kennis over zien

TAST

Programma voor de begeleiding van cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking

Datum publicatie: 27-10-2026

Dit werkblad is gebaseerd op het werkblad van de volgende kennisinstituten: RIVM, Vilans, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Trimbos Instituut, Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:

Bartiméus · Visio · Robert Coppes Stichting · macula vereniging · Oogvereniging

Colofon

Ontwikkelaar/licentiehouder van de interventie of methodiek
Naam organisatie: Bartiméus
E-mail: expertisecentrum-doofblindheid@bartimeus.nl

Website (van de interventie of methodiek): TAST: een compleet zorgprogramma voor mensen met een beperking in horen én zien | Kennisoverzien

Contactpersoon
Vul hier de contactpersoon voor de interventie of methodiek in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.
Naam: Annelies Braad & Mijkje Worm
E-mail: expertisecentrum-doofblindheid@bartimeus.nl; info@kennisoverzien.nl

Referentie in verband met publicatie
Naam auteur interventie- of methodiekbeschrijving: Mijkje Worm. Met medewerking van Annelies Braad, Noortje Staal en Pauline Jaegers.
Titel interventie of methodiek: TAST
Databank(en): Kennis Over Zien-databank
Plaats, instituut: Zeist, Bartiméus
Datum: 27-10-2026

Inhoudsopgave

Samenvatting 4
1. Uitgebreide beschrijving 6
   1.1 De doelgroep 6
      Uiteindelijke doelgroep 6
      Intermediaire doelgroep 6
      Selectie van doelgroepen 6
      Betrokkenheid doelgroep 7
   1.2 Doel 7
      Hoofddoel 7
      Subdoelen 8
   1.3 Aanpak 9
      Opzet van de interventie of methodiek 9
      Inhoud van de interventie 10
2. Uitvoering 13
      Materialen 13
      Locatie 13
      Opleiding en competenties van de uitvoerders 14
      Kwaliteitsbewaking 14
      Randvoorwaarden 15
      Implementatie 15
      Kosten 16
3. Onderbouwing 19
      Aard van het probleem 19
      Spreiding, ernst en omvang 20
      Gevolgen 21
4. Procesevaluatie 23
5. Werkzame elementen 24
6. Literatuur 25

Samenvatting

Doelgroep

TAST is bedoeld voor volwassenen en kinderen met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking die wonen in een zorginstelling. Het programma is bedoeld om hun kwaliteit van leven te vergroten. Om dat te bereiken richt het zich op het vergroten van competenties van begeleiders, gedragsdeskundigen, teamleiders en andere betrokken professionals die de dagelijkse ondersteuning vormgeven.

Doel

Het doel van TAST is dat cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking meer kwaliteit van leven ervaren. Dat gebeurt doordat TAST begeleiders helpt om uniform, systematisch en cliëntgericht te werken, passend bij de tactiele waarneming, belevingswereld en communicatiemogelijkheden van de cliënt.

Aanpak

TAST is een doorlopend programma waarin de hele zorg wordt ingericht volgens vier inhoudelijke gebieden: tactiele waarneming, activiteiten met betekenis, steun in zelfstandigheid en taal en (lichaamsgebonden) communicatie. De aanpak omvat een zorgplancyclus met werkvormen en een scholingscyclus voor begeleiders, zodat specialistische begeleiding structureel wordt ingebed.

Materiaal

TAST heeft een (digitaal) boek, waarin het programma wordt beschreven. Er is daarnaast een map met daarin de werkvormen. Voor de uitvoering zijn er profielvragenlijsten in het rapportagesysteem, een e-learning, ervaringsoefeningen en scholingsmaterialen beschikbaar. Er is een flyer met korte informatie over TAST, om een eerste indruk te krijgen van het programma.

Onderbouwing

TAST is ontwikkeld voor cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking, voor wie optimale ontwikkeling niet vanzelfsprekend is. Door hun andere manier van waarnemen, informatie verwerken en communiceren hebben zij specialistische ondersteuning nodig die is afgestemd op hun waarneming en belevingswereld. TAST sluit aan bij vier samenhangende gebieden die cruciaal zijn voor hun functioneren: tactiele waarneming, activiteiten met betekenis, steun in zelfstandigheid en taal en (lichaamsgebonden) communicatie. Het programma ondersteunt begeleiders om systematisch en eenduidig te handelen in de dagelijkse zorg én in de planning van deze ondersteuning.

Onderzoek

TAST is in 2024-2025 op een systematische manier ontwikkeld via de methode Intervention Mapping. In 2026 wordt het geïmplementeerd binnen het woon- en dagbestedingscluster Beperking in horen en zien van Bartiméus. De procesevaluatie loopt gedurende dit implementatietraject en omvat evaluaties met behandelteams, gesprekken met uitvoerende begeleiders en evaluatieformulieren na uitvoering van werkvormen. De uitkomsten worden gebruikt om het programma verder bij te stellen.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 De doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Volwassenen en kinderen met een beperking in horen én zien (doofblindheid) en een verstandelijke beperking, woonachtig in een zorginstelling.

De beperking in horen én zien kan vastgesteld worden via de medische definitie (voldoend aan de medische criteria voor een visuele beperking en die van een auditieve beperking) of via de functionele definitie van doofblindheid (Heppe et al., 2021). Onder een verstandelijke beperking verstaan we een IQ ≤ 70. Er zijn geen leeftijdsgrenzen gedefinieerd voor het programma.

Zie voor meer informatie over de doelgroep ook hoofdstuk 3, kopje "Spreiding, ernst en omvang".

Intermediaire doelgroep

Het programma TAST is bedoeld om de intermediaire groep, de woon- en dagbestedingsbegeleiders, te ondersteunen in het bieden van begeleiding die rekening houdt met de beperking in horen én zien. Het is de bedoeling dat zij met TAST hun dagelijkse begeleiding aan de cliënten vorm kunnen geven, aansluitend bij de manier waarop cliënten hun omgeving waarnemen en betekenis geven aan ervaringen. Hoewel TAST dus gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten met een beperking in horen én zien, richt het programma zich in eerste instantie op bovengenoemde intermediaire groep.

Om dit te kunnen doen is het nodig dat zij ondersteund worden door hun leidinggevenden (teamleiders), gedragsdeskundigen en (para)medici. Hoewel deze functionarissen niet de directe doelgroep zijn van TAST, is het wel de bedoeling dat zij TAST kennen, begrijpen en het werken met TAST faciliteren en ondersteunen. Zo wordt van gedragsdeskundigen verwacht dat zij de werkvormen van TAST gebruiken in de zorgplancyclus.

Selectie van doelgroepen

TAST kan ingezet worden als begeleiders het methodisch handelen willen inrichten gebaseerd op de unieke ondersteuningsvraag van de cliënt(en) met een beperking in horen en zien én een verstandelijke beperking. Hierbij zijn een tweetal aandachtspunten:

- De ervaring is dat het gemakkelijker is om doofblind specifieke begeleiding te bieden (en dus TAST uit te voeren) wanneer sprake is van een groep cliënten die allemaal via TAST begeleid worden en in een individuele begeleidingssituatie. TAST kan ook gebruikt worden in een groepssituatie waar andere cliënten andere problematiek/ aandachtsgebieden in de begeleiding hebben, maar het is dan lastiger voor begeleiders om TAST goed te doorleven.

- In het verlengde van bovenstaande is het vermoeden dat het mogelijk is om TAST uit te voeren naast een ander programma, zoals LACCS, Triple-C of Programma Perspectief. TAST geldt dan voor de client(en) met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking en het andere programma voor de andere client(en). Het vermoeden is wel dat dit lastig schakelen is voor begeleiders. Wij hebben hier nog geen ervaring mee opgedaan, maar zijn wel voornemens dit te onderzoeken en te evalueren.

Er zijn nog geen contra-indicaties voor het gebruik van TAST bekend.

Betrokkenheid doelgroep

Het programma TAST komt voort uit de ervaringskennis van de begeleiding aan cliënten in horen én zien en een verstandelijke beperking bij Bartiméus. In een project is deze kennis samengebracht, opgeschreven en aangevuld met werkvormen. Het project heeft de stappen van Intervention Mapping doorlopen om het programma te ontwikkelen (Bartholomew Eldredge, 2016). Met intervention mapping is er aandacht voor het betrekken van stakeholders en hun inbreng. Aan de werkgroepen en de projectgroep namen begeleiders van wonen en dagbesteding, verwanten, gedragsdeskundigen, teamleiders, een ambulant begeleider en een gebarendocent deel. Hiermee was een brede vertegenwoordiging aan tafel van de mensen die uiteindelijk ook met TAST gaan werken. Door de combinatie van beperkingen van de doelgroep zelf was het niet mogelijk om hun directe input te vragen. Wel observeren betrokkenen hun reacties en behoeftes goed, en zij hebben hun interpretaties hiervan meegenomen in de werkgroepen.
Op dit moment (2026) wordt TAST uitgerold binnen het cluster Beperking in horen en zien van Bartiméus. Deze implementatie wordt binnen het implementatieproject ook geëvalueerd. In de projectgroep implementatie zitten: een gedragsdeskundige, een begeleider, een teamleider en een lid van het Bartiméus expertisecentrum beperking in horen en zien. Bij de evaluaties worden verschillende andere betrokkenen geraadpleegd, waaronder de begeleiders, teamleiders, en gedragsdeskundigen. Het effect van TAST wordt niet alleen geëvalueerd als manier van werken, maar ook is er aandacht voor het beoogde indirecte effect, te weten een zo goed mogelijk leven: een TASTbaar leven. Hiernaast wordt er feedback opgehaald bij collega's van andere (ZG-)organisaties die zorg bieden aan cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking, om te verkennen welke implementatiekansen en -belemmeringen er zijn in een andere organisatiestructuur dan die van Bartiméus.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het indirecte hoofddoel van TAST is dat cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking kwaliteit van leven ervaren. Voor deze doelgroep betekent dat dat zij hun zintuiglijke waarneming zo optimaal mogelijk in kunnen zetten in het dagelijks leven, met bijzondere aandacht voor het tastzintuig; dat zij activiteiten en bezigheden kunnen doen die voor hen betekenisvol zijn; dat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren; en dat zij contact met anderen kunnen hebben en met hen kunnen communiceren.

