

**EQUINE ASSISTED THERAPY
BIJ PERSONEN MET EEN
NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL**



MARIE DE WISPELAERE
KATIA HOLDERBEKE

**EQUINE ASSISTED THERAPY BIJ PERSONEN MET EEN
NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL.**

**EQUINE ASSISTED THERAPY BIJ PERSONEN MET EEN
NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL.**

EEN GIDS

MARIE DE WISPELAERE
KATIA HOLDERBEKE

Tot stand gekomen dank zij het Fonds Lode Verbeeck.
© PCCARITAS 2006

INHOUDSTAFEL GIDS

3	Voorwoord
6	Dankwoord
8	Theoretisch
8	8 Niet aangeboren hersenletsel (NAH)
15	15 Equine Assisted Therapy
27	27 Vragenlijst
38	Praktische bevindingen vanuit de vragenlijst
39	39 Doelstellingen
40	40 Oefeningen
43	43 Hulpmiddelen, materiaal
44	44 Concrete sessie EAT in de verschillende instellingen
50	50 Besluit
52	52 Nuttige websites en adressen
53	53 Met dank aan
56	56 Literatuurlijst
58	58 Bijlage
64	64 Colofon

VOORWOORD

Een Niet Aangeboren Hersenletsel (= NAH) treft meer en meer jonge mensen ten gevolge van een verkeer- of arbeidsongeval met een blijvend hersenletsel tot gevolg. Naast fysieke beperkingen hebben ze ook te maken met psychische problemen.

Binnen het Psychiatrisch Centrum Caritas en op de afdeling Jericho bestaat er een opnamegroep voor personen met NAH en psychische problemen. Deze problemen kunnen zich situeren op vlak van motivatie, contact, communicatie, aandacht en concentratie, gedrag en impulsiviteit.

Enkele jaren geleden kampten we binnen deze doelgroep met het probleem dat verschillende cliënten niet of moeilijk bereikt konden



worden via de gebruikelijke therapieën. Bij wijze van experiment startten we in het jaar 2000 met Equine Assisted Therapy (EAT).

Kinesitherapeute Marie De Wispelaere en ergotherapeute, hippotherapeute Katia Holderbeke begeleiden de sessies EAT bij personen met NAH en psychische problemen binnen deze instelling. Onze eerste doelstelling was vooral gaan experimenteren wat EAT voor deze doelgroep zou kunnen betekenen.

Momenteel is dit experiment uitgegroeid tot een therapie die wettelijk doorgaat en die we zoveel mogelijk theoretisch trachten te onderbouwen.

Het Fonds Lode Verbeeck, beheerd door de Koning Boudewijnstichting, lanceert jaarlijks een oproep bestemd voor projecten die bijdragen tot de uitbouw van EAT voor kinderen en volwassenen. (www.kbs-frb.be)

In juni 2005 lanceerde het Fonds een tweede projectoproep rond EAT in Oost-Vlaanderen.

Vanuit het Psychiatrisch Centrum Caritas werd er een voorstel ingediend rond EAT voor personen met NAH. In december 2005 werden we uitgeroepen als laureaat met dit project.

Het aanbod qua behandeling voor personen met NAH binnen Vlaanderen is beperkt.

Vanuit onze ervaringen binnen het Psychiatrisch Centrum Caritas, zien we dat EAT aanslaat bij personen met NAH en nuttig is geworden binnen de behandeling van deze doelgroep, doch we vinden weinig studiemateriaal, literatuur, documentatie hieromtrent.

Het was vooral de bedoeling om een theoretisch en praktijkgericht denkkader te vormen voor het toepassen van EAT bij deze doelgroep. Onze expertise zou kunnen bijdragen tot een zinvolle en vernieuwde kijk op de behandeling van deze doelgroep waarbinnen EAT een sterk therapeutisch middel is.

We dachten vooral om een soort handleiding, een werkdocument op te stellen die als leidraad zou kunnen gebruikt worden zowel binnen de eigen instelling als voor andere voorzieningen. Ook wilden we antwoorden op de veel gestelde vraag om concrete oefeningen aan te bieden.

We hebben dit trachten te doen door zelf op verkenning te gaan binnen Vlaanderen door middel van een vragenlijst. Aan de hand van deze vragenlijst zouden we de informatie kunnen bundelen en publiceren en aan alle betrokken voorzieningen bezorgen.

De gebundelde informatie geeft een stand van zaken weer over EAT bij NAH in Vlaanderen. Het zou goed zijn dat deze gids tevens aanzien wordt als een product waarop verder gebouwd kan worden met nieuw materiaal, nieuwe inzichten, nieuwe informatie.

Katia Holderbeke
Marie De Wispelaere

DANKWOORD

Onze grootste dank gaat eerst en vooral uit naar het Fonds Lode Verbeeck van de Koning Boudewijnstichting. De EAT kent de laatste jaren binnen Vlaanderen een grote opmars. Daardoor is de nood om de EAT grondig en gestructureerd uit te diepen niet gering.

Door het jaarlijks uitreiken van een prijs aan projecten rond EAT dragen zij mee bij tot het denkwerk rond deze materie.

Tevens willen we hen danken voor de waarde die zij hechten aan ons project en dit financieel mee wilden ondersteunen.

Dit project is ondermeer tot stand gekomen doordat wij verschillende jaren geleden de kans hebben gekregen om te mogen ex-



perimenteren met EAT. Wij willen de directie van het Psychiatrisch Centrum Caritas en het diensthoofd van het revalidatiecentrum binnen dit centrum danken voor hun steun en vertrouwen die ze in ons stelden. Wij hebben de kans gekregen om kennis en ervaring te vergaren en om de EAT op een professionele manier uit te bouwen en dit ondertussen bij verschillende doelgroepen.

Heel speciaal gaat ook onze dank naar Guy Lorent, tot voor kort psycholoog voor de doelgroep NAH binnen ons centrum. Hij heeft ons kennis bijgebracht over Adventure Therapy waar hij zo gedreven mee bezig is. Het is dank zij hem dat wij een kans zagen om de EAT binnen deze doelgroep te koppelen aan het theoretisch denkkader van Adventure Therapy. Hij stond ook steeds klaar om advies te geven over het inhoudelijke aspect van dit project.

Dit product is tot stand gekomen mede via een vragenlijst. Aan alle instellingen die deze vragenlijst hebben ingevuld en die open stonden om verdere informatie te geven willen wij ook een woord van dank richten.

Het oog wil natuurlijk ook wat. Voor de lay-out hebben we ons gericht naar de PR-verantwoordelijke en naar vormgever aan dit product beiden werkzaam in het Psychiatrisch Centrum Caritas. Zonder hen zou dit product er niet zo verzorgd uit gezien hebben. Daarvoor onze dank.

Verder willen we nog de begeleidende commissie en alle anderen bedanken die tijd hebben vrijgemaakt om ons bij te staan naar advies op inhoudelijk vlak.

Katia Holderbeke
Marie De Wispelaere

THEORETISCH

NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL (NAH)

Guy Lorent

WAT IS EEN NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL?

De groep van personen met een niet aangeboren hersenletsel (NAH) is een heterogene groep; enerzijds naar etiologie van het letsel en anderzijds naar fenomenologie van het toestandsbeeld. Ondanks de stelling dat elke persoon met NAH verschillend is, zijn er toch heel wat gemeenschappelijkheden te onderscheiden, waardoor ze een nood hebben aan begeleiding of hulpverlening die verschillend is van deze van andere doelgroepen. Hierdoor behoeven verschillende bestaande therapieën een specifieke aanpassing



en dienen de begeleiders of therapeuten over een specifieke set kennis en vaardigheden te beschikken.

De prevalentie van NAH is niet gering. In België bedraagt deze 183 op 100.000 inwoners (Brusselmans, et al., 2000; Lannoo, et al. 2004). Alles wijst erop dat dit aantal enkel toeneemt. Het drukke verkeer leidt tot meer ongevallen, en meer traumatische hersenletsels. Ten gevolge van de vergrijzing van de bevolking zijn er ook meer cerebro-vasculaire accidenten (CVA). Door de vooruitgang in de urgentiegeneeskunde overleven bovendien meer mensen een hersenletsel, maar is ook de kans groot op blijvende beperkingen.

De oorzaak van het hersenletsel kan traumatisch van aard zijn, ten gevolge dus van een val, een verkeersongeval, een doorboring van de schedel. De oorzaak kan ook niet traumatisch van aard zijn en dit is bijvoorbeeld het geval bij een hersenbloeding, bij een hersentumor, bij een ontsteking.

De waargenomen verschillen in het toestandsbeeld van de persoon met NAH zijn in belangrijke mate een gevolg van de ernst van het letsel en de lokalisatie van het letsel.

De eigenheid echter van een niet aangeboren hersenletsel ligt in de eerdere ervaring van een leven zonder hersenletsel. Een ervaring die zowel voor de persoon als voor zijn sociale omgeving relevant is. De herinnering aan dit leven met andere mogelijkheden, andere levensdoelen, andere contacten, een andere sociale positie, andere bezigheden en een andere bejegening, bepaalt in sterke mate de beleving en de noden van de persoon met NAH na zijn letsel.

Dit in tegenstelling tot personen met een aangeboren hersenletsel of andere handicap waar het patroon van het anders valide zijn een grotere harmonie kent.

De te verwachten evolutie die eerst exponentieel groeit en dan geleidelijk vertraagt zonder ooit tot stilstand te komen doet deze

groep ook verschillen van degeneratieve aandoeningen zoals Multiple Sclerose of de verschillende vormen van dementie. Hoewel er naar beleving gelijkenissen zijn, de kennis van de hulpverlener dezelfde moet zijn en op verschillende momenten eenzelfde begeleiding nodig is, blijft de aard van verwerking en de kleur van de horizon verschillen.

