed. Iedere discipline heeft vanuit zijn of haar vakgebied meegekeken met het zorgteam. Er zijn omgangsadviezen gegeven en er is medicatie voorgeschreven. De betrokken professionals hebben echter geen gezamenlijke analyse van het gedrag en de situatie op de afdeling gemaakt. De verschillende adviezen zijn dus niet gebaseerd op een integraal beeld, waarop men systematisch interventies heeft kunnen doen en evalueren. Doordat iedereen vervolgens op zijn eigen manier met Wilkim omging, reageerde Wilkim ook steeds onvoorspelbaar, wat de onmacht in het team vergrootte.

Daarnaast is sprake van onderbezetting. Daarom is het niet mogelijk om Wilkim blijvend de extra begeleiding te geven die hij wel nodig had.

En ten derde is een gebrek aan kennis in het omgaan met jonge mensen met dementie een factor die bijdraagt aan de probleemsituatie.

Deze drie organisatiefactoren maken ook dat onvrijwillige zorg wordt toegepast.

En tot slot merkt het team ook dat de familie boos (ontevreden) is over de inzet van onvrijwillige zorg voor Wilkim. En ook dat vergroot hun onmacht.



## INTERVENTIES

### INTERVENTIE 1 - VERBETEREN VAN ORGANISATIE

Rond de organisatieaspecten – hier links in het plaatje – is een aantal veranderingen doorgevoerd. Het multidisciplinair team stelt nu een gezamenlijk plan van aanpak op, volgens de Richtlijn Probleemgedrag Bij Mensen Met Dementie van Verenso, de vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde. Daarin vormt een gezamenlijke analyse van het gedrag van Wilkim in de context waarin hij woont de basis. En in dat plan worden interventies en evaluatiemomenten opgenomen.

#### HELEEN

*“Ik denk dat we elkaar als team veel meer hebben gevonden. Doordat je multidisciplinair gaat werken, samen er naar kijkt – ook de disciplines waar je niet het eerst aan denkt, toch meeneemt. Want iedereen heeft wel kennis over iets. En door met elkaar te sparren over een casus – ook al is niet iedereen direct betrokken – kun je veel breder kijken.”*

Om invloed uit te oefenen op de ervaren onmacht, neemt een klein zorgteam van verzorgenden de begeleiding en verzorging van Wilkim vervolgens op zich. Een externe consulent en de psycholoog van het team coachen hen in het aanbieden en doseren van de juiste prikkels.

En tot slot krijgt het zorgteam met de rest van het multidisciplinaire team deskundigheidsbevordering van de consulent over fronto-temporale dementie en prikkelverwerking.”

### INTERVENTIE 2 - ONDERSTEUNING BIJ HET REGULEREN VAN PRIKKELS

Ook bij Wilkim zijn verschillende interventies uitgevoerd. De eerste is gericht op het reguleren van zijn prikkels.

**ROBERT:**

*“We hebben gekeken naar het **prikkelverwerkingsprofiel** van Wilkim en zijn daar bij aan gaan sluiten. Waar zijn dingen hem tot last en welke activiteiten, welke manier van begeleiden sluit aan bij zijn profiel? Het eerste wat we toen gedaan hebben was het bewegen. We hebben vastgesteld dat bewegen goed voor hem is, het reguleergedrag vermindert. Dus daarmee zijn we gaan starten. Bijvoorbeeld door dagelijks een flinke wandeling te gaan maken, minstens 45 minuten. Het complex lag aan de rand van het bos, dus dat was goed mogelijk daar. De duo-fiets hebben we ingezet. Vrijwilligers hebben daarbij geholpen.*

*Maar ook in de ADL: hem betrekken bij het klaarmaken van de tafel. We hebben naar verschillende facetten gekeken hoe het aantal minuten van bewegen op een dag te vergroten, uit te breiden.”*

Er is geïntervenieerd op het reguleren van de prikkels die Wilkim binnenkreeg, passend bij zijn profiel. Maar er is ook gekeken naar de match tussen Wilkim en verzorgenden.