Om dit te bereiken hebben hun dagelijkse begeleiders een belangrijke rol. Het directe doel van TAST is dan ook dat begeleiders dankzij een jaarcyclus competenties opbouwen en onderhouden om uniform en systematisch te werken, op een manier die past bij de waarneming en belevingswereld van de cliënt met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking. Dit wordt bereikt doordat begeleiders voortdurend ondersteuning bieden aan de hand van de vier gebieden van TAST, de scholingen uit de scholingscyclus volgen en de zorgplancyclus toepassen. De voortgang wordt jaarlijks geëvalueerd: op cliëntniveau in de jaarlijkse zorgplanbespreking, op begeleiderniveau in de functioneringsgesprekken en op teamniveau in de overleggen tussen teamleider en gedragsdeskundige.

Subdoelen

Alle direct betrokkenen van de cliënt binnen de residentiele zorg, te weten het team van begeleiders, de gedragsdeskundige, de teamleider en (para)medici, werken via de vier gebieden van TAST, te weten: tactiele waarneming, activiteiten met betekenis, steun in zelfstandigheid en taal en (lichaamsgebonden) communicatie.

- Begeleiders en andere betrokkenen werken in het dagelijks handelen aan de hand van de zorgplancyclus van TAST.
- Alle begeleiders zijn en worden continu geschoold via de scholingscyclus van TAST.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie of methodiek

TAST valt in de criteria voor 'methodiek' zoals omschreven op pagina 7 (toelichting). Het is een compleet programma, wat betekent dat de hele zorg ingericht is volgens TAST. Het heeft geen eindpunt, maar de werkvormen hebben een jaarlijkse cyclus. Cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking leven in een tactiele wereld, waarin hun lichaam het centrum is. Alleen door de nabijheid, het contact en de communicatie met hun begeleiders, kunnen zij voldoende informatie over hun omgeving krijgen, zich communicatief ontwikkelen, vaardigheden leren en zelfstandigheden ontwikkelen. De combinatie van beperkingen maakt dat dit een levenslang proces is. Begeleiders zullen zich dus voortdurend en continu moeten verplaatsen in en aansluiten bij de tactiele wereld van de cliënten.

De inhoudelijke basis van TAST bestaat uit vier gebieden voor de ondersteuning: Tactiele waarneming, Activiteiten met Betekenis, Steun in zelfstandigheid en Taal en (lichaamsgebonden) communicatie (zie ook hoofdstuk 3).

De **zorgplancyclus** van TAST (zie schema 1) bestaat uit de volgende onderdelen:
- Een TASTbaar doel: werkvorm met kaartjes om te komen tot ondersteuningsdoelen in het zorgplan van de client. Dit is een bijeenkomst met de begeleiders, gedragsdeskundige, teamleider en/of verwant(en) van de cliënt. De bespreking van Een TASTbaar doel kan ook in een teamvergadering plaatsvinden. Hoewel deze besprekingen als geheel langer duren, duurt de werkvorm Een TASTbaar doel ongeveer een half uur en kan plaatsvinden in een zorgplanbespreking en/of een teamoverleg. De werkvorm wordt jaarlijks herhaald.



Schema 1: Zorgplancyclus van TAST

- TAST-vragen: werkvorm aan de hand van stellingen en vragen om de client beter te leren kennen. TAST-vragen wordt ingeleid door een stelling (gekozen door de gedragsdeskundige en/of begeleider C) en vormt een gesprek aan de hand van vragen die door de gespreksleider gesteld worden. Dit gesprek betreft een bijeenkomst met de begeleiders, gedragsdeskundige, teamleider en/of verwant(en) van de cliënt. Het bespreken van één stelling duurt zo'n 15 minuten. Het is de bedoeling dat per cliënt jaarlijks twee á drie stellingen worden besproken.
- Profielvragenlijsten in het rapportagesysteem die zijn ingericht volgens de gebieden van TAST en waarin je de bevindingen van de TAST werkvormen uit de zorgplancyclus kunt rapporteren.

Onderlegger voor de zorgplancyclus zijn de diagnostiek, beeldvorming en begeleidingsstijl. Diagnostische instrumenten zijn bij voorkeur ontwikkeld voor cliënten met een beperking in horen én zien. Dit zijn bijvoorbeeld de Tactile Working Memory Scale en de Assessment van Dijk. Ook voor de beeldvorming en de begeleidingsstijl zijn er enkele instrumenten beschikbaar voor de doelgroep, namelijk Kwaliteit in Communicatie en de Methode Hand onder hand contact. Beeldvorming en begeleidingsafspraken kunnen daarnaast volgen uit de werkvormen

van TAST. De beeldvorming en individuele begeleidingsafspraken worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënt.

De **scholingscyclus** voor begeleiders binnen TAST (zie schema 2) heeft in het eerste jaar dat de medewerker werkzaam is de volgende onderdelen:
- Inwerken: Op de woning worden nieuwe collega's ingewerkt. Dit betreft op groepsniveau in ieder geval het bespreken van een set basisbegeleidingsafspraken en de eerste 10 gebaren.
- Op de TAST: Box met daarin oordoppen, een koptelefoon, een ooglap en een slechtziendenbril en 6 ervaringsopdrachten. De nieuwe begeleider doet samen met een ervaren begeleider minimaal 1 van de ervaringsopdrachten en bespreekt deze na aan de hand van de instructie op de kaart.
- E-learning Beperking in horen én zien: Deze kan de nieuwe medewerker zelfstandig volgen in de eerste weken van diens aanstelling. De tijdsinvestering bedraagt 45-60 minuten.



Schema 2: Scholingscyclus van TAST

- Scholing beperking in horen en zien met een verstandelijke beperking: Klassikale scholing van 2x4 uur, gegeven door een medewerker van het expertisecentrum beperking in horen en zien.
- Scholing Vierhandengebaren (niveau 1): Klassikale scholing van 6 x 2,5 uur, waarin de basis geleerd wordt van Vierhandengebaren. Wordt gegeven door een docent NGT en afgesloten met een toets.

De cyclus herhaalt zich in de daaropvolgende jaren voor wat betreft de werkvormen:
- Op de TAST: Gebruikt de begeleider 1x per jaar
- Herhalingslessen scholing Vierhandengebaren (niveau 1). Klassikale scholing door een docent NGT die elk kwartaal plaatsvindt. De duur van de scholing is steeds 2,5 uur.

Minimaal 1 begeleider per team is ook bekwaam in:
- Vierhandengebaren niveau 2. Dit is net als de scholing niveau 1 in het eerste jaar een scholing van 6 x 2,5 uur en een toets en daarna 4 x per jaar een herhalingsles van 2,5 uur.

Inhoud van de interventie

TAST biedt startende en ervaren professionals visie en uitgangspunten in de begeleiding. Het programma geeft handvatten om op een uniforme en systematische manier te werken. Heirdoor kunnen zij beter inspelen op de unieke behoeften en wensen van de cliënt met een beperking in horen en zien en een verstandelijke beperking. Het zorginhoudelijke vertrekpunt bestaat uit de vier gebieden van TAST:

T - Tactiele waarneming (Begeleiders sluiten aan bij hoe de bewoner de wereld waarneemt. De tast zal hier vaak een grote rol in spelen).
A - Activiteiten met betekenis (Begeleiders bieden activiteiten zó aan, dat de bewoner de samenhang kan begrijpen).

S - Steun in zelfstandigheid (Begeleiders zijn erop gericht dat de bewoner zoveel mogelijk zelf mag en kan doen binnen de interesses, en steunen hem in plaats van dat ze het overnemen).
T - Taal en (lichaamsgebonden) communicatie (Begeleiders sluiten in hun communicatie aan bij de communicatievormen die de bewoner kan waarnemen).
In hoofdstuk 3 staan deze gebieden uitgebreider beschreven.

Binnen de methodiek is er een **zorgplancyclus** met de volgende onderdelen:
Een TASTbaar doel
Met 'een TASTbaar doel' formuleren begeleiders samen doelen voor het nieuwe zorgplan van de cliënt vanuit de vier gebieden van TAST. Elk gebied van TAST heeft 20-26 kaartjes met daarop een aandachtspunt voor de begeleiding van cliënten met een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking. Het wordt groepsgewijs uitgevoerd, en gedaan door mensen die in het dagelijks leven van de cliënt een rol spelen, met name dus begeleiders en/of verwanten.
De gespreksleider legt een setje kaartjes van één gebied uitgespreid op tafel en nodigt de aanwezigen uit om per aanwezige één kaartje te pakken. Zij mogen daarna om de beurt een toelichting te geven op het gekozen kaartje. Hierna vat de gespreksleider de besproken kernpunten kort samen, neemt alle kaartjes weer in en herhaalt deze procedure met de kaartjes van het volgende gebied van TAST. Nadat alle gebieden behandeld zijn, vat de gespreksleider samen wat de richting is voor het nieuwe zorgplan, en formuleert, samen met de aanwezigen, twee zorgplandoelen op basis van wat er besproken is.
In bijlage 3 vind je de instructie van 'een TASTbaar doel' en een paar voorbeelden van vragenkaarten.

