

Scheerproblematiek bij cliënten in een IBG-setting

Leidt modernere apparatuur tot een verandering?

Eindrapportage van een onderzoek



ROEL BAKKER EN JEANET LANDSMAN
TOEGEPAST GEZONDHEIDSONDERZOEK UMCG
I.S.M. RUUD TAP, AFDELING ONDERZOEK & ONTWIKKELING ALLIADE
MET MEDEWERKING VAN TEAM IELEANE SIENS

CONCEPTVERSIE 29 DECEMBER 2015



Inhoud

1	INLEIDING	2
2	VRAAGSTELLINGEN ONDERZOEK.....	3
2.1	VRAGEN DEELSTUDIE A.....	3
2.2	VRAGEN DEELSTUDIE B.....	3
3	METHODE ONDERZOEK	4
3.1	OPZET DEELSTUDIE A.....	4
3.2	OPZET DEELONDERZOEK B.....	5
4	RESULTATEN	6
4.1	RESULTATEN DEELSTUDIE A.....	6
4.1.1	<i>Scores bij de cliënt</i>	<i>6</i>
4.1.2	<i>Scores bij de begeleider</i>	<i>7</i>
4.1.3	<i>Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid</i>	<i>8</i>
4.1.4	<i>Scheerduur.....</i>	<i>8</i>
4.2	RESULTATEN DEELONDERZOEK B	8
4.2.1	<i>Binnen de cliënt gelegen factoren</i>	<i>9</i>
4.2.2	<i>Buiten de cliënt gelegen factoren.....</i>	<i>10</i>
4.2.3	<i>Oplossingen voor scheerproblemen.....</i>	<i>12</i>
5	CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	15
5.1	CONCLUSIES DEELONDERZOEK A.....	15
5.2	CONCLUSIES DEELSTUDIE B.....	15
5.3	DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.....	15
6	BIJLAGE 1: INTERVIEWFORMAT	17

1 Inleiding

Het scheren van mannelijke cliënten met een verstandelijke beperking van een Intensieve Begeleidings Groep (IGB)-setting kan binnen Talant bij een aantal cliënten tot problemen leiden. Hierbij valt te denken aan een toegenomen angst, paniek en agitatie bij de te scheren cliënt, maar ook aan afweergedrag, vluchtgedrag en verbale en fysieke agressie. Een begeleider van Talant licht dit als volgt toe:

“Op dit moment worden binnen ons team mannelijke cliënten bijna dagelijks geschoren, niet op een vast tijdstip of vaste plaats, maar aangepast aan de woonsituatie van de cliënt. Bij cliënten die niet geschoren willen worden, kan de baard blijven staan. Verwanten vinden een zo verzorgd mogelijk uiterlijk doorgaans prettig, hoewel ‘scheren’ geen onderdeel is van de intake. Bovendien bevordert er verzorgd uitzien dat het maken van contact vanzelfsprekender en gemakkelijker wordt. Dit alles heeft ertoe geleid dat wij binnen ons aansturen op dagelijks scheren. Dat scheren gaat bijna altijd elektrisch. Bij de cliënt kan er echter zoveel weerzin tegen scheren ontstaan dat probleemgedrag (zoals agressie) of vluchtgedrag ontstaat. In enkele gevallen komt het voor en dat de cliënt met meerdere begeleiders moet worden vast gehouden om hem te kunnen scheren; dit met behulp van een zogenaamde CFB (Controle Fysieke Beweging)-greep. Uitgaande van onze Triple-C ambities, voldoet deze handelswijze niet aan de omgangsvormen die we willen hanteren.”