**ROBERT:**

*“Waar we ook naar gekeken hebben, is de rol van de ander, de verzorgende, de mensen die op bezoek kwamen. Hoe kunnen die er onderdeel van zijn om bewegen uit te breiden. Wat je zag bij Wilkim – en sowieso bij mensen met FTD – die zijn heel erg geneigd om anderen na te doen. Dus als die ander in de actie komt, gaat Wilkim daarin mee. Als jij gaat wandelen, gaat Wilkim zo met je mee. Maar dat gebeurde ook binnenshuis. Dus met activiteiten kon Wilkim snel volgend zijn in wat die ander deed. En dan is het mooi om het profiel*



*van Wilkim te leggen naast het profiel van die ander. Wat heeft die verzorgende voor een profiel? Is dat ook een prikkelzoeker, dan zie je als vanzelfsprekend de match. Is het juist een prikkelvermijder, dan heeft hij misschien iets extra's nodig om aan te sluiten bij Wilkim.”*

En tenslotte wordt Wilkim geholpen in het reguleren van prikkels door extra aandacht aan visuele prikkels te geven.

#### ROBERT:

*“Vanuit de FTD... De kracht van het zien, die zijn we gaan benutten in de communicatie met Wilkim. Dus dat we meer zijn gaan kijken naar wat hij ziet, dan dat we verbale oftewel auditieve informatie gingen gebruiken. En dat werkte goed. Hij kon heel snel begrijpen als hij iets zag, wat hij vervolgens moest gaan doen.*

*FTD begint aan de voorkant, maar juist het visuele stuk van het verwerken van die informatie zit achterin. Dus die gaf goede betrouwbare informatie, waardoor hij de wereld wat makkelijk kon begrijpen. En ook in interactie, de ander wat makkelijker kon volgen.”*

### INTERVENTIE 3 - OMGAAN MET HYPERORALITEIT

Hyperoraliteit is vaak een gegeven bij fronto-temporale dementie. Het is dan dus de vraag hoe om te gaan met die orale behoefte.

#### HELEEN:

*“De arts heeft meegekeken, maar uiteindelijk kwam de vraag ook wel bij de ergotherapie terecht: ‘Wat kunnen we Wilkim bieden, zodat we aan die behoefte kunnen voldoen?’ We hebben toen wel gekeken naar verschillende bijtmaterialen. Maar Wilkim was natuurlijk een gezonde jongen met al zijn tanden en kiezen. Dus we moesten er rekening mee houden dat wat we hem gaven, dat hij dat niet stuk kon bijten.*

*Dus uiteindelijk kwamen we wel op een soort bijtringen uit. Speciaal geschikt... Waar we het met name vonden was in de gehandicaptenzorg, waar ze dat wat meer gebruikten.*

*Maar toch zag je dat Wilkim al gauw geen concentratie of interesse meer had voor de bijtring en dat hij het weggooide. Maar hij had wel de behoefte.*

*Uiteindelijk kwamen we op een simpele handdoek uit, waar hij op kauwde, maar die hij niet stuk kreeg. Dus die niet draad voor draad weer uit zijn mond kwam. Want dat was wat we bij zijn kleding zagen en wat je niet wilde. Want je wilde niet dat hij zich in die lange draden zou gaan verslikken.*

*Wat we ook nog geprobeerd hebben - om met zijn hyperoraliteit om te gaan - is om hem op meerdere momenten op de dag eten aan te bieden. Omdat we de prikkeling van de mond erg belangrijk vonden, hebben we gekeken: 'Als we de eetmomenten over de dag verdelen, kunnen we dan aan zijn behoefte tegemoet komen'. We hebben ook wel gekeken naar eten waar bij meer op kan zuigen, zoals lolly's, maar in verband met het gevaar op verslikken, hebben we daar niet voor gekozen. Maar meer gekeken naar 'Wat vindt Wilkim lekker en kunnen we dat over de dag spreiden?''*

#### INTERVENTIE 4 - INRICHTEN VAN DE OMGEVING

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een huiselijke inrichting het probleemgedrag bij mensen met Fronto-temporale dementie kan verminderen. Daarom wordt de zeer verschaalde kamer van Wilkim opnieuw ingericht.