TAST-vragen
Door de TAST-vragen krijgen deelnemers meer inzicht in de belevingswereld van de cliënt en wat dat betekent voor de begeleiding. Via stellingen wisselen collega's met elkaar van gedachten over de cliënt. Er zijn in totaal 25 stellingen, verspreid over de vier gebieden van TAST. De stellingen vertellen allemaal iets over hoe cliënten met een beperking in horen en zien en een verstandelijke beperking de wereld waarnemen en welke ondersteuning zij daarbij van de begeleider nodig hebben. Ze zijn zo geformuleerd dat ze allemaal waar zijn. De discussie gaat dus vooral om hóé je de ondersteuning moet bieden. Elke stelling is begeleid door voorbeelden om de stelling te verduidelijken, vragen om het gesprek op gang te brengen en te houden, en achtergrondinformatie over die stelling.
De TAST-vragen worden voorbereid door een begeleider die de cliënt goed kent en iemand met wat meer afstand (bijvoorbeeld de gedragsdeskundige of de teamleider). Samen bespreken zij:

- Wanneer TAST-vragen gedaan wordt en over welke cliënt.
- Welke stelling of stellingen besproken worden.
- Wat de gehoopte uitkomst van het gesprek is (bijvoorbeeld: eenduidige visie, nieuw zorgplandoel, cliënt beter leren kennen, vanuit andere blik naar de cliënt kijken).
- Wie de gespreksleider zal zijn.

De gespreksleider leidt het gesprek in, brengt het gesprek op gang aan de hand van de stelling en de voorbeelden en houdt het gesprek gaande met behulp van de vragen. Diegene vat aan het einde van het gesprek ook de uitkomst samen en formuleert de vervolgacties.
In bijlage 4 vind je de instructie van 'TAST-vragen' en een paar voorbeelden van kaartjes.

De methodiek bevat daarnaast een **scholingscyclus**, waartoe de volgende onderdelen behoren:

Op de TAST
Het doel van Op de TAST is dat begeleider zich beter in kan leven in de belevingswereld van de cliënt(en) waarmee de begeleider gaat werken. Hierdoor kan de begeleider beter begrijpen wat de achterliggende motivatie is van het gedrag ven de cliënt. Op de TAST is een box met daarin oordoppen, een koptelefoon, een ooglapje en een slechtziendenbril en 6 ervaringsopdrachten. De nieuwe begeleider doet samen met een ervaren begeleider minimaal 1 van de ervaringsopdrachten en bespreekt deze na aan de hand van de instructie op de kaart. Begeleiders die al langer op de woning werken kunnen ook een ervaringsopdracht van een kaart doen, of zelf een ervaringsoefening doen die past bij een vraagstuk die op dat moment binnen de woning leeft.
In Op de TAST is ook nog een kaart met daarop de basisinformatie die begeleiders nodig hebben om te werken met cliënten met een beperking in horen én zien en een kaart met daarop een instructie van de 10 gebaren die veel gebruikt worden: DAG (groet), GOED, ETEN, DRINKEN, KOFFIE, LOPEN, SLAPEN, WC, DOUCHEN, KLAAR/AFGELOPEN.

E-learning
De e-learning Beperking in horen en zien geeft inzicht in wat deze beperking inhoudt en welke impact het kan hebben op het dagelijks leven. Het eerste deel geeft uitleg over de beperking in horen en zien en de gebieden waarop iemand problemen kan ervaren. In het tweede deel maken deelnemers kennis met de drie subgroepen. Dit gebeurt aan de hand van persoonlijke portretten van iemand met een aangeboren beperking, iemand met een verworven beperking en iemand met een leeftijdsgerelateerde beperking. De e-learning is ontwikkeld door DB-connect, het landelijk informatiepunt voor vragen over beperkt zijn in horen en zien.

Scholing beperking in horen en zien met een verstandelijke beperking
Tijdens een klassikale scholing, die bij Bartiméus twee dagdelen duurt, maakt de begeleider kennis met de begeleiding van cliënten met een beperking in horen én zien in combinatie met een verstandelijke beperking. De scholing biedt inhoudelijke kennis over de afzonderlijke zintuiglijke beperkingen en over hoe deze elkaar beïnvloeden. Vervolgens wordt uitgebreid stilgestaan bij de impact op het dagelijks leven aan de hand van de vier gebieden van TAST. Ook de zorgplancyclus binnen TAST wordt toegelicht. Deelnemers doen ervaringsoefeningen en maken kennis met de basisprincipes van interactievaardigheden, die zij direct oefenen in de scholing. De tijdsinvestering bedraagt twee dagdelen van elk vier uur (in totaal 8 uur)

Scholing Gebaren in de Zorg niveau 1 en 2
In de scholing leren begeleiders op basisniveau vierhandengebarentaal gebruiken in de communicatie met cliënten. Bij Bartiméus heeft deze scholing zes bijeenkomsten van 2,5 uur. Deelnemers leren ongeveer 300 gebaren die aansluiten bij alledaagse situaties van cliënten. Daarnaast oefenen ze met het vormen van korte zinnen in de Nederlandse Gebarentaal (NGT). Daarbij komt ook de context aan de orde: hoe gebaar je, wat is je houding en welke factoren spelen mee om gebaren goed te kunnen maken? Er is expliciete aandacht voor de tactiele vorm van de gebaren. Door oefening tijdens de lessen raken begeleiders vertrouwd met het maken van tactiele (vierhanden)gebaren. Naast het aanleren van de gebaren wordt het belang van gebarentaal voor deze cliëntgroep uitgelegd. Ook wordt achtergrondinformatie gegeven

over de geschiedenis en het huidige gebruik van NGT in de Nederlandse samenleving. De basisscholing wordt afgesloten met een toets.
Na de toets nemen begeleiders vier keer per jaar deel aan herhalingslessen. Hierdoor blijven de gebaren in het vocabulaire van begeleiders en hebben zij ruimte om te blijven oefenen, vragen te stellen en hun lexicon te vergroten.
Begeleiders die de basisgebaren goed kennen, kunnen scholing niveau 2 volgen. Het uitgangspunt is dat in elk team minstens één begeleider de gebaren op niveau 2 beheerst en blijft oefenen. Deze begeleider kan dan op de werkvloer collega's ondersteunen bij het communiceren via gebaren. De tijdsinvestering voor de scholing vierhandengebaren (niveau 1 of 2) bedraagt 6 x 2,5 uur. De herhalingslessen duren 2,5 uur en worden door elke begeleider elk kwartaal gevolgd.

2. Uitvoering

Materialen

- TAST heeft een boek, waarin het programma wordt beschreven. Deze is gratis digitaal te raadplegen op de website van Kennis over Zien: TAST: begeleiding bij een beperking in horen én zien en een verstandelijke beperking | Kennisoverzien Op deze pagina kan ook een gedrukte vorm van het boek besteld worden.
- TAST heeft ook een map met daarin de werkvormen. Deze map is primair bedoeld voor gedragsdeskundigen, die over het algemeen de coördinatie hebben over de zorginhoudelijke behandeling van de cliënten. De map is beschikbaar voor organisaties die TAST willen implementeren. In bijlages 3 en 4 vind je uitleg en voorbeelden van 'een TASTbaar doel' en 'TAST-vragen'.
- Er is ook een flyer met korte informatie over TAST, zodat geïnteresseerden een eerste indruk kunnen krijgen van het programma. Deze is te vinden in Bijlage 1 van deze interventiebeschrijving.

Locatie

TAST is bedoeld voor toepassing in de langdurige zorg. Binnen deze zorg is het niet specifiek gericht op een bepaalde locatie; het is de bedoeling dat het hele zorgsysteem werkt volgens de principes van TAST. De meeste werkvormen zijn echter primair gericht op de dagelijkse begeleiders van de cliënt met een beperking in horen én zien: de woon-, werk- en/of dagbestedingsbegeleiders. Deze begeleiders zijn immers degenen die de meeste contacten hebben met de cliënt en daarmee degenen die de principes van specialistische zorg praktisch toepassen in hun contacten. Via hen zal de cliënt ervaren dat hij begrepen wordt en dat hij kan ontwikkelen.
De begeleiders hebben behandelaren en leidinggevenden nodig die hen kunnen ondersteunen en coachen met en vanuit TAST. Het is dus noodzakelijk dat ook de indirect betrokkenen goed thuis zijn in TAST, de werkvormen goed kunnen begeleiden, en kunnen coachen en feedback geven gebaseerd op de TAST gebieden.

Doordat TAST een programma is dat in de hele zorg ingebed is, is het niet gemakkelijk om TAST te doen naast een ander programma dat op dezelfde manier werkt, zoals LACCS, het programma perspectief of Triple-C. Voor een goede implementatie kan TAST het beste gelden voor de hele woning, cg. Werk/dagbestedingslocatie. Als dit niet mogelijk is, omdat niet alle cliënten een beperking in horen én zien hebben, moet in samenspraak met de ontwikkelaars van TAST gekeken worden hoe zorg volgens de principes van TAST in die specifieke situatie goed vormgegeven kan worden.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Het programma TAST is voor medewerkers van organisaties die cliënten begeleiden met een beperking in horen én zien. Verschillende medewerkers hebben verschillende rollen en verantwoordelijkheden.
Begeleiders wonen, werken, dagbesteding: Dit zijn de dagelijkse begeleiders van de cliënt. Zij zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg en ondersteuning aan de cliënt. Om te starten met TAST hebben zij geen opleidingen nodig anders dan een van de reguliere zorgopleidingen. Het programma TAST voorziet in opleidingen om de specialistische kennis en vaardigheden die nodig zijn te ontwikkelen. Omdat cliënten met een beperking in horen én zien veelal afhankelijk zijn van het tastzintuig vereist het werken met deze cliënten wel specifieke competenties. Begeleiders moeten bereid zijn om veelvuldig tactiele contact aan te gaan. Ook moeten zij sensitief zijn, de cliënt willen leren kennen en zichzelf laten kennen door de cliënt. Daarnaast is er veel geduld en doorzettingsvermogen nodig van de begeleiders.
Gedragsdeskundigen, andere behandelaren en leidinggevenden: Gedragsdeskundigen zijn samen met de arts verantwoordelijk voor het uitzetten van de zorg en behandeling van de cliënt. In de praktijk betekent dit dat gedragsdeskundigen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorgplancyclus. Leidinggevenden zijn ervoor verantwoordelijk om een goed functionerend team neer te zetten dat deze zorg en ondersteuning kan uitvoeren. Zij zijn de eerstverantwoordelijke voor de uitvoering van de scholingscyclus. Om deze taken goed te kunnen uitvoeren, moeten deze professionals, net als de begeleiders, binnen TAST opgeleid worden om goed te begrijpen welke ondersteuning deze cliënten nodig hebben. Daarnaast dienen ook zij sensitief te zijn, goed te kunnen luisteren en begeleiders goed te kunnen coachen. Met name de begeleiders die meer moeite hebben met het bieden van nabijheid en tactiel contact zullen zij intensiever moeten begeleiden en adviseren. Om het programma TAST binnen de eigen organisatie te kunnen implementeren is een specifieke scholing nodig voor behandelaren. Zij moeten niet alleen goed doordrongen zijn van de principes en de werkvormen van TAST, maar ook het implementatietraject kunnen coördineren. Bartiméus ondersteunt via het expertisecentrum beperking in horen én zien organisaties bij de implementatie van TAST.