GEVOLGEN

De gevolgen van een hersenletsel zijn veelzijdig en in een aantal categorieën onder te verdelen (op basis van Burke, 1988). Hij onderscheidt fysieke gevolgen, cognitieve, executieve en emotionele en gedragsmatige gevolgen.

Fysieke gevolgen: stoornissen in coördinatie, evenwicht, kracht, de aanwezigheid van onvrijwillige bewegingen, posturale stoornissen, verandering in orale mogelijkheden, van spreken tot slikken, epileptische insulten, paralyse/parese, spasticiteit, gangstoornissen, perceptuele stoornissen.

Cognitieve gevolgen: stoornissen in aandacht, oordeelsstoornissen, perceptiestoornissen, vertraagde en verstoorde informatieverwerking, stoornissen in leren en geheugen en in communicatie en taal.

Executieve en disinhibitieve gevolgen: de executieve functie wordt naast de cognitieve functie vermeld, omdat een cognitieve disfunctie een specifiek functioneel deficit impliceert en een executieve functie alle aspecten van iemands leven raakt. De executieve functie kan beschreven worden als de mogelijkheid om zich te engageren in onafhankelijk, doelgericht, zinvol gedrag om zo de eigen noden en verlangens te kunnen invullen. Deficits in executieve functie zijn niet noodzakelijk duidelijk in een gewone conversatie, mensen met een louter executieve stoornis zullen motorisch goed

functioneren en in een vluchtig contact geen duidelijke stoornissen vertonen. Hun onvermogen om hun gedrag te sturen en te reguleren interfereert met de maatschappelijke aanpassing. Gecombi-





neerd met stoornissen in het naburige circuit verantwoordelijk voor inhibitie en sociale cognitie kan dit resulteren in gedrag gekenmerkt door impulsiviteit, irriteerbaarheid, rigiditeit, apathie, zorgeloosheid, ongepast sociaal gedrag, gebrek aan empathie, beperkte ziekte-inzicht, problemen met het starten van gedrag, wijzigen van gedrag en stoppen met een bepaald gedrag, resulterend in een verarmd gedragsrepertoire, beperkte productiviteit, initiatief en zelfcontrole.

Emotionele- en gedragsmatige gevolgen: naast de hierboven beschreven gevolgen zien we nog een grotere incidentie van agitatie, agressie, depressie, angst, verwardheid, en ontkenning als hanteringmechanisme.

De verschillende gevolgen zijn met een zekere evidentie onder te verdelen in deze verschillende categorieën, de moeilijkheid is evenwel de complexe combinatie van de rechtstreekse gevolgen van

het hersenletsel en de pogingen van het individu om deze te hanteren. Hij of zij gaat immers trachten deze een plaats te geven in zijn eigen levensverhaal. Het ziekte-inzicht is niet altijd aanwezig en de neuropsychologische mogelijkheden om alle facetten van de realiteit een plaats te geven zijn verre van optimaal. Zijn verlangens en levensdoelen blijven nog een tijd lang dezelfde, de concepten over zichzelf zijn niet gemakkelijk bij te sturen door de dagelijkse ervaring, sociaal onaanvaardbaar gedrag kan leiden tot conflicten en sociale isolatie, de revalidatie zelf kan bemoeilijkt worden door een precare motivatie of een problematisch gedrag en de hulpverlener staat soms machteloos naast de kloof van onbegrip.

Een aantal personen met NAH overkomen het incident met weinig restletsels. In min of meerdere mate gaat deze groep zijn of haar levensstijl wat moeten aanpassen, zonder het sociale leven, het gezinsleven of het beroepsleven grondig te moeten wijzigen. Ze gaan moeilijkheden ondervinden met de snelheid van informatieverwerking, hetgeen zijn weerslag heeft op de hoeveelheid prikkels die men verdragen kan, het heeft met andere woorden te maken met een verlaging van de stressweerbaarheidsgrens. Een grotere aandacht en zorg hiervoor zal deze personen toelaten hun leven op te nemen zonder verdere begeleiding.

Een grote groep personen zal wel moeten terugvallen op hulpverlening: om zelfstandig leven mogelijk te maken, hulp bij de verwerking, behandeling van moeilijker hanteerbaar gedrag, begeleiding naar ziekte-inzicht, containment van extremer gedrag, emotionele begeleiding, psychotherapie. Een aantal van deze gedragingen blijken bijzonder weerstandig aan therapie, dit maakt de hulpverlening bij personen met NAH tot een evenwichtsoefening tussen een aanvaarding van de begrensde mogelijkheden van therapeutische interventies en een hardnekkigheid in het creatief zoeken naar andere therapeutische invalshoeken.

Binnen dit kader hoort het verkennen van de mogelijkheden van Hippotherapie of Equine Assisted Therapy voor deze doelgroep. Een benadering die net als Adventure Therapy (Lorent G., et al.) zijn waarde bij andere doelgroepen aan het aantonen is en aanpassingen vraagt om de rijkdom aan mogelijkheden van deze therapievorm tot zijn recht te laten komen.

Het spreekt voor zich dat EAT ook zijn waarde kent in combinatie met andere waardevolle soms noodzakelijke benaderingen: de dagelijkse begeleiding of behandeling, psychomotorische therapie en kinesitherapie, ergotherapie, psychotherapie.



EQUINE ASSISTED THERAPY

Katia Holderbeke

Marie De Wispelaere

WAT IS EAT?

Algemeen gesteld betekent Equine Assisted Therapy (EAT) therapie met behulp van het paard, waarbij de relatie tussen mens en dier, de omgang en het contact met het paard, het berijden ervan, zijn bewegingsimpulsen, de symboliek en de ethologie van het paard centraal staan. (bron: www.pegasuseurope.be). Binnen deze therapie is er een onderliggende en voortdurende dynamische wisselwerking tussen paard, cliënt en therapeut en gebeurt dit binnen een veilige sfeer.

EAT omvat alle doelgerichte behandelvormen met het paard als partner. Het doel is de levenskwaliteit van kinderen, jongeren en volwassenen met specifieke noden te verbeteren. Om de therapeutische doelen te bekomen worden activiteiten aangewend op en rond het paard.

Het is een vorm van therapie die naast andere werkvormen kan geplaatst worden binnen een volledig behandelingsplan met een multidisciplinaire aanpak.

Algemeen wordt EAT binnen een holistische visie benaderd waarbij de cliënt als een geheel wordt beschouwd zowel ten opzichte van zichzelf als ten opzichte van zijn omgeving.

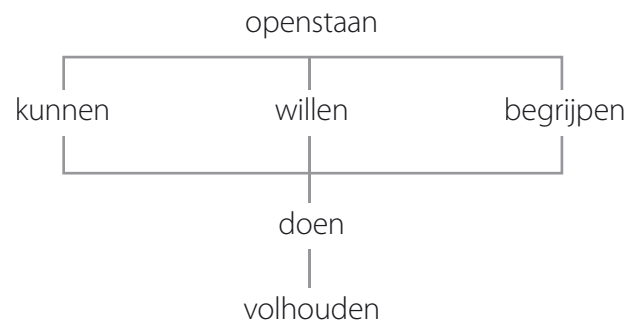
EAT BIJ PERSONEN MET NAH

Binnen de EAT zijn de meerwaarden van het paard gekend. Het accent van de meerwaarden zal telkens anders liggen, afhankelijk van de doelgroep en hun problematiek waarmee gewerkt wordt. Dit geldt ook voor personen met NAH. Een bijzonder kenmerk van de doelgroep NAH is de diversiteit van de problematiek. De moeilijk-

heid hiervan is dat ook bij het formuleren van de meerwaarden van het paard er sterk individueel teruggekoppeld moet worden. Toch kunnen er enkele gemeenschappelijke meerwaarden aangetoond worden.

Personen met NAH hebben dikwijls te maken met een multiproblematiek. Problemen met gevolgen op zowel fysieke, cognitieve, executieve en/of emotionele vlakken. Motivatie en openstaan voor een therapie is een voorwaarde en vormt een basisgedrag dat kan leiden tot andere gedragsaspecten (kunnen, willen, begrijpen), die op hun beurt openingen bieden naar nog andere gedragsaspecten (doen, volhouden). Via het paard (waar de cliënt voor openstaat) wordt er getracht om te kunnen overgaan naar de andere gedragsaspecten. We kunnen dan ook een onderscheid maken tussen de mogelijkheden van EAT in het scheppen van een therapeutisch klimaat en de mogelijkheden om doelgerichte therapeutische interventies te plannen.

Schema: 6 gedragsaspecten



HET THERAPEUTISCHE KLIMAAT.

Het is niet evident dat personen met NAH hun eigen problemen (her)kennen. De zinvolheid van therapie ontgaat hen vaak, waardoor het motiveren tot het volgen van een therapie niet altijd vlot verloopt.

Naast het niet gemotiveerd zijn tot het volgen van een therapie, blijft de vergelijking met hoe hun leven vroeger was heel sterk aanwezig. De confrontatie met het hier en nu is groot. Dit leidt geregeld tot het niet meer komen tot activiteit.

Het paard kan een medium zijn om hen uit te nodigen tot activiteit. Het grootste deel van personen met NAH hebben in hun leven nog geen contact gehad met paarden, waardoor er geen vergelijking mogelijk is met hoe het vroeger was. Het is een activiteit die nieuw is en voor velen een uitdaging vormt.