HELEEN:



*“We hebben samen met de familie gekeken naar: ‘Wat is herkenbaar voor Wilkim? Waar zou hij zich prettig bij voelen?’ En daarbij ook in samenspraak gezegd, dat wat we nu terugplaatsen, daarvan accepteren we ook dat het kapot kan gaan. Zo hebben we ook zijn eigen gitaar weer teruggeplaatst, foto’s opgehangen, de TV weer teruggeplaatst met een video recorder. Samen gezocht naar videobanden van Bassie en Adriaan. De bank weer teruggeplaatst, zodat Wilkim ook weer momenten zelf op de bank kon zitten en rustig voor de TV bleef zitten. En je zag ook dat hij zijn eigen spullen helemaal niet vernielde, waar we eigenlijk in het begin best wel bang voor waren. Hoe zou hij hier mee omgaan?”*

## RESULTATEN

De interventies hebben resultaten opgeleverd. Zijn medicatie wordt afgebouwd, hij slaat zichzelf niet meer en hij trekt zijn kleding niet meer stuk. En vooral: Wilkims bewegingsvrijheid neemt toe en de onvrijwillige zorg wordt afgebouwd.

### NATASJA

*“Nou, dat was voor ons natuurlijk het allerbelangrijkste, dat hij niet meer het grootste gedeelte van de dag vastzat in zijn rolstoel. Dat was eigenlijk wel het doel van het CCE-traject, om er voor te zorgen dat Wilkim zoveel mogelijk een menswaardig leven zou hebben. En dat was voor ons natuurlijk vooral dat hij nog kon doen wat hij nog kon. Rondlopen, bewegen. Hij was nog hartstikke jong en in het lopen en bewegen kon hij zijn energie nog kwijt. En dat zag we voor hem nog als een stukje kwaliteit van leven. Dus we waren ontzettend blij.”*

## GELEERDE LESSEN

### HELEEN:





*“Door ook multidisciplinair te kijken en meer samen te werken met collega’s die je niet meteen bij een casus zou inschakelen... Door samen toch met elkaar te sparren, merk je dat iedereen eigenlijk wel een inbreng kan leveren. Al is-ie misschien niet direct fysiek aanwezig, maar wel door met elkaar te overleggen.”*

*“We hebben een sensorisch profiel gekregen en we merken dat we dat nu breder kunnen inzetten. Ook dat was niet waar wij heel veel kennis van hadden. We hebben gemerkt, nu we dat meer gebruiken, dat het bij heel veel bewoners iets op kan leveren bij de prikkelverwerking.”*

*“Wat mij heel erg van deze casus is bijgebleven, is dat we Wilkim zo beperkt hebben in zijn bewegingsvrijheid. Het was een gezonde jongen, ondanks zijn ziekte. Maar dat we hem zo beperkt hebben in zijn bewegingsvrijheid. Dat doen we echt niet meer.”*

## AFSLUITING

### NATASJA

*“We kijken uiteindelijk wel terug op een goede periode in het verpleeghuis. We hebben in ieder geval gezien dat de medewerkers in het verpleeghuis echt heel erg hun best hebben gedaan voor Wilkim. Ook in de periode dat het minder ging, dat hij veel vast zat. Je zag ook wel hun onmacht om met die situatie om te gaan. Dat zij het ook heel moeilijk vonden en tegen hun grenzen aanliepen.”*

Bezoek de website van leren van casussen: <http://lerenvancasussen.cce.nl>

Bezoek de website van het CCE: <http://www.cce.nl>