Kwaliteitsbewaking

Het programma TAST is een cyclisch programma. De onderdelen van de scholings- en zorgplancyclus komen jaarlijks terug. Hierdoor blijft de kwaliteit van zorg en ondersteuning geborgd. Dit zou zichtbaar moeten zijn in de rapportage die in de speciale formulieren in ONS wordt opgeschreven. De zorgplanbesprekingen en de voorbereiding daarvoor zijn hét moment om te bespreken in hoeverre de gestelde doelen binnen TAST zijn gehaald en in hoeverre dat van meerwaarde is geweest voor de cliënt. Ook worden er dan nieuwe doelen opgesteld.

Omdat TAST nog een relatief nieuwe methodiek is, worden ervaringen met de verschillende onderdelen van TAST ook op overkoepelend niveau opgehaald en besproken. Professionals die nieuw met TAST willen beginnen worden hierin begeleid door de projectgroep. Zij kunnen met hun vragen en opmerkingen altijd bij hen terecht. De projectgroep evalueert tevens in 2026 het programma en de verschillende onderdelen daarbinnen. Hiervoor wordt eenieder die met TAST werkt expliciet uitgenodigd om ervaringen te delen aan de hand van het evaluatieformulier in bijlage 2. Op basis van deze evaluaties worden, indien nodig, begin 2027 herzieningen doorgevoerd en deze worden gedeeld met de uitvoerders van TAST.

Randvoorwaarden

TAST kan alleen slagen in een goed georganiseerde en afgestemde professionele werkomgeving, waarin de relatie tussen de professional en de cliënt centraal staat. Voor een goede uitvoering van TAST zijn een aantal randvoorwaarden te benoemen:

- Binnen de organisatie moet de keuze gemaakt worden om te werken met TAST. Dit vraagt om actieve ondersteuning vanuit het management.
  - TAST wordt toegepast in de hele zorgplancyclus. Het is niet de bedoeling dat slechts één van de werkvormen wordt gebruikt; alle werkvormen zijn nodig.
  - Begeleiders dienen alle scholingen uit de scholingscyclus te krijgen. Alleen dan hebben ze voldoende inhoudelijke basis om TAST te begrijpen en de vaardigheid om deze ook toe te kunnen passen.
- Begeleiders dienen de individuele cliënt(en) goed te leren kennen, te leren begrijpen wat diens wensen en behoeften zijn en op welke manier die ze uit. Dit kost tijd en veelvuldig contact.

Implementatie

Wanneer een organisatie overweegt om TAST te gaan gebruiken, kan het boek meer achtergrondinformatie over het programma geven. Ook een verkennend gesprek met een van de ontwikkelaars behoort tot de mogelijkheden. Bij het overgaan tot implementatie van TAST zijn de volgende stappen noodzakelijk:

- Samen met de ontwikkelaars afwegen hoe TAST past binnen de huidige werkwijze(s) van de organisatie, welke werkvormen en -processen aangepast moeten worden en welke kunnen blijven.
- Het volgen van een scholing over TAST. De scholing voor gedragsdeskundigen richt zich op de inhoud van TAST en de implementatie binnen de organisatie.
- De map met werkvormen bestellen, instructie krijgen over de uitvoering van de werkvormen en de werkvormen eigen maken.
- De processen en systemen aanpassen, zodat het past binnen de cycli van TAST.
- Een scholing verzorgen voor eigen medewerkers om de gebieden van TAST en de algemene werkwijze van TAST over te brengen.
- Na 6 maanden en na 12 maanden een evaluatie met de ontwikkelaars van TAST.

NB. De ontwikkelaars van TAST kunnen indien gewenst intensiever ondersteunen, bijvoorbeeld door het verzorgen van aanvullende instructie en scholingen op locatie.

Kosten

Het programma TAST heeft een niet-commercieel uitgangspunt. De uitvoering van TAST kost natuurlijk wel tijd en daarmee ook geld. Grotendeels beschrijft het reguliere zorgproces en wordt het dus vergoed vanuit het wet langdurige zorg (WLZ)-tarief. Houd er wel rekening mee dat er voor het leren begeleiden van cliënten met een beperking in horen én zien over het algemeen meer tijd nodig is dan voor competentiebevordering in het begeleiden van veel andere doelgroepen. Dit heeft enerzijds te maken met de andere waarneming en de andere belevingswereld van deze cliëntgroep en anderzijds met de kleine grootte van de populatie, waardoor dit specialisme in de meeste reguliere opleidingen geen of nauwelijks aandacht krijgt.

<u>Scholingscyclus</u>
Alle begeleiders die gaan werken binnen het programma TAST moeten alle scholingen volgen. Voor het ondersteunend personeel kunnen hier eventueel andere keuzes gemaakt worden. Bijvoorbeeld hoeft een teamleider misschien niet per se de scholing Gebaren in de Zorg te volgen als die verder geen direct cliëntcontact heeft.

Scholing	**Vorm**	**Personele kosten**	**Docenturen**
Inwerken	Gesprek(ken) tussen ervaren begeleider en nieuwe begeleider	Extra dienst(en) voor de nieuwe medewerker	Geen, dit vindt plaats tussen begeleiders onderling
Op de TAST	Ervaringsoefening + nabespreking	30 minuten In de extra dienst(en) voor de nieuwe medewerker Of Tijdens of na de reguliere dienst	Geen, dit vindt plaats tussen begeleiders onderling
E-learning beperking in horen én zien	E-learning	45-60 minuten	Geen, dit kan de collega zelfstandig doen
Scholing beperking in horen en zien met een verstandelijke beperking	Klassikale scholing Groep van 6-12 deelnemers	2 x 4 uur = 8 uur	Voorbereiden: 1 uur Geven: 2 x 4 uur = 8 uur
Scholing Gebaren in de Zorg niveau 1	Klassikale scholing Groep van 6-12 deelnemers	6 x 2,5 uur = 15 uur 1 x 15 min toets Tussendoor: zelfstandig gebaren oefenen	NB. Dit moet een erkende docent NGT zijn! Voorbereiden 30 min per les = 3 uur Geven: 6 x 2,5 uur = 15 uur

			Afnemen en nakijken toets: 30 min per deelnemer
Herhalingslessen Gebaren in de Zorg niveau 1	Klassikale scholing Groep van 6-12 deelnemers	4 x 2,5 uur = 10 uur per jaar	NB. Dit moet een erkende docent NGT zijn! Voorbereiden 30 min per les = 3 uur Geven: 4 x 2,5 uur = 10 uur per jaar per lesgroep
Scholing Gebaren in de Zorg niveau 2	Klassikale scholing Groep van 6-12 deelnemers	6 x 2,5 uur = 15 uur 1 x 15 min toets Tussendoor: zelfstandig gebaren oefenen	NB. Dit moet een erkende docent NGT zijn! Voorbereiden 30 min per les = 3 uur Geven: 6 x 2,5 uur = 15 uur Afnemen en nakijken toets: 30 min per deelnemer
Herhalingslessen Gebaren in de Zorg niveau 2	Klassikale scholing Groep van 6-12 deelnemers	4 x 2,5 uur = 10 uur per jaar	NB. Dit moet een erkende docent NGT zijn! Voorbereiden 30 min per les = 3 uur Geven: 4 x 2,5 uur = 10 uur per jaar per lesgroep
Totaal		24,5 uur voor het eerste jaar 10,5 uur voor de daaropvolgende jaren Per begeleider	

<u>Zorgplancyclus</u>
De onderdelen van de zorgplancyclus worden niet altijd door alle medewerkers gedaan. Het ondersteuningsplan wordt in e regel geschreven door de begeleider C. De werkvormen Een TASTbaar doel en TAST-vragen worden gedaan in de teamvergadering en/of tijdens het zorgplanoverleg.

Onderdeel	**Vorm**	**Personele kosten**	**Voorbereidingsuren**
Ondersteuningsplan	Document dat beschrijft wie de		-

	client is en welke ondersteuning nodig is (persoonsbeeld)		
Een TASTbaar doel	Gesprek met meerdere betrokkenen aan de hand van kaartjes	30 minuten per deelnemer (& per cliënt) per jaar	-
TAST-vragen	Gesprek met meerdere betrokkenen aan de hand van stellingen	30 minuten per deelnemer (& per cliënt) per jaar	30 minuten
Totaal			

3. Onderbouwing

Aard van het probleem

Het is voor cliënten met een beperking in horen en zien (doofblindheid) in combinatie met een verstandelijke beperking niet vanzelfsprekend dat zij zich optimaal ontwikkelen. Zij hebben anderen nodig om grip te krijgen op de wereld om hen heen, om zich veilig te voelen en zelfstandig hun weg te vinden. Hun wereld is vaak niet groter dan hun armen lang zijn. Voor alles hebben zij hun tastzintuigen nodig. De begeleiding aan deze cliënten is hierdoor specialistisch: er zijn immers andere focuspunten dan in de begeleiding aan andere cliënten.