Omdat bovenstaande observatie binnen Talant niet op zichzelf staat, is vanuit het project Open Deuren binnen Talant, een initiatief om creatieve ideeën te ontwikkelen die direct bijdragen aan een betere kwaliteit van leven van haar cliënten, het plan ingebracht om een onderzoek naar scheren te verrichten. Dit onderzoek – vanuit de vestiging aan de Ieleana in Stiens geïnitieerd – moet het zicht vergroten op de oorzaken voor de beschreven scheerproblemen, maar tevens aanknopingspunten

Het achterliggend doel van dit onderzoek is om het scheren bij cliënten, die hier weerzin tegen ontwikkelen, tot een prettiger ervaring te maken.

In deze rapportage worden, na een beschrijving van vraagstelling en uitvoering van het onderzoek, beknopt de resultaten beschreven. Het rapport eindigt met discussie, conclusies en aanbevelingen.

2 Vraagstellingen onderzoek

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen, namelijk een beknopte studie naar het effect van een nieuw scheerapparaat op de scheerbeleving van cliënten (deelstudie A) en een aantal interviews met sleutelpersonen om meer te weten te komen over alternatieve redenen voor de ervaren scheerproblemen, behoudens die welke aan het scheerapparaat zijn toe te wijzen (deelstudie B).

2.1 Vragen deelstudie A

In deelstudie A van het onderzoek wordt ervan uitgegaan dat de stresservaring van het scheren bij deze cliënten afneemt zodra er gebruik wordt gemaakt van een beter bij de cliënt passend apparaat met meer scheercomfort en/of minder geluid. Hypothese hierbij is dat scheren ongemak en daardoor stress veroorzaakt. Met een beter passend apparaat zou het ongemak minder zijn en de stress afnemen waardoor de vertrouwensrelatie tussen cliënt en begeleider sterker wordt. De centrale vraag van deelonderzoek A luidt:

- Wat verandert er in de scheerzorg voor ernstig verstandelijk beperkte cliënten uit een Intensieve Begeleiding Groep (IBG)-setting bij het gebruik van een volgens de begeleider beter bij de cliënt passend en geavanceerder scheerapparaat in vergelijking met de standaard scheerzorg?

Deelvragen hierbij zijn:

- Welke veranderingen zijn er qua stress-niveau bij het scheren?
- Wat verandert er in de beleving van cliënten en hun begeleiders?
- Wat verandert er in het scheer-resultaat en –proces ten aanzien van onder andere aanraking en bejegening?
- Welke onvoorziene factoren in het proces beïnvloeden mogelijk de scheerzorg?

2.2 Vragen deelstudie B

De centrale vraag van deelstudie B luidt:

- Welke factoren, anders dan die te maken hebben met het gebruikte scheerapparaat, zijn van invloed op de scheerervaring van cliënten met een verstandelijke beperking binnen Talant?

3 Methode onderzoek

3.1 Opzet deelstudie A

Vijf cliënten die wonen in de Talantvestiging aan de Ieleanen in Stiens, waarvan bekend is dat zij met enige regelmaat problemen bij het scheren ondervinden, zijn afwisselend zeven dagen met het oude en zeven dagen met een nieuw, modern scheerapparaat geschoren. Hierbij is een tussenperiode van een maand in acht genomen en is eerst vijf weken met het nieuwe scheerapparaat geschoren alvorens tot meten is overgegaan. Deze periode werd in acht genomen om aan het nieuwe apparaat te kunnen wennen.

Naast de vijf cliënten van de Talantvestiging aan de Ieleanen zou aanvankelijk gezocht worden naar een tweede groep van vijf geschikte kandidaten binnen verschillende vestigingen van Talant in Friesland. Deze zoektocht is gestaakt toen uit de tussentijdse resultaten van de vijf cliënten aan de Ieleanen bleek dat scheren met het nieuwe scheerapparaat geen verbetering met zich meebracht. De kans werd zeer groot geacht dat dezelfde resultaten ook bij een nieuwe groep met kandidaten gevonden zouden worden. Besloten is toen om, in plaats van metingen bij een nieuwe groep kandidaten, deelstudie B meer inhoud te geven en een vijftal aanvullende interviews te doen (zie: Opzet deelstudie B).