Het paard wordt bewust ingezet en vervult een centrale rol. Naast het feit dat het paard fungeert als co-therapeut is hij eerst de motiverende factor en daarna de activerende factor. Waar andere therapieën soms stuiten op verzet, kan het paard en zijn omgeving een stimulerende factor zijn om te komen tot een minimum aan activiteit. Deze vorm van therapie wordt maar zelden ervaren als een therapie binnen een kunstmatig opgezette omgeving maar wel als een omgeving waarbij er getracht wordt zoveel mogelijk het normale te benaderen.

Uit de ervaring die we binnen het Psychiatrisch Centrum Caritas hebben opgebouwd, blijkt dat de meerwaarden van het paard bij de doelgroep NAH en onze aanpak sterk aanleunt bij principes van Adventure Therapy.



Adventure Therapy is een vorm van therapie die kan verstaan worden als een activeringsproces en faciliteert de reorganisatie van bestaande dysfuncties naar nieuwe en hanteerbare functies. Er wordt niet alleen gewerkt naar sociaal gedrag, maar men probeert een nieuwe identiteit op te bouwen, dit op een manier die als niet-behandelend overkomt (Lorent et al., 2004). Binnen een sessie EAT kan men ongedwongen bezig zijn met het paard zonder dat er nadruk moet gelegd worden op de therapie als zodanig.

In de praktijk zijn Adventure activiteiten, activiteiten die buitenshuis doorgaan en die uitdagingen inhouden (vb. Klimmen, raften, kamperen, touwparcours,...). Daar hoort werken met paarden zeker bij. De kracht en de omvang van het paard vormen een sterke uitdaging. Deze uitdaging is een motivatie om deel te nemen aan de

therapie. De sessies EAT verlopen tevens buiten de afdeling, buiten een kunstmatig opgezette therapeutische omgeving.

Volgens één van onze principes in het werken met personen met NAH, wordt er getracht geen vergelijking te maken met het vorig leven. Elke situatie, elke ervaring, elk weten, elke manier van in relatie treden is vergeleken met de situatie vóór het trauma. Het is dan ook belangrijk om activiteiten aan te bieden die geen linken leggen met hun vorig leven. Aangezien een groot deel van personen met NAH nooit in contact gekomen is met paarden vóór hun trauma, is er ook geen vergelijking met vroeger mogelijk.

Een heel belangrijk gegeven is het feit dat het paard onbevooroordeeld reageert. Het reageert op de mensen zoals ze nu zijn en niet op hun verleden of hun mogelijkheden van vroeger die ze nu misschien niet meer hebben. Er wordt hen de kans gegeven om 'nieuwe ervaringen' en een 'nieuwe identiteit' op te bouwen.

Volgens een ander principe van Adventure Therapy wordt er niet veroordeeld, maar wordt het denken gestimuleerd.

In de directe omgeving van de persoon met NAH wordt er vaak gereageerd in een beperkende of op een afkeurende manier (focus op onmogelijkheden). Dit kan ervaren worden als een afkeuring van de vastberadenheid, de persoonlijkheid of gedragingen van de persoon in kwestie. Daarom wordt er binnen deze vorm van therapie niet veroordeeld, ook al lijkt een actie of een antwoord onvoldoende. Er worden wel voorstellen gevraagd op een indirecte manier, met interesse, met verbazing.

Het imposante dier lijkt aan te trekken en nodigt uit om te reageren, waardoor ze de kans krijgen om zelf hun mogelijkheden opnieuw te (her)ontdekken zonder dat ze zich belemmerd hoeven te voelen in wat anderen van hen zouden denken.

Evenals bij Adventure Therapy, wordt er bij EAT getracht om ervaringsgericht te werken en te leren. Er wordt een veilige, maar voor personen met NAH een moeilijk in te schatten situatie gecreëerd, die ook een emotionele beleving uitlokt.

Het geeft de mogelijkheid om mensen te observeren in een andere, niet alledaagse, situatie. In ieder geval worden cliënten verplicht rekening te houden met een levend wezen en de reacties die ze te weeg brengen.



DOELGERICHTE THERAPEUTISCHE INTERVENTIES.

Afhankelijk van de aard van het letsel en zijn gevolgen zijn er verschillende doelstellingen en verschillende manieren van behandelen. Deze doelstellingen kunnen gericht zijn op fysieke en/of psychische.

Bij het gebruik van EAT kan er geopteerd worden om te revalideren, te readapteren of te rehabiliteren afhankelijk van de ernst en de duur van bestaan van het letsel.

Revalideren: waarbij de behandelingsaanpak aansluit op de diagnose. Er wordt rechtstreeks op de stoornis zelf gewerkt. Er wordt gefocust op wat er niet gaat, de defecten dienen worden behandeld. De interventiestijl zal voornamelijk analytisch zijn en er zal vooral technisch gewerkt worden.



Readapteren: waarbij men zich niet direct meer richt op de defecten zelf. Er zal niet rechtstreeks gewerkt worden op de stoornis, maar het accent ligt vooral op de functionaliteit. Er wordt gekeken hoe de cliënt zijn handicap/beperkingen ervaart binnen zijn dagelijks functioneren. Er wordt gefocust op wat er wel nog gaat, wat zijn vaardigheden zijn, welke zijn (groei)mogelijkheden zijn. Er wordt getracht nieuwe kennis op te slaan bij de nog resterende mogelijkheden.

Rehabiliteren: waarbij het accent op de context ligt. Er wordt voornamelijk procesgericht gewerkt. Niet het doel op zich is belangrijk, maar wel de manier waarop men zijn doel bereikt. Er wordt nadruk gelegd op wat de cliënt met zijn handicap/beperkingen zelf vraagt.

Op welke manier er gewerkt wordt om deze doelstellingen te bereiken hangt sterk af van de visie die gehanteerd wordt binnen een instelling en/of de theoretische vorming(en expertise) van de therapeut.

CONCRETE DOELSTELLINGEN:

1. Op Fysiek vlak

Onlosmakelijk met andere doelen, vindt EAT zeker zijn plaats binnen de motorische revalidatie. Binnen dit terrein ligt de meeste ervaring en bekendheid als men het over EAT heeft bij personen met een NAH. Zowel grof als fijn motorisch heeft EAT een waarde in de fysieke revalidatie na een NAH. Evenwichtstraining, houdingscorrectie, lichaamsbeleving, transfers, gebruik maken van hulpmiddelen, verminderen van evt. spasticiteit, krachttraining, mobiliteit verhogen zijn enkele aan te halen aspecten uit de fysieke revalidatie waar EAT bij kan aanleunen.

Opmerkelijk is ook het herhaaldelijk ritmisch bewegen terwijl men op een stappend paard zit, wat steunt op het oefenen van even-

wicht en gelijkloopt met de beweging die het bekken bij het stappen maakt.



2. Op Cognitief vlak

De omgeving van een manege is een kader dat op een erg natuurlijke en relevante wijze een aantal cognitieve handelingen faciliteert. Het stimuleert de oriëntatie door de specifieke doelgerichtheid van het ganse verblijf op de manege. We ondervinden dat wekelijkse herhaling doet leren, hoe laag het leervermogen ook is. Herhaalde handelingen creëren soms zelfs een routine. Geheugentraining kan voorkomen onder vorm van namen van paarden onthouden, route en plaatsen onthouden, volgorde van handelingen leren.

Het is een plaats waarin de persoon met NAH veilig kan experimenteren.

Het terloops aanbieden van cognitieve training geeft vaak meer medewerking en resultaat dan wanneer die in een kunstmatig opgezette therapieruimte wordt geïnstalleerd. De aard van de activiteiten binnen de EAT sessies vraagt steeds doorzettingsvermogen en concentratie. Een groei in beide wordt waargenomen over de opeenvolgende sessies heen.

3. Op Executief en Disinhibitief vlak

EAT bij personen met een NAH is de uitgelezen therapie om te werken aan het plannen, organiseren en uitvoeren van activiteiten en handelingen. Ze staan stil bij wat ze nodig hebben om succesvolle handelingen te stellen en welke volgorde nodig is om hun doelen te bereiken. Ze krijgen de kans handelingen en de volgorde ervan te leren en er na verloop van tijd op verder te bouwen.

EAT kan een middel zijn om ontremmingen om te buigen naar constructieve activiteiten. Tijdens de sessie mogen ze het paard aanraken, kunnen ze warmte voelen, ervaren ze wat het paard en zijn bewegingen op henzelf teweeg brengt.

Opvallend is het minder voorkomen van agressie en roepgedrag tijdens EAT. Het lijkt alsof deze omgeving en het werken met een 3^e 'neutraal' element hen aanspoort tot meer inlevingsvermogen en sociaal aangepaster gedrag.

4. Op Emotioneel en Gedragmatig vlak

Tijdens een EAT sessie hebben personen met een NAH de kans zichzelf opnieuw te ontdekken, werken ze aan een nieuw zelfbeeld. Ze leren inschatten wat hun mogelijkheden en beperkingen zijn. Ze ervaren plezier en leren hun angst inschatten. Buitensporig gedrag geeft onmiddellijke en duidelijke gevolgen. Het ervaringsgerichte karakter van EAT biedt hen de mogelijkheid te leren uit nieuwe en onbekende situaties.

We merken vaak dat mensen met een NAH letterlijke en figuurlijke steun vinden bij hun paard, een luisterend oor.

We zien dat ze in deze 'normale' omgeving sneller en ongedwongen en onbewust zullen samenwerken.

Ze hebben de kans zich in te leven in situaties, in gedragingen van het paard en kunnen dit projecteren naar hun eigen empathische capaciteiten. Ze leren omgaan met onverwachte situaties, onverwachte toenaderingen.

We merken vaak bij mensen met ernstige geheugenproblemen dat niet de activiteit op zich wordt onthouden, maar des te meer de emoties die daaraan vast gekoppeld werden.