De focuspunten in de begeleiding zijn:
T – Tactiele waarneming
Voor mensen met een beperking in horen en zien vormen de nabijheidszintuigen de belangrijkste bron van informatie over hun omgeving en details daarin. Met name de tastzin (bijv. handen, voeten en/of mond) speelt een grote rol. Hoewel de tast een waardevolle bron van informatie is, verschilt de manier van waarnemen aanzienlijk van de vertezintuigen zien en horen (Braad, 2022; Damen & Worm, 2013). Met de tast neemt iemand veel minder tegelijk waar dan met het zien. Cliënten moeten op basis van de afzonderlijke details een overzicht krijgen van het geheel. Dit is moeilijker en kost veel meer tijd en meer geheugencapaciteit dan naar iets kijken (Bruce, 2005; Vervloed & Damen, 2015). Van begeleiders wordt gevraagd om goed te observeren hoe de cliënt zijn zintuigen inzet en daarbij aan te sluiten in de begeleiding. De tast is belangrijk in het contact met de cliënt. Hierdoor weet de cliënt dat de begeleider nabij en beschikbaar is. Begeleiders zorgen er ook voor dat de hoeveelheid informatie goed afgestemd is op wat de cliënt op dat moment aankan.
A – Activiteiten met betekenis
Waarnemen vanuit de nabijheidszintuigen betekent dat de cliënt eerst onderdelen waarneemt, in plaats van dat die direct overzicht heeft van de situatie. De flarden informatie die daarmee binnenkomen, kunnen verwarrend zijn of een verkeerde indruk geven. Een concept (‘voorstelling’) van een activiteit kan vanuit tast heel anders zijn dan vanuit zien en horen. Bijvoorbeeld: een koekje is niet iets wat altijd zomaar in je hand komt, maar iets wat uit een trommel komt, wat daarvóór gebakken is in de oven, nadat het gemaakt is met meel, boter en suiker dat in een winkel gekocht is. De cliënt weet dit allemaal alleen als dit hem expliciet aangeboden is, want hij krijgt het niet vanzelf mee. Daarnaast kunnen initiatieven van een cliënt binnen een activiteit anders zijn dan verwacht. Vaak komt dit doordat hij reageert op een onderdeel van de activiteit waar de aandacht van de begeleider niet per se naar uit gaat. Zo kan een cliënt een prikkende beweging maken als hij zijn hand in de koektrommel steekt. Dit is niet bedoeld om alle koekjes kapot te prikken, maar voor hem een manier om te voelen of de koekjes nog in de verpakking zitten of al los zijn. Voor begeleiders betekent dit dat zij moeten beschikken over een groot observatievermogen en een groot aanpassingsvermogen.
S – Steun in zelfstandigheid
Ook cliënten met een beperking in horen én zien kunnen en willen dingen zelf doen. Hun autonomie groeit wanneer zij in staat zijn om zelfstandig handelingen uit te voeren. Hoewel cliënten met een beperking in horen en zien en een verstandelijke beperking misschien niet alles kunnen doen, kan ook gedeeltelijke participatie van grote meer waarde zijn (Grattan & Demchak, 2024). Bijvoorbeeld door iets aan te geven of door even te wachten met een handeling en de cliënt de ruimte geven om een initiatief te nemen. Zelfstandigheid van een

cliënt kan betekenen dat de activiteit op een andere manier wordt uitgevoerd dan de begeleider oorspronkelijk voor ogen had, dus ook hiervoor zijn observatievermogen en aanpassingsvermogen van de begeleider onontbeerlijk. Zo kan een cliënt een heel andere route nemen dan de kortste route, omdat de langere route makkelijker is om zelfstandig te oriënteren.
T – Taal en (lichaamsgebonden) communicatie
Voor cliënten met een beperking in horen en zien is gesproken taal niet de meest voor hand liggende manier om te communiceren. Hun actieve communicatievormen bestaan vaak uit lichaamsgebonden communicatie, gebaren, verwijzende voorwerpen, pictogrammen en/of tekeningen. Dat betekent dat de natuurlijke manier van communiceren van begeleiders - gesproken taal - verschilt van die van cliënten (Preisler, 2006). Voor beide partijen vormt dit een forse uitdaging: zij moeten voortdurend proberen aan te sluiten bij de communicatiewijze van de ander. Voor cliënten die zich niet kunnen uiten in gesproken taal is de Nederlandse Gebarentaal (NGT) het alternatief.
Soms lijkt de communicatie van cliënten vooral gericht op praktische zaken, zoals het vragen om eten of drinken. De cliënt communiceert dan weinig of niet om wensen, ideeën, gedachten of gevoelens te delen met anderen. Ook lijkt de communicatie vaak alleen te gaan over dingen die op dat moment gebeuren en niet over wat al is gebeurd of wat nog gaat gebeuren. Dit komt doordat cliënten vaak in enkele woorden, gebaren of korte zinnetjes communiceren. Begeleiders interpreteren dit dan als een vraag in het hier en nu. Hierdoor kan het zijn dat gebaren een vaste betekenis voor cliënten krijgen, en zij dus maar beperkt de brede functie van taal leren kennen.

Spreiding, ernst en omvang

Een beperking in horen en zien betekent niet altijd dat iemand helemaal niets meer ziet en hoort: slechtziendheid en slechthorendheid zijn komen vaker voor. Er bestaan twee definities van een beperking in horen en zien. De medische definitie van doofblindheid richt zich op (de mate van) het verlies in horen en zien. Iemand voldoet hieraan, als de medische criteria voor slechtziendheid of blindheid én de medische criteria voor slechthorendheid of doofheid voor diegene gelden. Sinds enkele jaren is er ook een functionele definitie van een beperking in horen en zien (Heppe et al., 2021). Deze beschrijft de beperking in termen van gevolgen voor het (dagelijks) functioneren. Met een beperking in horen én zien komen functionele problemen op de gebieden communicatie, informatie verwerven en verwerken, oriëntatie en mobiliteit, sociaal functioneren en/of de energiebalans voor. De ernst van de problemen kan variëren en in de loop van de tijd veranderen.
Bij iemand die goed kan horen en zien, vullen het gehoor en de visus elkaar aan. Bij iemand die niet goed kan horen, maar wel goed kan zien (of andersom) compenseert het ene zintuig het andere zintuig. Blinde en slechtziende mensen gebruiken vaak hun gehoor om het gemis aan visuele informatie op te vangen. Dove en slechthorende mensen doen juist een extra beroep op hun visus. Bij een beperking in horen en zien kan het ene vertezintuig het andere niet of nauwelijks compenseren. Je kunt lang niet altijd restvisus en/of restgehoor functioneel inzetten. De impact van slecht zien en slecht horen is dus veel groter dan de impact van een enkelvoudige zintuiglijke beperking. Het principe van compensatie van zintuigen is vaak niet of nauwelijks mogelijk door de combinatie van beperkingen (Dijk & Janssen, 1993). We spreken daarom ook niet van een optelsom van twee beperkingen, maar van één beperking, die unieke vraagstukken met zich meebrengt.

Een gecombineerde beperking in horen en zien komt voor bij naar schatting 5% van de mensen met een verstandelijke beperking die in een instelling wonen (Meuwese-Jongejeugd et al., 2008). Cliënten met een beperking in horen en zien in een zorginstelling hebben meestal ook een verstandelijke beperking of ontwikkelingsachterstand. De dubbelzintuiglijke en verstandelijke beperking beïnvloeden elkaar. Door de beperking in horen en zien kost het veel meer tijd en moeite om informatie op te nemen en te verwerken. En door de verstandelijke beperking is het moeilijker om de informatie die via het verminderde zicht en/of gehoor binnenkomt goed te interpreteren.
Vooral als de beperking in horen én zien op jonge leeftijd is ontstaan zijn een verstandelijke beperking en/of een ontwikkelingsachterstand ten gevolge van de zintuiglijke beperking vaak lastig van elkaar te onderscheiden. Daarbij is de cognitie (het 'niveau van functioneren') moeilijk vast te stellen, omdat de veelgebruikte instrumenten hiervoor geen rekening houden met een beperking in horen én zien. De diagnostiek is daarom veel meer gericht op het ontwikkelingspotentieel van de client (in plaats van normatieve diagnostiek). Dit gebeurt door middel van dynamisch assessment, waarbij de onderzoeker rekening houdt met en aansluit bij de beperking in horen en zien van de client.

Gevolgen

Door de verschillen in waarneming tussen ziende-horende mensen en mensen met een beperking in zien en horen kan het erg ingewikkeld zijn de cliënt te begrijpen. Vaak is niet direct duidelijk hoe de relatie is tussen wat zichtbaar is (aan gedrag) en wat er aan de hand is (de aanleiding of oorzaak) (Preisler, 2006; Rødbroe & Janssen, 2006). In de begeleiding van cliënten met een beperking in horen en zien is een unieke en persoonlijke benadering dan ook belangrijk. Uniek, omdat de begeleiders niet via het zien en/of horen de cliënt kunnen benaderen. Zij moeten zich verplaatsen in de waarneming van de cliënt. De tast speelt hierin een belangrijke rol (Holte et al., 2006; Miles, 1999; Vervloed & Damen, 2015). Een persoonlijke benadering is ook van belang. Veel slechtziende en/of slechthorende cliënten proberen zo lang mogelijk hun restvisus en -gehoor naast tast in te zetten op hun eigen manier. Daardoor neemt iedere cliënt de wereld op een andere manier waar. Ook spelen persoonlijke eigenschappen, omgevingsfactoren en bijkomende problematiek een rol in het functioneren (Heppe et al., 2021).

Binnen TAST vervullen de begeleiders een essentiële rol. Zij moeten voldoende kennis en vaardigheden hebben om zich te kunnen verplaatsen in de tactiele wereld van de cliënten (Damen & Worm, 2013). In de begeleidingssituatie zullen zij veelvuldig het contact aangaan met hun cliënten, vaak via de tast, met de bedoeling om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Het kost tijd en energie, van de cliënt en de begeleider, om elkaar te leren kennen en om met de ander te leren communiceren. Cliënten moeten hun begeleiders kunnen vertrouwen en op hen kunnen bouwen. Hiervoor is het essentieel dat begeleiders nabij zijn, sensitief zijn, de cliënt kennen en zichzelf laten kennen door de cliënt (Axelsson et al., 2025). Zo'n betekenisvolle relatie ontstaat niet vanzelf. Dit kan alleen als de begeleider de tijd heeft en zich inzet om een (zorg)relatie met de cliënt op te bouwen. Het duurt vaak meer dan een jaar voordat iemand met een aangeboren beperking in horen en zien en de begeleider elkaar kennen en vertrouwen (Janssen, 2012). Bij cliënten met een beperking in horen en zien is er vaker dan bij andere cliënten onvoldoende basisveiligheid. Dit bemoeilijkt het opbouwen van een sociale relatie met anderen. Het kost veel geduld en doorzettingsvermogen om, op alle

momenten dat zij samen zijn, te bouwen aan een evenwichtige relatie (Damen & Worm, 2013). Tegelijkertijd is deze relatie voor de cliënt met een beperking in horen en zien een voorwaarde om te komen tot groei in communicatie, zelfstandigheid en weerbaarheid.
Door de nabijheid, het contact en de communicatie met hun begeleiders, kunnen cliënten voldoende informatie over hun omgeving krijgen. Het contact met begeleiders geeft steun om de omgeving te ervaren en te ontdekken. Door communicatie met hun begeleiders en verwanten kunnen zij zich communicatief ontwikkelen, vaardigheden leren en zelfstandigheid ontwikkelen.

4. Procesevaluatie

TAST is in 2024-2025 ontwikkeld en wordt nu geïmplementeerd binnen het woon- en dagbestedingscluster Beperking in horen en zien van Bartiméus. Daarnaast vinden verkennende gesprekken plaats met andere ZG-organisaties die woonzorg bieden aan cliënten van deze doelgroep.

De implementatie wordt uitgevoerd en gemonitord binnen een implementatietraject. Deze loopt tot 31 dec 2026. In de monitoring vinden de volgende activiteiten plaats:

- Evaluatie met de betrokken behandelteams (teamleiders, begeleiders C en gedragsdeskundigen)
- 3 Besprekingen in 2026 met uitvoerende begeleiders: in het voorjaar (Q1) de stand van zaken, tegen de zomer (Q2) punten voor bijsturing en eind van het jaar (Q4) voor aandachtspunten voor het vervolg.
- Evaluatieformulieren worden ingevuld na uitvoering van de nieuw ontwikkelde werkvormen van TAST (een TASTbaar doel en TAST-vragen), in ieder geval door teamleiders, begeleiders C en gedragsdeskundigen, maar ook andere betrokkenen zijn uitgenodigd om dit in te vullen. Deze worden door de projectgroep verwerkt.

Aan het einde van het jaar wordt door de projectgroep de evaluatiepunten besproken en worden eventuele aanpassingen aan het programma gedaan.

Hiernaast worden er gedurende de implementatie verschillende kansen gecreëerd worden om met andere organisaties van gedachten te wisselen over TAST en de kansen voor externe implementatie, bijvoorbeeld in intercollegiaal overleg of tijdens congressen/bijeenkomsten. Wanneer andere organisaties TAST willen gaan implementeren wordt dit in gang gezet en wordt ook actief met die organisatie de samenwerking gezocht voor evaluatie.

5. Werkzame elementen

- TAST is geïntegreerd in de gehele zorg. De vier gebieden van TAST, waarin wordt beschreven welke specialistische zorg nodig is voor deze doelgroep, zijn de basis in alle onderdelen van de zorgpraktijk. Deze gebieden komen terug in de scholingscyclus, in de zorgplancyclus, de teamvergaderingen, ervaringsoefeningen en het rapportagesysteem. Hierdoor wordt TAST snel onderdeel van het dagelijks handelen van begeleiders. De vier gebieden van TAST wordt eerder eigen gemaakt én het kost in het dagelijks handelen geen extra tijd om volgens TAST te werken.
- Binnen TAST staat het inleven in de belevingswereld van de client centraal in verschillende onderdelen van het programma. Het uitgangspunt is dat begeleiders leren hoe zij goed aan kunnen sluiten bij de cliënt en de cliënt kunnen ondersteunen in het ontplooien van vaardigheden op de verschillende gebieden van TAST.
- TAST bestaat naast algemene kennis over een beperking in horen en zien uit werkvormen waarin de mogelijkheden van de specifieke client worden besproken vanuit de vier gebieden van TAST. Begeleiders worden hierdoor in beweging gezet de specialistische kennis zelf te vertalen naar hun dagelijkse praktijk met de desbetreffende cliënt.
- TAST biedt overzicht van wat er allemaal komt kijken als je de beperking in horen én zien de basis is van je zorgverlening. Hierdoor is het inhoudelijke vertrekpunt helder en dit geeft duidelijke richting waardoor zorg effectiever is.
- De werkvormen worden zo beschreven dat zowel nieuwe medewerkers als ervaren medewerkers de mogelijkheid hebben om mee te doen en zich kunnen verdiepen in de client en zijn behoeften.
- Door de verschillende informatiebronnen (het boek, scholing, werkvormen, ervaringsoefeningen) hebben verschillende professionals de mogelijkheid zich op eigen wijze te verdiepen in een beperking in horen en zien en wat dit van hen vraagt.

6. Literatuur

Axelsson, A. K., Holmer, E., Schönström, K., & Plejert, C. (2025). Strategies to facilitate social interaction with adults with congenital deafblindness: Communication partner's perceptions. *International Journal of Disability, Development and Education, 72*(6), 1089-1105. https://doi.org/10.1080/1034912X.2024.2379462

Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C., Ruiter, R. A., Fernandez, M. E., Kok, G., & Parcel, G. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach* (Fourth edition). Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints, Wiley. http://site.ebrary.com/id/11152543

Braad, A. (2022). The readability of language: Observing the non linguistic and linguistic features in the communication of a child with congenital deafblindness. *Journal of Deafblind Studies on Communication, 8*(1), 29-43. https://doi.org/10.21827/jdbsc.8.40014

Bruce, S. M. (2005). The impact of congenital deafblindness on the struggle to symbolism. *International Journal of Disability, Development and Education, 52*(3), 233-251. https://doi.org/10.1080/10349120500252882

Damen, S., & Worm, M. (2013). *Aangeboren doofblindheid: het ondersteunen van kinderen en volwassenen met beperkingen in zien en horen sinds de geboorte of vlak daarna* (Eerste druk. ed.). Bartiméus.

Dijk, J. v., & Janssen, M. (1993). Doofblinde kinderen. In H. Nakken (Ed.), *Meervoudig gehandicapten: een zorg apart* (pp. 34-73). Ortho; Lemniscaat.

Grattan, J., & Demchak, M. (2024). Using system of least prompts to teach self help skills to students who are deafblind. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, *49*(2), 107-125. https://doi.org/10.1177/15407969241231204

Heppe, E., Bak, M., Bekendam, A., Bootsma, A., Damen, S., Eikelboom, A., Jagersma, F., Klomp, U, Leefkens, M., Meijs, C., van Mil, P., van de Molengraft, C., van Nunen, T., Roelofs, T., van der Spek, J, Witsiers, A. & Worm, M. (2021). *De Nederlandse functionele definitie van doofblindheid*. In: Deelkracht & Kennis over Zien.

Holte, L., Prickett, J. G., Van Dyke, D. C., Olson, R. J., Lubrica, P., Knutson, C. L., Knutson, J. F., Brennan, S., & Berg, W. (2006). Issues in the management of infants and young children who are deaf-blind. *Infants & Young Children, 19*(4), 323-337.

Janssen, M. J. (2012*). Wederzijds afstemming, verandering op basis van vertrouwen en communicatie.* Bartiméus Doorn, Nederland: Symposium Samen Wijzer.

Meuwese-Jongejeugd, A., van Splunder, J., Vink, M., Stilma, J. S., van Zanten, B., Verschuure, H., Bernsen, R., & Evenhuis, H. (2008). Combined sensory impairment (deaf blindness) in five percent of adults with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 113*(4), 254-262. https://doi. org/10.1352/0895-8017(2008)113[254:CSIDIF]2.0.CO;2

Miles, B. (1999). Conversation: The essence of communication. In B. Miles & M. Riggio (Eds.), *Remarkable conversations: A guide to developing meaningful communication with children and young adults who are deafblind* (pp. 56-75). Perkins school for the blind. NOG criteria visuele beperking

Preisler, G. (2006). Development of communication in deafblind children. *Scandinavian Journal of Disability Research, 7*(1), 41-62. http://dx.doi. org/10.1080/15017410510032145

Rødbroe, I. & Janssen, M. (2006). *Congenital deafblindness and the core principles of intervention*. VCDBF/Viataal.