VRAGENLIJST

INLEIDING

Een deel van het opzet van deze gids was, aan de hand van een bevraging, na te gaan wat er leeft in Vlaanderen rond EAT en NAH. We willen weten welke instellingen EAT als middel gebruiken bij personen met een NAH. We willen een vergelijking kunnen maken tussen aanpak, uitvoering en inhoud van EAT sessies bij NAH.

We vatten de vragenlijst op als een mogelijkheid tot delen van informatie. De reacties waren, in vergelijking met het aantal verzonden vragenlijsten, gering, maar het beperkte aantal dat reageerde gaf waardevolle informatie.



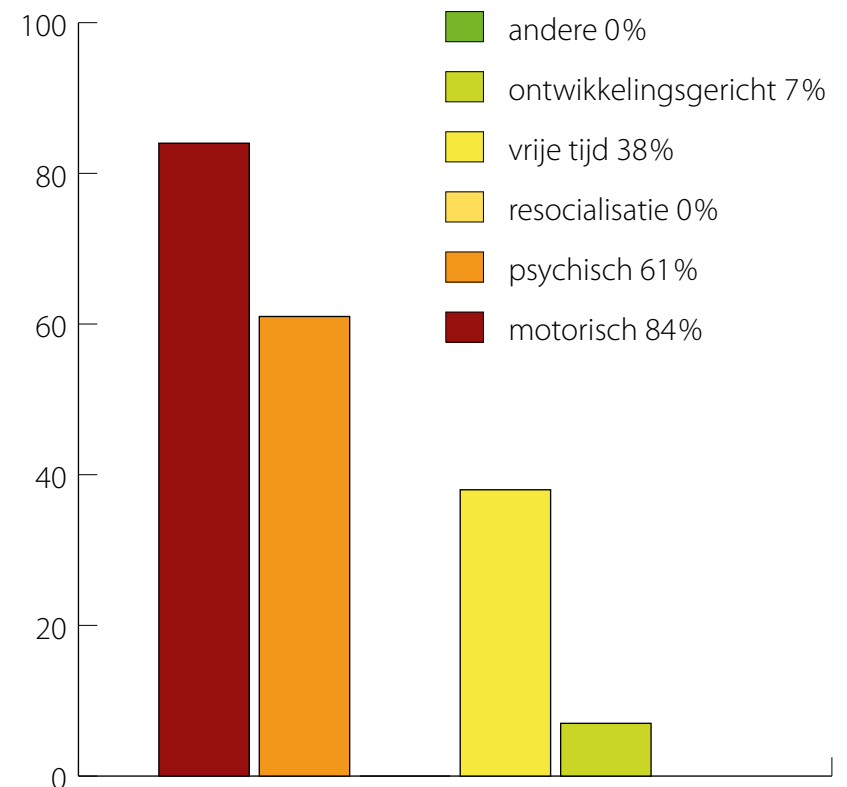
CIJFERS EN GRAFIEKEN

Op de 240 vragenlijsten (zie bijlage) die verzonden werden kregen we 48 reacties (24%). Bij 23 betrof het een reactie zonder bijgevoegde ingevulde vragenlijst waar 22 meedeelden dat EAT niet in hun instelling werd gebruikt wegens geen gekwalificeerd personeel, geen budget, praktisch niet haalbaar, geen medische toestemming, onvoldoende gekend, te weinig vertrouwd, geen interesse bij bewoners en personeel, te duur, tijdsinvestering. We kregen 25 ingevulde vragenlijsten (12,5%) terug.



1. DOELEN VAN EAT

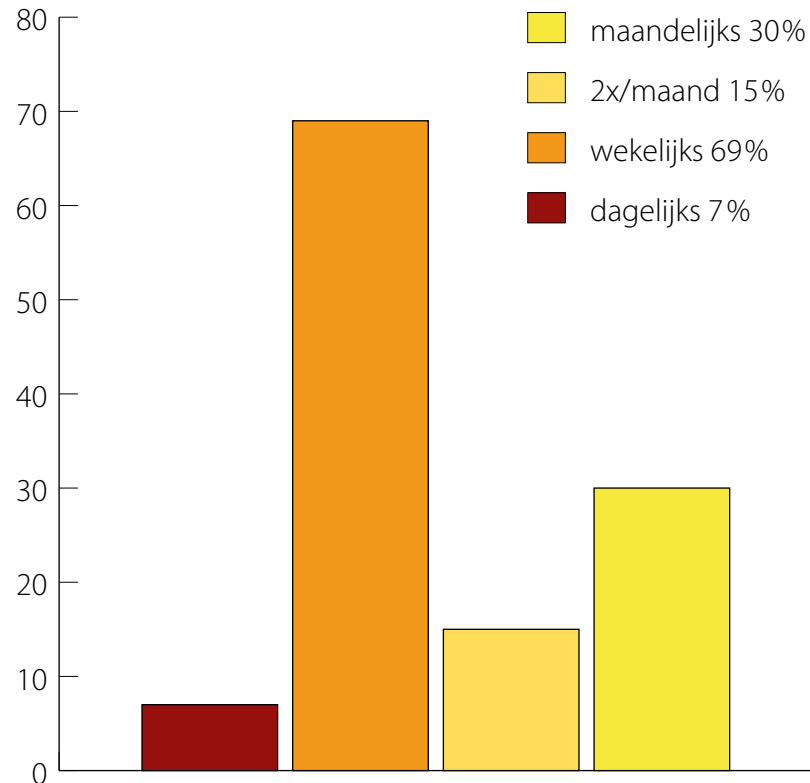
In een eerste vraag polsten we naar de **doelen** die binnen EAT en NAH worden gesteld. Equine Assisted Therapy als middel bij personen met een NAH gebruiken heeft steeds een therapeutisch karakter, waarbij fysieke revalidatie (84%) als meest vooropgestelde doel wordt aangehaald. Het psychische (emotionele, gedragsmatige) aspect (61%) wordt als tweede belangrijk doel naar voor gebracht. In een aantal gevallen wordt het louter recreatieve aspect (38%), de vrije tijdsinvulling aangegeven als belangrijke doelstelling van EAT



Tabel 1: doelstellingen van EAT

2. FREQUENTIE VAN EAT.

Meestal gaan de sessies EAT door met een wekelijkse frequentie (69 %), soms 2 keer per maand (15 %), of maandelijks (30 %).



Tabel 2: frequentie van EAT.

3. EXCLUSIECRITERIA VOOR EAT.

We peilden naar de **exclusiecriteria** voor EAT en vonden dat onderstaande punten reden tot weigering tot deelname aan EAT kunnen zijn:

- * Het niet voldoende veiligheid kunnen bieden wordt het meest aangehaald.
- * De grote verscheidenheid aan motorische beperkingen (mate van zelfstandigheid) en het eventuele risico op fysieke agressie kunnen een reden tot weigering zijn.
- * Personeelstekort (en daarbij samenhangend het budget) kan een reden zijn voor onregelmatige deelname.
- * Epilepsie moet worden uitgesloten, evenals subcoma en allergie, vooraleer deelname aan EAT wordt toegestaan. Veelal wordt het medisch advies afgewacht voor de sessies starten.
- * Een enkele keer wordt psychotisch zijn als exclusie criterium aangehaald.
- * Angst en een gebrek aan motivatie lijken in sommige gevallen ook een reden tot weigering te zijn.

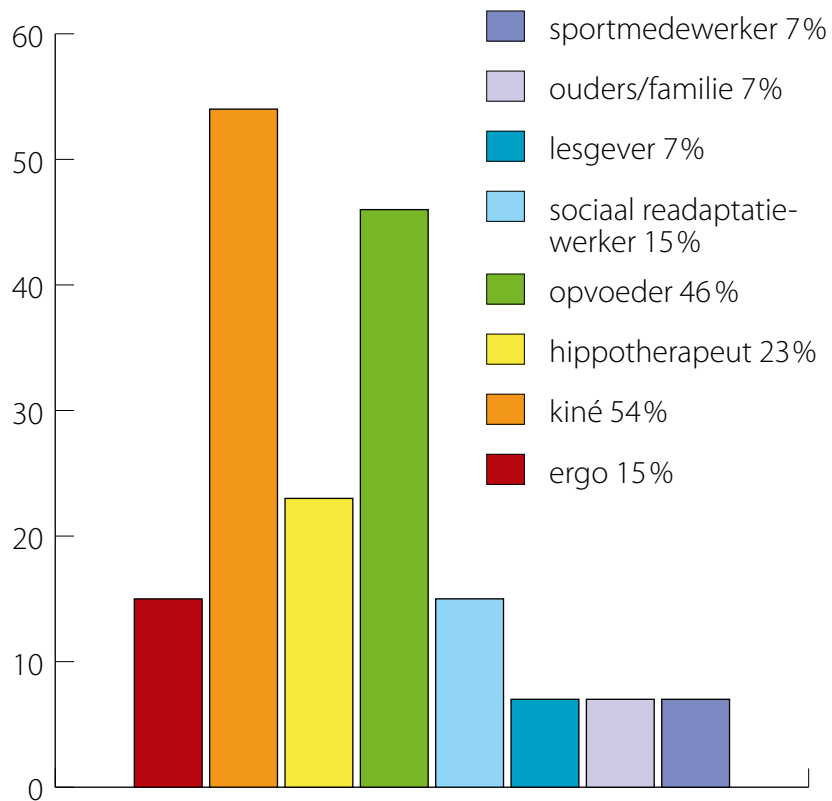
4. GROEPSGROOTTE BIJ EAT

De **grootte van de groep** mensen die een sessie EAT ervaren heeft een gemiddelde van 4 personen.

De variatie is echter groot, er kan individueel gewerkt worden, naast het feit dat er ook groepen van 15 personen bestaan.

5. DISCIPLINES

Uit de bevraging wordt duidelijk dat een waaier aan disciplines binnen de **begeleiding** bestaat (zie tabel 3). De taken worden gedeeld door zowel interne als externe begeleiders en uit praktijk blijkt dat meestal de kinesitherapeuten en de opvoeders hiervoor in aanmerking komen. Daarnaast zijn de hippotherapeuten in opmars, samen met de sociaal werkers. Ook ergotherapeuten, lesgevers en familie worden ingeschakeld in de begeleiding van EAT.



Tabel 3: betrokken disciplines

6. DE ROL VAN PERSONEN MET NAH TIJDENS EAT

De rol die een persoon met nah tijdens het eat moment krijgt hangt vaak af van de ernst/gradatie van het letsel, hun mogelijkheden en onlosmakelijk ook hun beperkingen.

In een aantal gevallen (**38%**) krijgen de personen met een NAH **geen verantwoordelijkheid**. Het paard (of huifbed) staat verzorgd en opgezadeld klaar en de personen met een NAH worden erop geplaatst voor positionering of voor enkele oefeningen in stand of

stap. Ook geleide wandelingen of lichte stuur oefeningen en gemakkelijke parcours kunnen uitgevoerd worden.

Bij meer dan de helft van de gevallen, (**54%**) krijgen de mensen met een NAH, meestal de meer mobiele personen, de **verantwoordelijkheid** zelf een 'geschikt' paard te kiezen, het van de stal/weide te halen, het te verzorgen, het op te zadelen en het te begeleiden naar de piste. Ze krijgen opdrachten om hun taken naar behoren en naar eigen mogelijkheden uit te voeren. Ze moeten zorgen voor het materiaal dat ze gebruiken en worden geacht ze op de juiste plaats terug te leggen. Het afzadelen en het paard terug op stal zetten kan ook door de persoon met een NAH gebeuren.

Personen die motorisch in staat zijn tijdens het stappen een stabiel evenwicht op het paard te vinden én op een verantwoorde manier weten om te gaan met het paard (en ook rekening kunnen houden met evt. mede ruiters), krijgen letterlijk de teugels in eigen handen. Personen die fysiek niet tot deze handelingen in staat zijn, kunnen betrokken worden bij elke haalbare deelhandeling, als de veiligheid hierbij kan gegarandeerd worden (paard vast houden, naar de stal brengen, helpen poetsen...).

Uiteraard varieert de verantwoordelijkheid afhankelijk van de mogelijkheden van de persoon met NAH en de veiligheid die de begeleider moet waarborgen. Toch lijkt elke stap de moeite waard getraind te worden, niet enkel motorisch, maar ook op psychisch en cognitief vlak. Het geven van (gedeelde) verantwoordelijkheid geeft vaak opmerkelijke resultaten en observaties. Het leunt aan bij het ervaringsgericht leren en biedt de mensen met een NAH een waaier aan mogelijkheden om oplossingen te zoeken voor allerlei problemen waarmee zij worden geconfronteerd (zowel fysiek, psychisch als cognitief).



Onder verantwoordelijkheid nemen wordt ook het zorg dragen voor het paard verstaan, het op een verantwoorde manier omgaan met het dier is soms een doelstelling op zich; het niet slaan, het belonen.

7. AANPASSINGEN BIJ 'KLASSIEKE EAT' NAAR SPECIFIEKERE AANSLUITING BIJ NAH

Bij het verwerken van de vragenlijsten wordt gemeld dat er weinig specifieke aanpassingen worden gedaan naar de NAH groep die EAT volgt. Meestal leunt ze aan bij de groep van meervoudige handicaps en worden voornamelijk aanpassingen gedaan naar hulpmiddelen (zie bij hulpmiddelen en materiaal).

Aangezien de diversiteit aan mogelijkheden en beperkingen zo groot is wordt vaak voor een individueel aanpak geopteerd. Deze

bestaat vaak uit een andere benadering in gesprekswijze naar de patiënt. Er wordt met name meer ruimte gelaten voor het emotionele aspect in de begeleiding.

De lat wordt meestal niet te hoog gelegd, zodat doelstellingen zowel voor personen met een NAH als voor de begeleiding haalbaar blijven.

Het werken met EAT als middel bij personen met een NAH vraagt voortdurende bijsturing, zowel naar de doelen en aanpak van de begeleiding naar de patiënten toe, maar ook naar overleg met de manege.

8. KNELPUNTEN

We polsten of de begeleiding knelpunten ervaart in het organiseren of uitvoeren van EAT bij mensen met een NAH.

Knelpunten in het werken met personen met NAH binnen het EAT moment situeren zich op verschillende vlakken. In de vragenlijst werden verschillende obstakels vermeld:

- * de vraag naar EAT is groter dan het aanbod;
- * de begeleiding van een sessie vraagt een grote personeelsinvestering. Bij minder mobiele mensen zijn vaak twee begeleiders vereist;
- * zowel naar tijdsduur als naar frequentie vergt EAT een grote tijdsinvestering;
- * daarnaast komt ook het vervoersprobleem naar voor, zeker bij minder mobiele of rolstoelgebonden personen;
- * er zijn niet steeds voldoende én aangepaste paarden voor handen in de maneges die zich open stellen naar EAT voor minder mobiele personen;
- * zware fysieke beperkingen vormen soms een obstakel naar verloop van een EAT sessie, zeker als men geen beroep kan doen op hulpmiddelen;

* niet enkel moeten bepaalde hulpmiddelen speciaal ontworpen worden, maar ook de paarden moeten het werken met of rond hulpmiddelen verdragen of gewend worden. Het werken met minder mobiele personen met een NAH vraagt vaak veel creativiteit van de begeleiding tijdens hun zoektocht naar oplossingen toe.

9. OPMERKINGEN, BEMERKINGEN, VRAGEN

We eindigden onze vragenlijst met het polsen naar opmerkingen en vragen. We merkten dat de interesse naar EAT als middel bij mensen met een NAH groot is. De mensen die reageerden vragen opvolging van het project en tonen interesse in de gids. Er wordt opgemerkt dat er weinig literatuur of publicaties rond dit onderwerp voorhanden zijn. Er is evenmin veel overleg of communicatie tussen de verschillende instellingen die EAT voorzien, wat de nood en zinvolheid aan opleiding en bijscholing onderlijnt. Veelal wordt



EAT door begeleiders ervaren als therapie die groeide door vallen en opstaan, uit eigen expertise, door ervaring.

Er is nood aan een overzicht van maneges die zich openstellen voor het gebruik van voldoende aangepaste paarden voor het werken met personen met een NAH.

De vraag naar mogelijkheid om als NAH individu, los van een instelling of voorziening, EAT te kunnen volgen wordt meermaals gesteld. Daarmee samenhangend komt de vraag naar hippotherapeuten die op zelfstandige basis werken en zich openstellen naar het werken met personen met een NAH.



PRAKTISCHE BEVINDINGEN VANUIT DE VRAGENLIJST



Een van de doelstellingen binnen dit project zijn doelstellingen en concrete informatie en praktische oefeningen aanbieden die aangevend kunnen worden tijdens EAT sessies voor personen met NAH. De informatie die hieronder is opgenomen werd gehaald uit de vragenlijst.

In onderstaande lijsten worden enkel handvaten aangeboden. De lezer moet zich ervan bewust zijn dat deze onvolledig zijn en er steeds verdere aanvullingen dienen te gebeuren afhankelijk van de situatie, de mogelijkheden, de doelstellingen binnen de therapie.

Om praktische redenen staan de doelstellingen en oefeningen per categorie ingedeeld, maar oefeningen en doelstellingen kunnen soms ook passen bij andere categorieën. Verder is het belangrijk op te merken dat niet enkel een klare doelstelling belangrijk is, maar ook de wijze waarop deze bereikt kan worden. Een persoon met NAH vraagt een begeleiding afgestemd op zijn mogelijkheden, zo zal iemand met executieve problemen veel meer procesbegeleiding vragen, of iemand met moeilijkheden om emoties te herkennen meer verbale ondersteuning moeten krijgen.

DOELSTELLINGEN

Meest voorkomende doelstellingen vanuit de vragenlijst	
FYSIEKE	<ul style="list-style-type: none"> * Trainen van evenwicht en balans * Verbeteren van de rompcontrole * Verbeteren van de zit/de houding * Verbeteren van de tonusregeling * Verminderen van de spasticiteit * Verbeteren van de coördinatie * Versterken van de spieren * Verbeteren van het lichaamsschema
COGNITIEVE	<ul style="list-style-type: none"> * Leren luisteren naar opdrachten * Leren uitvoeren van de opdrachten * Leren observeren * Verbeteren van ruimtelijke oriëntatie * Trainen van geheugen * Verbeteren van het concentratievermogen * Verbeteren van het doorzettingsvermogen
PSYCHISCHE	<ul style="list-style-type: none"> * Activeren * Motiveren * Werken aan zelfvertrouwen * Leren inschatten van gevaar * Meer zelfbeheersing krijgen * Eigen veiligheid leren garanderen * Lichaamsbeeld verbeteren/corrigeren * Verhogen van ziekte-inzicht * Eigen mogelijkheden (her)ontdekken * Verhogen van verantwoordelijkheidsgevoel * Aanbieden van nieuwe ervaringen * Aanbieden van positieve ervaringen * Werken rond emoties * Samenwerken uitlokken