Vervloed, M. P. J., & Damen, S. (2015). Language and communication in people who are deafblind. In M. Marschark & P. E. Spencer (Eds.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language* (pp. 325-343). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190241414.013.22

Bijlage 1

Korte informatie over het programma TAST

TAST is een programma voor doofblind specifiek wonen. Binnen TAST wordt duidelijk welke aandachtspunten er zijn voor het begeleiden en ondersteunen van bewoners met een beperking in horen en zien, en hoe je de ondersteuning op systematische wijze kunt evalueren en bijstellen. TAST streeft naar een TASTbaar leven voor de bewoners: een leven waarin bewoners hun zintuiglijke mogelijkheden kunnen benutten om de wereld ten volle te ervaren.
TAST is nieuw ontwikkeld door Bartiméus, omdat hier veel woningen zijn waar alleen cliënten wonen met een beperking in horen én zien. Voor hen was nog geen passend programma beschikbaar. Momenteel wordt TAST dan ook uitgerold bij deze woningen.

TAST is een compleet programma. Binnen TAST wordt beschreven welke scholing begeleiders nodig hebben, het geeft handvatten voor methodisch werken en het volgen van de zorgplancyclus en het beschrijft welke gespecialiseerde methodes en interventies er gebruikt kunnen worden voor diagnostiek en beeldvorming.





Waarom is TAST met hoofdletters geschreven?
Het acroniem TAST beschrijft vier belangrijke gebieden van ondersteuning van bewoners met een beperking in horen en zien. De letters staan voor:

- **Tactiele waarneming**
  Begeleiders sluiten aan bij hoe de bewoner de wereld waarneemt. De tast zal hier vaak een grote rol in spelen.

- **Activiteiten met betekenis**
  Begeleiders bieden activiteiten zó aan, dat de bewoner de samenhang kan begrijpen.
- **Steun in zelfstandigheid**
  Begeleiders zijn erop gericht dat de bewoner zoveel mogelijk zelf mag en kan doen (binnen de interesses), en steunen hem i.p.v. dat ze het overnemen.
- **Taal en (lichaamsgebonden) communicatie**
  Begeleiders sluiten in hun communicatie aan bij de communicatievormen die de bewoner kan waarnemen. In ieder geval gebruiken zij daarbij tactiele gebarentaal.

Deze vier gebieden staan centraal bij de specialistische ondersteuning en begeleiding aan de bewoners met een beperking in horen én zien en komen terug in alle onderdelen van het programma.

Bijlage 2

Formulier evaluatie TAST

Datum: ……
Ingevuld door: ……
Team:……

Welke werkvorm heb je gedaan? (kruis aan)

- TAST vragen
- Een TASTbaar doel
- Op de TAST

Kwam het gesprek op gang? Waarom evt. niet? Wat hielp om het gesprek op gang te brengen? Was het een leuk gesprek?

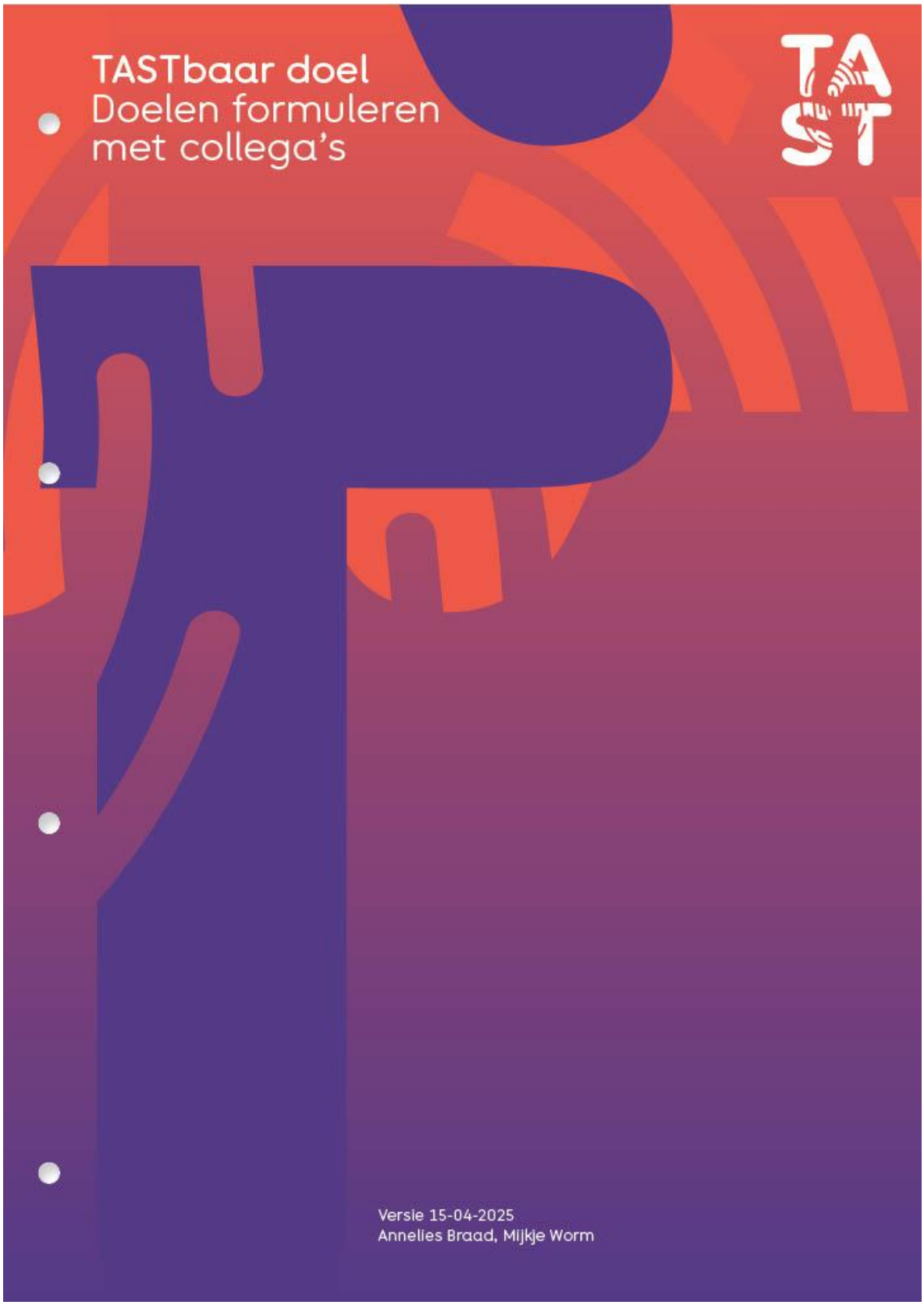
Wat leverde het de client op?

Wat was de winst voor het team?

Wat heeft het jou gebracht?

Jouw tips voor een volgende keer:

Bijlage 3: Een TASTbaar doel instructie en voorbeeld



Instructie

Doel

Met 'een TASTbaar doel' formuleren begeleiders samen doelen voor het nieuwe zorgplan van de bewoner vanuit de vier gebieden van TAST.
Aan de hand van de kaartjes vertelt de begeleider wat hij belangrijk vindt voor de bewoner, wat hij heeft geobserveerd bij de bewoner de afgelopen periode of wat hij wenst voor de bewoner.

Inhoud

De kaartenset bestaat uit 92 kaartjes:
- Tactiele waarneming bestaat uit 20 kaartjes
- Activiteiten met betekenis bestaat uit 24 kaartjes
- Steun in zelfstandigheid bestaat uit 22 kaartjes
- Taal en (lichaamsgebonden) communicatie bestaat uit 26 kaartjes

Elk kaartje bevat een woord dat belangrijk is in de begeleiding van bewoners met een beperking in horen en zien voor het desbetreffende thema.

Voorbereiding

Gedragsdeskundige of begeleider C leest vooraf de handleiding en begeleidt het gesprek.

Werkwijze

De gespreksleider legt een setje kaartjes van een gebied uitgespreid op tafel en vraagt één van de volgende vragen:
- Welk kaartje spreekt je aan als het over <naam> gaat?
- Wat denk je dat je als begeleider kunt toevoegen als het gaat om <gebied>
- Welk kaartje vind je bij <naam> passen?
- Welk kaartje inspireert je om samen met <naam> mee aan de slag te gaan?

Elk teamlid pakt één kaartje. Als iedereen een kaartje heeft gepakt, nodigt de gespreksleider de teamleden uit om te delen welk kaartje is gekozen en toelichting te geven op het kaartje dat is gekozen. Hierna vat de gespreksleider de besproken kernpunten kort samen en gaat over op het volgende gebied. Elk gebied komt aan bod. Nadat alle gebieden behandeld zijn, vat de gespreksleider samen wat de richting is voor het nieuwe zorgplan, en stelt twee doelen voor op basis van wat er besproken is.
De aanwezigen reageren hierop:
- Of het haalbaar is
- Hoe het er praktisch uit kan zien en wat ze dan voor ogen hebben

Vervolgens worden er concreet 2 doelen afgesproken. Mocht het team er onvoldoende uitkomen, of er geen tijd meer zijn, dan zullen de begeleider C en gedragsdeskundige na de vergadering de resultaten verder verwerken en tot 2 doelen komen. Deze worden dan besproken in de eerstvolgende teamvergadering.

Zorgplancyclus

Een TASTbaar doel is onderdeel van de zorgplancyclus. Voor het ZPO worden in de teamvergadering met behulp van de kaartjes doelen geformuleerd.