OEFENINGEN

Oefeningen naast het paard	
VERZORGING	<ul style="list-style-type: none"> * Paard uit de stal halen en terugbrengen naar de stal * Paard strelen (ev. Met gesloten ogen) * Paard borstelen * Hoeven reinigen van het paard * Paard opzadelen en afzadelen * Paard van op een afstand bekijken en benoemen wat men ziet * Zwakke plekken zoeken bij het paard * Plaatsen zoeken waar het paard graag gestreeld wordt
GRONDOEFENINGEN	<ul style="list-style-type: none"> * Naast het paard stappen * Hindernissenparcours met paard afleggen * Paard in de richting laten lopen die gevraagd wordt * Figuren stappen met het paard (slalom, cirkel, ...) * Naar bepaalde letters stappen met het paard * Paard laten stoppen * Samen met paard tussen steeds dichterbij elkaar staande hindernissen stappen * Paard van richting laten wisselen * Paard zijwaarts wegduwen * Paard enkele stappen achterwaarts laten stappen * Paard sneller laten stappen * Paard langzamer laten stappen * Paard los laten en laten volgen * Paard in vrijheid los laten in de piste en terug nemen * Achterwaarts meelopen met het paard

Oefeningen op het paard	
SOLOZIT MET STILSTAAND PAARD	<ul style="list-style-type: none"> * Werken met of zonder zadel, of met hulpstukken * Ogen sluiten * Rondom zich kijken (kijken naar letters of figuren) * Paard strelen * Handen los naast het lichaam laten * Handen zo hoog mogelijk uitsteken * Paard aanraken zo ver het kan * Paard achteraan aanraken (zowel links als rechts) * Vooroverliggen op het paard * Achteroverliggen op het paard * Neerwaartse beweging maken en terug rechtkomen * Zijdelings op het paard gaan zitten * Omgekeerd op het paard gaan zitten * Dwars over de rug van het paard gaan liggen * Van links naar rechts bewegen * Een voorwerp in een doel gooien * Feldenkraisoefeningen (Denys B., Feldenkrais therapeut)
SOLOZIT MET STAPPEND PAARD EN EVENTUELE BEGELEIDER(S)	<ul style="list-style-type: none"> * Werken met of zonder zadel, of met hulpstukken * Stappen, zich daarbij vasthoudend aan het zadel * Stappen zonder zich vast te houden aan het zadel * Stappen over balken * Hindernissenparcours afleggen

Oefeningen op het paard	
DUOZIT MET STILSTAAND PAARD	<ul style="list-style-type: none"> * Werken met of zonder zadel, of met hulpstukken * Positioneren * Evenwichtsoefeningen * Kijken naar voorwerpen rondom zich * Oefeningen voor de spiegel * Los zitten * Relaxatioefeningen * Feldenkraisoefeningen
DUOZIT MET STAPPEND PAARD	<ul style="list-style-type: none"> * Idem als de oefeningen vermeld hierboven

HULPMIDDELEN, MATERIAAL

Het materiaal en de hulpmiddelen die hieronder zijn opgenomen, zijn middelen die het meest naar voor kwamen vanuit de vragenlijst.

Uiteraard dient telkens rekening gehouden te worden met de individuele noden van de cliënten.

Voor een uitgebreid overzicht over allerlei bestaande hulpmiddelen verwijzen we naar de website <http://www.verenigingfpg.nl/>

MATERIAAL	HULPMIDDELEN
<ul style="list-style-type: none"> * Het klassieke materiaal dat nodig is om te rijden (zadel, zadeldeken, hoofdstel, halster, ...) * Voltigesingel met ring * Voltigesingel met zijwaartse handgrepen * Spelmateriaal (springbalken, kegels, letters/afbeeldingen, spiegels, grote en kleine ballen, allerlei hindernissen, ...) * Lange teugel * ... 	<ul style="list-style-type: none"> * Gekleurde (lussen)teugel * Éénhandsteugel * Klittenbandzadel * Antirolbeugel * Plat zadel (om bijzitten van begeleiding te vergemakkelijken) * Verschillende opstapsystemen (klein opstapje, opstapperron, hellend vlak, tillift) * ...

CONCRETE SESSIE EAT IN DE VERSCHILLENDE INSTELLINGEN

Aan de hand van de resultaten uit de vragenlijst is het duidelijk dat er een rijke variatie bestaat in de wijze waarop een EAT sessie kan worden ingevuld.

Daar wij ons niet bekwaam voelden om te beschrijven hoe een therapiemoment in een bepaalde voorziening verloopt, hebben we elke voorziening gemaïld die ons de vragenlijst ingevuld hadden teruggestuurd. We hebben hen gevraagd om in een 15-tal lijnen uit te leggen hoe een sessie bij hen verloopt. Een aantal hebben gereageerd. Bij diegenen die niet gereageerd hebben, hebben we enkel datgene wat ze in de vragenlijst hadden ingevuld kunnen overnemen.

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH BINNEN PCC, MELLE

Katia Holderbeke, ergo- & hippotherapeute

De groep NAH die EAT volgt is betrekkelijk klein (2, 3 of 4 personen) met telkens 2 therapeuten (een kinesitherapeut en een ergotherapeut die tevens de opleiding EAT heeft gevolgd).

De doelstellingen binnen deze groep zijn vooral van psychische aard. Er wordt o.a. gewerkt aan het verhogen van het ziekte-inzicht, aan executieve problemen (plannen, organiseren, uitvoeren) aan contactproblemen...

De cliënt krijgt zoveel mogelijk verantwoordelijkheid binnen de EAT. Hij moet zelf op zoek gaan naar wat hij allemaal nodig heeft én hoe hij zijn doel wil bereiken. Dit start reeds van bij het verlaten van de afdeling en eindigt pas wanneer ze terugkomen op de afdeling.

Wat er gedaan wordt hangt af van de fysieke en psychische toestand van de cliënt en kan gaan van zelf een paard kiezen, het zelf uit de stal halen, verzorgen, al dan niet opzadelen, grondoefening,

oefeningen op het paard tot het paard terug afzadelen en terugzetten in de stal.

Er wordt getracht de cliënt zelf zoveel mogelijk te laten ervaren. De EAT betekent een plaats waar ze veilig kunnen experimenteren en (her)ontdekken.

Een sessie duurt gemiddeld 1 à 1,5u.

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH BINNEN ONS ERF, BRUGGE

Sabine Vande Velde

Het huifbed en de paarden staan al ingespannen wanneer de cliënten toekomen.

Wanneer er nog enige vorm van bewustzijn is, sta ik er vooral op dat men eerst kennis maakt met de paarden,

De geur en het gesnuffel van de dieren brengt heel dikwijls rust bij hen en voor hen die het eerder al deden is dit een vorm van herkenning.

Daarna wordt de persoon met een tilnet op de juiste plaats gebracht op de ruggen van de paarden (rekening houdend met mogelijke fysieke problemen).

Dan volgt er een wandeling van een twintigtal minuten. Het tempo van de paarden wordt aangepast aan de vraag van de cliënt (trager of sneller staptempo).

Persoonlijk houd ik er wel van om op een verharde weg te rijden, niet alleen het geluid van het hoefgetrappel maar ook de manier van stappen is anders dan op het onverharde.

Daarna wordt de persoon terug van het bed getild. Bij heel wat personen merk je een volledige ontspanning van het lichaam.

De sessie wordt dan al of niet afgerond door de cliënt terug in rechtstreeks contact met de paarden te brengen. Sommigen vinden het

fijn om het paard een snoep te geven of gewoon op hun manier 'bedankt' te zeggen...

HIPPOTHERAPIE BIJ MENSEN MET EEN NAH IN ZIEKENHUIS INKENDAAL, VLEZENBEEK

Van Laethem Hilde, kinesitherapeut.

De Vuyst Jacqueline, sociaal readaptatiewerker.

EAT bij NAH-patiënten binnen Ziekenhuis Inkendaal wordt gezien als een multidisciplinair gebeuren, dat wekelijks terugkomt.

Het omvat veel meer dan enkel de motorische context, het sociale luik wordt niet uit het oog verloren.

De activiteit vangt reeds aan bij het vertrek. De patiënten worden voorzien van aangepaste kledij en worden naar de bus gebracht. Zij blijven dus niet binnen de vaste structuren van het ziekenhuis en dit is voor ons reeds een moment van resocialisatie. De verandering van omgeving, contacten met andere mensen én de dieren kunnen zeer stimulerend werken, wat zich kan vertalen in een meer open houding/gedrag.

Daar aangekomen worden drie patiënten geïnstalleerd als toeschouwer, de vierde patiënt wordt in contact gebracht met het paard en erop gepositioneerd.

De motorische doelstellingen zijn het verbeteren van de zitbalans en het inhiberen van de spasticiteit in de onderste ledematen.

Bij de zwakste patiënten wordt er enkel op het paard gepositioneerd. Nadien kan dit evolueren tot (samen met een begeleider achter de patiënt en qua veiligheid één of twee begeleiders ernaast) enkele rondjes stappen.

In nog een verder stadium kan het zijn dat de patiënt zelfstandig op het paard zit met een begeleider ernaast.

Het stappen met het paard kan ook aangevuld worden met kleine opdrachten: paard aanraken op bepaalde plaatsen, voorover buigen

op het paard en weer tot zit komen, slalommen, bal in korf gooien enz. Eens de patiënt dit kan, wordt de EAT afgebouwd. Het is immers allerm minst onze bedoeling ruiters te maken van onze mensen. Tegelijk wordt er ook getracht om de toekomstige patiënten bij de activiteit te betrekken en er zo een groepsgebeuren van te maken. Opzadelen en verzorging van de paarden behoren niet tot onze doelstellingen.

EAT BIJ PERSONEN MET EEN NAH IN DE VALIER, LIEDEKERKE

Sofie De Block

Bij droog weer worden er geleide wandelingen georganiseerd.

Bij regen worden er parcours – stuur en bewegingsoefeningen in de piste geoefend

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN TER DUINEN, BRUGGE

Griet Carlier&Lies Bourgonjon

Aankomst, paarden vasthouden (wordt door de manege opge-tuigd), rijden (stap) na al dan niet met hulp opstappen en/of met stoel, paarden vasthouden + enkelen brengen paarden naar de stal

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN VZW HIPPOC, OOSTERZELE

Ria De Ryck

Gewenning, losmaken, corrigeren, laten aanvoelen, bijleren, ontspanning

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN DAGCENTRUM EINDELIJK, BUGGENHOUT

Bea Van Den Broeck

1 uur of 30 minuten, afhankelijk van de patiënt (inleiding – sessie – afsluiten)

1. Verzorgen of contact leggen met het paard (hier worden reeds doelstellingen nagestreefd)
2. Sessie EAT al dan niet op het paard. Bij de huidige cliënten wordt er reeds gereden, doelstellingen worden nagestreefd, en individueel bepaald)
3. In een rustige sfeer het paard belonen en naar einde toe werken. Ook tijd vrijmaken om met de begeleider te praten.

EAT MET MENSEN MET EEN NAH IN REVALIDATIE FRIESLAND, NEDERLAND

Baudina Visser

Mensen komen aan op de manege en moeten zelf hun paard borstelen en opzadelen evt. met hulp. De lessen bestaan uit max. 4 personen, ieder heeft een eigen begeleider bij het paard. De oefeningen zijn afhankelijk van de groep en hoe de personen kunnen rijden. Na het rijden zelf afzadelen en evt. paarden voeren.

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN CLNR UZ, GENT

Lode Sabbe

Wij zitten met steeds wijzigende groepen. Slechts enkele patiënten kunnen gezien hun lange verblijfsduur in het CLNR meer dan één keer mee paardrijden.

Inhoudelijk beperkt zich dit tot 20 minuten rondstappen met de paarden in de manège. Dit onder begeleiding van een ergotherapeut en een kinesitherapeut alsook begeleiding vanuit manège zelf.

Bij patiënten met goede stabiliteit worden er soms ook evenwichts-oefeningen gedaan terwijl het paard stapt.

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN DOMEIN LEIEDAL, BISSEGEM

Deprauw Johan

Individueel verloop, 1 a 2 paarden samen.

EAT BIJ MENSEN MET EEN NAH IN MPI TER ENGELLEN, DEINZE

Veerle Campe

1. 'Stappen', zitten op de rug van het paard. Doel: beweging, motoriek, structuur, zinvolle activiteit.
2. Verzorging, paard borstelen, stal kuisen...
3. Hippo-kinesitherapie = kinésithérapie op een paard.
4. Huifbed voor de bewoners met heel beperkte mogelijkheden.
5. Koets: louter recreatief en tevens een uitlaatklep ten behoeve van onze paarden.

BESLUIT

Het doel van dit project was om een gids met een theoretisch en praktisch denkkader te kunnen aanbieden aan diegenen die werken met personen met NAH en EAT.

Wij hebben getracht om niet alleen onze visie te belichten, maar ook om de informatie die we mochten ontvangen van anderen op te nemen in deze bundel. Dit omdat wij ons er terdege van bewust zijn dat de visie die wij hanteren niet de enige visie is.

Via het werken met een vragenlijst hebben we een beeld proberen te vormen van hoe er EAT gegeven wordt aan personen met NAH binnen Vlaanderen.

We stellen vast dat er in de eerste plaats weinig literatuur te vinden is over de combinatie NAH en EAT. Beide domeinen zitten in een belangrijke groeifase, waarbij meer en meer nadruk komt te liggen op het omgaan met gedragsmoeilijkheden. Bij onze bevraging merken we dat de groep NAH sterk verspreid zit tussen andere doelgroepen en op deze manier nog weinig specifieke aanpak voorzien is voor personen met NAH. Tevens stellen we vast dat de problematiek van een persoon met NAH erg divers kan zijn en dat een therapeutisch aanbod tegelijk ruim én specifiek moet kunnen zijn. Door die diversiteit is het moeilijk de benadering naar deze doelgroep kort te omschrijven, een individuele invulling binnen de globaal afgesproken benadering voor personen met NAH is altijd noodzakelijk.

De diversiteit aan het aanbod lijkt de diversiteit in het beeld van de personen met NAH wat te weerspiegelen, maar evengoed is het een indicatie voor de rijkdom aan mogelijkheden die een therapievorm als EAT heeft. De vraag blijft hoe deze het best aangewend kan worden bij personen met NAH om haar therapeutische mogelijkheden ten volle te benutten.

Tijdens het uitwerken van dit project hebben we ervaren dat de nood en de vraag naar een opleiding EAT groot is. Het volgen van zo een opleiding, die nu reeds voorhanden is binnen Vlaanderen (zie bijlage), is geen overbodig iets. Een sterke therapeutische achtergrond en een degelijke kennis van het paard zijn heel belangrijk voor een kwaliteitsvolle sessie EAT. Evenzeer blijkt dat de kennis over de klinische beelden bij personen met NAH ook noodzakelijk is om ten volle gebruik te maken van de therapeutische mogelijkheden van EAT. Opleiding en training zijn ook in dit domein aangewezen.

Wij hebben met het schrijven van deze gids vooral een aanzet willen geven om informatie die reeds voorhanden is te delen met voorzieningen die ook met deze doelgroep werken. Wij hopen dat deze gids uitnodigt om deze materie uit te diepen en dat deze gids een uitnodiging is naar meer communicatie en samenwerking tussen verschillende voorzieningen.



NUTTIGE WEBSITES EN ADRESSEN

- * www.hippocampus-nl.com (Instituut EAT in Nederland)
- * www.pegasuseurope.be (Europese Website EAT)
- * www.verenigingfpg.nl (Hulpmiddelen EAT)
- * www.tinkerbed.be (Hulpmiddel EAT)
- * www.vzwcoma.be (info NAH)
- * www.handimove.be (Hulpmiddelen)

- * www.kbs-frb.be (Koning Boudewijnstichting – Lode Verbeeck)
fonds.lode.verbeeck@skynet.be

- * www.senvzw.be (webstek steunpunt expertisenetwerk o.a. NAH)
- * www.sig-net.be (diverse opleidingen o.a. NAH)

- * Arteveldehogeschool Campus SLP, COMPAHS
verantwoordelijke opleiding EAT: Godi De Vos
Sint Lievenspoortstraat 143, 9000 Gent, telefoon 09 269 91 17
e-mail: godi.devos@arteveldehs.be

MET DANK AAN

ZIEKENHUIS INKENDAAL

Inkendaalstraat 1, 1602 Vlezenbeek
contactpersonen: De Vuyst Jacqeline & Van Lathem Hilde
Jacqueline.devuyst@inkendaal.be

REVALIDATIE FRIESLAND

Hoofdstraat 1, Beesterzwaag (NL)
contactpersoon: Baudina Visser
Baudina.visser@revalidatie-freisland.nl

CLNR UZ GENT

Dienst ergotherapie NAH unit, De Pintelaan 185, 9000 Gent,
contactpersoon: Lode Sabbe
Lode.sabbe@uzgent.be

MPI MARIA TER ENGELEN

Dorpsstraat 4, 8650 Klerken
Contactpersoon: Veerle Campe
Veerle.campe@mariaterengelen.be

DVC HEILIG HART

Leernestwg 53, 9800 Deinze
Contactpersoon: Dries Pattijn
sport@dvcheilighart.be

DOMEIN LEIEDAL

Kruiskouter 50, 8501 Bissegem
Contactpersoon: Johan Depauw
info@domeinleiedal.be

ONS ERF

Chartreuseweg 53, 8200 Brugge
contactpersoon: Sabine Vandeveldde
Sabine.vandeveldde@onserf.be

EINDELIJK

Kasteelstraat 16^a, 9255 Buggenhout
contactpersoon: Bea Van Den Broeck
bea.vdb@dagcentrum-eindelijk.be

DOMINIEK SAVIO

Gits
contactpersonen: Daniel Bens & Brigitte Buyse

DE VALIER

Kleemputtenstraat 60, 1770 Liedekerke
contactpersoon: Sofie De Block

TER WILGEN RONSE

Contactpersoon: Leen Snoeck
leen.snoeck@terwilgen.zvl.org

HIPPOC

Moortelbosstraat 33^a, 9860 Oosterzele
contactpersoon: Ria De Ryck
hippoc.ria@scarlet.be

TER DUINEN

Potterierei 77, 8000 Brugge
contactpersonen: Griet Carlier & Lies Bourgonjon
ter.duinen@pandora.be

PSYCHIATRISCH CENTRUM CARITAS

Caritasstraat 76, 9090 Melle
Contactpersonen: Katia Holderbeke, Marie De Wispelaere,
Dr. Carla De Meuleneire
reva@pccaritas.be