Tactiele waarneming
T
Persoonlijke voorkeuren
Activiteiten met betekenis
A
Inleven in beleving van bewoner
Steun in zelfstandigheid
S
Vertrouwen
Taal en (lichaamsgebonden) communicatie
T
Delen van emoties

Bijlage 4: TAST-vragen instructie en voorbeeld

Inhoud

Instructie 5



Stellingen bij Tactiele waarneming 7
Ik laat voorwerpen altijd voelen aan <naam> **8**
<Naam> zet de tast in met het hele lichaam **9**
Tactiel contact is de basis van het begeleiden van <naam> **10**
<Naam> mag mij aanraken en ik mag <naam> aanraken **11**
<Naam> raakt mij steeds aan **12**
<Naam> beleeft de wereld via de tast. Dit is anders dan hoe ik de wereld ervaar via het zien en horen **13**
Ik moet <naam> aanraken bij de contactopening en -sluiting **14**



Stellingen bij Activiteiten met betekenis 15
<Naam>'s lijf is een bron van leuke activiteiten **16**
<Naam> moet weten waar dingen vandaan komen **17**
Als ik met <naam> een activiteit doe, hebben we allebei inbreng vanuit ons eigen perspectief **18**
Ik verplaats me in de beleving van <naam> door mee te voelen, ook al kijken anderen mee **19**
Ik zie niet altijd direct aan <naam> of die de activiteit die ik aanbied wel of niet leuk vindt **20**
Als ik wil dat <naam> de activiteit echt begrijpt, zal ik alle onderdelen van de activiteit moeten laten voelen **21**



Stellingen bij Steun in zelfstandigheid 23
Ik zorg voor een herkenbare situatie, zodat <naam> het zelf kan gaan doen **24**
Hoewel <naam> zelfstandig handelt, geef ik informatie over wat er gebeurt in de omgeving **25**
Alledaagse taken worden door <naam> op eigen wijze uitgevoerd **26**
<Naam> kan taken beter doen als ik nabij en beschikbaar ben **27**
Ook als ik heel druk ben laat ik <naam> deelhandelingen zelf doen **28**
<Naam> is soms onzeker en/of angstig **29**



Stellingen bij Taal en (lichaamsgebonden) communicatie 31
Een beweging van <naam> kan een communicatie initiatief zijn **32**
Alleen in contact met anderen leert <naam> hoe communicatie werkt **33**
Ik communiceer met <naam> ook over beleving, emoties en gebeurtenissen die al geweest zijn **34**
Ik gebruik meer communicatie dan <naam> **35**
Ik blijf de communicatievormen van <naam> gebruiken om te zoeken naar gedeeld begrip tussen ons, ook al begrijpen wij elkaar niet altijd meteen **36**
Ik gebruik NGT gebaren in mijn communicatie met <naam>, ook al maakt <naam> zelf geen gebaren **37**

3

Instructie

Doel

Door de TAST-vragen krijgen deelnemers meer inzicht in de belevingswereld van de bewoner en wat dat betekent voor de begeleiding.

Via stellingen wisselen collega's met elkaar van gedachten over de bewoner. De stellingen zijn geordend op de vier gebieden van TAST. Tijdens het gesprek zullen er misschien ook aandachtspunten van andere TAST gebieden aan bod komen. Binnen een zekere marge is dat geen probleem.

Inhoud

De kaartenset bestaat uit 25 kaarten:

- Tactiele waarneming heeft zeven kaarten
- Activiteiten met betekenis heeft zes kaarten
- Steun in zelfstandigheid heeft zes kaarten
- Taal en (lichaamsgebonden) communicatie heeft zes kaarten

Op elke kaart vind je:

- **Een stelling**: het uitgangspunt van het gesprek
- **Voorbeelden**: om de stelling te verduidelijken en invulling te geven. Hoe zou het voor jouw bewoner kunnen werken?

In de handleiding vind je per kaartje:

- **Vragen**: deze kan je stellen aan de groep deelnemers en zorgt dat er een gesprek ontstaat
- **Wondervraag**: een verdiepende vraag voor medewerkers die wel van wat uitdaging houden
- **Uitleg**: hierin staan de uitgangspunten, samenhangend met de stelling. De uitleg geeft informatie passend bij de stelling. Het hoeft geen onderdeel van de discussie te zijn, maar is achtergrondinformatie om de discussie goed te kunnen leiden

Voorbereiding

De TAST-vragen worden voorbereid door een begeleider die de bewoner goed kent en iemand met wat meer afstand (bijvoorbeeld de gedragsdeskundige of de teamleider). Samen bespreken zij:

- Wanneer TAST-vragen gedaan wordt en over welke bewoner
- Welke stelling of stellingen besproken worden
- Wat de gehoopte uitkomst van het gesprek is (bijvoorbeeld: eenduidige visie, nieuw zorgplandoel, bewoner beter leren kennen, vanuit andere blik naar de bewoner kijken)

Werkwijze

1. De TAST-vragen wordt ingeleid door de gespreksleider. Dit is in de meeste gevallen de gedragsdeskundige of de teamleider. Deze legt kort uit wat de TAST-vragen zijn, over welke bewoner het gesprek gaat en wat het doel van het gesprek is.
2. De gespreksleider leest de stelling voor en laat hem zien. Vervolgens mogen de deelnemers van het gesprek op de stelling reageren.
3. Als deelnemers niet meteen op de stelling reageren kunnen de voorbeelden (op de achterkant) voorgelezen worden door de gespreksleider om het gesprek op gang te brengen.
4. De gespreksleider kan de vragen stellen om het gesprek gaande te houden. Je hoeft niet alle vragen te stellen. Kies de vragen uit die op dat moment relevant zijn. Denk eraan dat je ook door mag vragen en/of zelf vragen mag verzinnen. De deelnemers mogen ook vragen aan elkaar stellen.
5. De gespreksleider houdt tijdens de TAST-vragen het doel, de deelnemers en de tijd in de gaten: relevante uitspraken samenvatten en vervolgens de beurt overgeven aan een van de andere deelnemers, doorvragen richting het doel, afdwalingen stoppen.

5

6 Aan het eind van de discussie kan je ook de wondervraag nog stellen.
7 Zorg ervoor dat de discussie in totaal niet langer dan 15 minuten (per kaartje) duurt. Formuleer als slot een uitkomst van de discussie – wat betekent dit voor de begeleiding aan de bewoner? Welke acties komen voort uit de discussie? Komt er bijvoorbeeld een nieuw werkdoel? Komen er nieuwe begeleidingsafspraken? Moet er iets veranderd worden in het persoonsbeeld? Spreek dan ook af wie dit gaat oppakken.
Bij de afsluiting is het mogelijk om de uitleg die bij de stelling staat voor te lezen. De uitleg beschrijft de relevantie van het onderwerp voor de begeleiding. Hiermee krijg je als team een gezamenlijk theoretisch kader.

Zorgplancyclus

De TAST-vragen zijn onderdeel van de zorgplancyclus. Het is de bedoeling dat de TAST-vragen voor elke bewoner minimaal één keer per jaar plaatsvindt. Dit wordt vooraf ingepland in het jaarplan.
De werkvorm kan ook op andere momenten ingezet worden. Bijvoorbeeld wanneer je een bepaald onderdeel van de zorg beter wilt uitleggen aan nieuwe collega's. Of wanneer je een specifieke vraag hebt omdat de bewoner nieuw gedrag laat zien. Of als je een gesprek over begeleiding wilt hebben tussen dagbestedingsbegeleiders en woonbegeleiders. In deze gevallen hoeven de TAST-vragen niet per se met een heel team plaats te vinden, maar kan het ook onderling tussen twee of meerdere begeleiders zijn.



Ik laat voorwerpen altijd voelen aan .....

Tactiele waarneming



Bijvoorbeeld

- Het kommetje laten voelen voordat je een hap eten geeft.
- De jas laten voelen, ook al kan de bewoner zien.
- De bewoner de muur laten voelen vanaf waar die zelfstandig de weg kan vervolgen.

Activiteiten met betekenis



Ik zie niet altijd direct aan <naam> of die de activiteit die ik aanbied wel of niet leuk vindt

Bijvoorbeeld

- De vierde keer dat je de bewoner uitnodigt om tafel te dekken staat hij meteen op.
- Tijdens het samen koken loopt de bewoner even weg, maar je weet dat ze straks weer terugkomt als ze er weer klaar voor is.
- De bewoner wijst het contact meerdere keren af, maar als je eenmaal met de activiteit begonnen bent vindt ze het toch wel leuk.
- Na 6 maanden vilten begint de bewoner opeens mee te doen en gaat lachen.

Vragen

- Aan welke voorwaarden moet de activiteit voldoen, zodat <naam> het leuk kan gaan vinden?
- Aan welke voorwaarden moet de communicatie over/binnen de activiteit voldoen, zodat <naam> het ook kan begrijpen?
- Hoe zie je het verschil bij <naam> tussen het niet willen, of het nog niet helemaal kennen/begrijpen? Hoe kan je daar sensitief op reageren?
- Hoe kan je bij <naam> het aanbieden van de activiteit steeds blijven verbeteren, zodat het haalbaar is om het vaker aan te blijven bieden?

Wondervraag

Wanneer moest je lang doorzetten (hoe lang), maar vond <naam> het toch wel heel leuk? Wat heb je toen gedaan?

Uitleg

Om concepten op te bouwen hebben alle mensen herhalingen nodig, onze bewoners vaak nog wat meer dan andere mensen in je omgeving. Maar ook moet je expliciet de activiteit en de deelstapjes daarbinnen aanbieden. Hierbij gebruik je de waarnemings-kanalen, de taal en het tempo van de bewoner. Er zijn verschillende manieren om hier systematisch aan te werken:

- Geef de bewoner de tijd om zelf de onder-delen van de activiteit te onderzoeken.
- Gebruik hand onder hand contact.
- Geef ruimte voor verwerkingstijd. Soms lijkt het dan alsof de bewoner de activiteit afwijst, maar wil hij wel weer meedoen na een pauze.
- Maak een routine en vraag de bewoner elke keer iets meer zelfstandig te doen binnen de routine.
- Gebruik "Backwards chaining" of een van de andere manieren om eigen regie te vergroten (zie boek TAST, pagina 28-29).
- Voeg bij elke herhaling wat extra communicatie toe over de activiteit. Praat ook eens op een ander moment over deze activiteit.

20