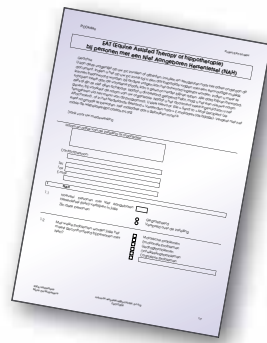
LITERATUURLIJST

- * *Eilander H., Van Belle-Kusse P. & Vrancken P. (1998).*
Ze zeggen dat ik zo veranderd ben.
Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel.
- * *Lannoo E., Brusselmans W., Van Eynde L., Van Laere M. & Stevens J. (2004).*
Epidemiology of acquired brain injury (ABI) in adults: Prevalence of long term disabilities and the resulting needs for ongoing care in the region of Flanders, Belgium.
- * *Ansoms, A., Crombé, A., De Roo, B., Lannoo, E., Van Mechelen, G., Van Weddingen, M., ism SEN.*
Een niet-aangeboren hersenletsel. Wat nu?
- * *Van Bost, G., Lorent, G. & Crombez, G. (2005).*
Aanvaarding na niet-aangeboren hersenletsel. Gedragstherapie, 38(4), 245-262.
- * *Brusselmans, W., Lannoo, E., Van Eynde, L., & Van Laere, M. (2000).*
Behoeftinventarisatie van personen met een niet-aangeboren hersenletsel. In opdracht van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. www.vzwcoma.be.
- * *Lannoo, E., Brusselmans, W., Van Eynde, L., Van Laere, M., & Stevens, J. (2004).*
Epidemiology of acquired brain injury (ABI) in adults: Prevalence of long-term disabilities and the resulting needs for ongoing care in the region of Flanders, Belgium. *Brain Injury*, 18(2), 203-211.
- * *Burke, W. (1988).*
The consequences of traumatic brain injury. In: Burke, W., Blackerby, W. & Wesolowski, M. (Eds.). *HDI Professional series on traumatic brain injury (Nº. 1) Head Injury Rehabilitation: An overview.* HDI Publishers, Houston.
- * *Katia Holderbeke, N°vember 2005, Pegasus.*
Eindwerk: Equine Assisted Therapy bij personen met een niet-aangeboren hersenletsel en psychische problemen ,
- * *Pegasus, Leonardo Da Vinci, Arteveldehogeschool*
Cursus EAT 2004
- * *Lorent, G., Peeters, L., Debaenst, T. (2004).*
The adventure of engaging traumatic brain injured patients in a therapeutic challenge course program. In Bandoroff, S & Newes, S. (red.): *Coming of age, the evolving field of adventure therapy.* Boulder: Association for Experiential Education.
- * *Ingrid Strauss.*
Feldenkraismethode und Hippotherapie, *Therapeutisches Reiten* 3/97,24. Jahrgang.
- * *Gass, M.A. (1993).*
Adventure Therapy: Therapeutic applications of adventure programming. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
- * *Claeys, M., Cordenier G., De Vrieze, C., Lafosse, C., & Van Hove, H. (2002).*
NAH in Vlaanderen Vandaag: Zorgvernieuwing. Destelbergen: SIG.

BIJLAGE

VRAGENLIJST

EAT (EQUINE ASSISTED THERAPY OF HIPPOThERAPIE) BIJ PERSONEN MET EEN NIET AANGEBOREN HERSENLETSEL (NAH)



Geachte,

U kan deze vragenlijst op uw pc invullen of afprinten, invullen en terugsturen naar het adres onderaan dit document.

Indien u het op uw pc invult zal u zien dat bepaalde vragen met een eenvoudige muisklik kunnen beantwoord worden, bij andere vragen kan het antwoord ingetypt worden. Indien u meer te schrijven heeft dan de voorziene plaats, kan u gewoon verder blijven typen. Alle data blijven bewaard, zelfs al zijn ze niet allen zichtbaar.

Nadat u dit bestand geopend hebt, mag u het een nieuwe naam geven, bij voorkeur de naam van uw organisatie.

Nadat u het document heeft ingevuld kan u het terugsturen via het menu van dit programma.

U kiest hiervoor: File > Send to > Mail Recipient (As Attachment), of in het Nederlands: Bestand > Verzenden naar > E-mailadres (als bijlage).

Dank voor uw medewerking

naam en adres van de instelling of organisatie:

.....

contactpersoon:

tel.....

fax.....

e-mail.....

I NAH

1.1 Hoeveel personen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) verblijven in jullie instelling?

Zijn deze personen: Gegroepeerd – Verspreid over de instelling

1.2 Met welke problemen worden jullie het meest geconfronteerd bij personen met NAH?

Motorische problemen

Emotionele problemen

Gedragsproblemen

Ontwikkelingsproblemen

Cognitieve problemen

.....

II NAH EN EAT

2.1 Wanneer er geen EAT gegeven wordt binnen de instelling/organisatie, komt dit omdat:

Het onbekend is

Het praktisch niet mogelijk is

Er geen gekwalificeerd personeel voorhanden is

Het budget dit niet toelaat

- Er geen interesse is

- 2.2 Hoe gebeurt de begeleiding bij personen met een NAH tijdens de EAT?
- Met interne begeleiders
 - Opvoeder
 - Ergotherapeut
 - Kinesitherapeut
 - Hippotherapeut
 - Logopedist
 - Psycholoog
 - Met externe begeleiders
 -
- 2.3 Uit hoeveel personen met NAH bestaat de EAT groep?

- 2.4 Zijn er criteria die deelname aan de EAT uitsluiten? Ja
 Nee
- Zo ja, welke
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> medicatie | <input type="checkbox"/> communicatie-stoornissen |
| <input type="checkbox"/> epilepsie | <input type="checkbox"/> psychotisch gedrag |
| <input type="checkbox"/> mobiliteit | <input type="checkbox"/> hypogedrag |
| <input type="checkbox"/> blaascontrole | <input type="checkbox"/> hypergedrag |
| <input type="checkbox"/> stoelgangcontrole | <input type="checkbox"/> fysieke agressie |
| <input type="checkbox"/> veiligheid | <input type="checkbox"/> roepgedrag |
| <input type="checkbox"/> tekort aan personeel | <input type="checkbox"/> seksuele ontremming |
| <input type="checkbox"/> budget | <input type="checkbox"/> subcoma |
| <input type="checkbox"/> ADL-afhankelijkheid | <input type="checkbox"/> motivatie |
| <input type="checkbox"/> verwardheid | <input type="checkbox"/> cognitieve stoornissen |
| <input type="checkbox"/> | |

- 2.5 De EAT gaat: Op regelmatige basis door
- Wekelijks
 - Maandelijks
 -
 - Sporadisch door
 - Gelimiteerd
- 2.6 Wat is het hoofddoel binnen de EAT bij personen met NAH?
- Therapeutische behandeling
 - Recreatief/vrije tijd
- 2.7 Wanneer er therapeutisch gewerkt wordt, is het hoofddoel
- Motorisch / revalidatie
 - Psychisch / emotioneel / gedragsmatig
 - Vrije tijd
 - Resocialisatie
 - Ontwikkelingsgericht
 -
- 2.8 Ondervinden jullie knelpunten tijdens het geven van EAT?
- Organisatorisch.....
 - Motorisch.....
 - Hulpmiddelen
 - Andere.....
 - Geen.....
- 2.9 Wat zijn voor jullie de belangrijkste resultaten van EAT bij personen met een NAH?
- op motorisch vlak.....
 - op emotioneel vlak.....
 - op cognitief vlak.....
 - op gedragsmatig vlak.....
 - op relationeel vlak.....

De volgende vragen maken de essentie uit van het project EAT bij NAH. We willen hierbij verschillende invalshoeken belichten en niet alleen onze keuze van benaderen. We durven daarom vragen naar jullie specifieke wijze van werken. Indien jullie ons bestaand tekstmateriaal kunnen bezorgen dat hierop al een antwoord geeft is het onnodig de volgende vragen in te vullen. Uiteraard bewaken we bij het bespreken van deze en andere gegevens de correcte bronvermelding.

2.10 Hoe verloopt inhoudelijk het EAT-moment?
.....

2.11 Welke aanpassingen werden aan 'klassieke' hippotherapie gedaan om tegemoet te komen aan de specifieke doelgroep NAH? Op welke wijze werd aangepast (zowel naar doelstelling als naar middelen)?
.....

2.12 Krijgt de persoon met NAH tijdens de EAT een bepaalde verantwoordelijkheid?
 Nee
 Ja
Zo ja, welke?

2.13 Wanneer jullie gebruik maken van grondoefeningen, kunnen jullie hiervan voorbeelden en/of doelstellingen geven?
.....

2.14 Wanneer jullie gebruik maken van oefeningen op het paard, kunnen jullie hiervan voorbeelden en/of doelstellingen geven?
.....

2.15 Wanneer jullie gebruik maken van aangepast materiaal, kunnen jullie deze dan specificeren?

III PRAKTISCH

3.1 Hebben jullie contact met andere instellingen/organisaties die werken met NAH en EAT?

- Nee
- Ja

3.2 Zo ja, welke, contactpersoon en (mail)adres?
.....

3.3 Beschikken jullie over literatuur / artikels / eigen publicaties rond NAH en EAT die voor deze gids zinvol kunnen zijn?

- Nee
- Ja
Zo ja, welke?

3.4 Mogen jullie gegevens gebruikt worden voor verwerking in een gids rond EAT en NAH?

- Nee
- Ja

3.5 Wensen jullie op de hoogte gehouden te worden in de opvolging van dit project?

- Nee
- Ja

3.6 Wanneer jullie dit wensen, kunnen jullie hieronder nog verdere aanvullingen / opmerkingen geven.
.....

Dank voor de medewerking!

COLOFON

auteurs: Marie De Wispelaere
mariedewispelaere@skynet.be

Katia Holderbeke
katia.holderbeke@gmail.com

vormgeving en fotografie: Henk van den Fonteyne
henk@pccaritas.be

pr-verantwoordelijke: Johan Demets
johan.demets@pccaritas.be

dit is een uitgave van:



Psychiatrisch Centrum Caritas
Caritasstraat 76
9090 Melle
telefoon 09 252 16 45
www.pccaritas.be



© Psychiatisch Centrum Caritas
Caritasstraat 76, 9090 Melle