Methode: Video-opnames en VAS-scores

Zowel bij de scheerbeurten met het oude als het nieuwe apparaat zijn de eerste en de laatste scheersessie op video opgenomen. Een begeleider en een psycholoog, die de cliënten goed kennen, aangevuld met de onderzoeker hebben onafhankelijk een aantal kenmerken van deze video-opnames op een Visual Analogue Scale (VAS: een lijn tussen twee uitersten van 'heel ernstig probleem' – 'geen enkel probleem' van exact tien centimeter waarop een kruisje gezet moet worden) gescoord, neerkomend op drie onafhankelijke observaties per video-opname.

Ten aanzien van de cliënt zijn de volgende kenmerken gescoord, namelijk het niveau van:

- agitatie en boosheid
- angst
- paniek
- verbale en fysieke agressie
- afweergedrag
- berusting
- vluchtgedrag

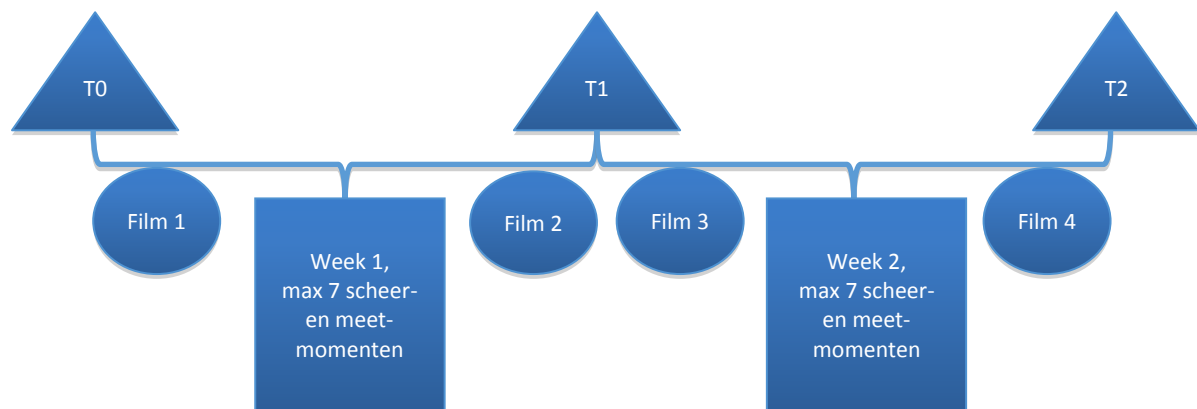
Ten aanzien van de begeleider (ook de persoon die scheert) zijn gescoord:

- het niveau van agitatie
- de mate van kalmte
- aarzeling versus doortastendheid
- de mate waarin de cliënt wordt gerustgesteld
- de mate van overwicht op de cliënt
- de mate van respect voor de cliënt

Van al deze kenmerken zijn op die manier drie onafhankelijke scores verkregen. Daarnaast is telkens de scheerduur vastgelegd.

Figuur 1 vat de planning van het onderzoek schematisch samen.

FIGUUR 1: SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN ONDERZOEK EN MEETMOMENTEN



Analyse deelstudie A

Alle scores op de VAS-schalen zijn met een liniaal naar millimeters herleid. Voor alle cliëntscores geldt: des te hoger de score, des te heftiger de reactie op het scheren bij de cliënt. Voor de begeleiderscores geldt dat een hoge score op agitatie en geruststellend gedrag (omgekeerde schaal: des te hoger de score des te minder getoond geruststellend gedrag) betekent dat er sprake is van veel agitatie bij de begeleider en een beperkte mate van geruststellend gedrag. Een hoge score op kalmte, doortastendheid, overwicht en respect geeft aan dat de begeleider deze kenmerken in ruime mate laat zien bij de begeleiding van de cliënt.

3.2 Opzet deelonderzoek B

In dit deelonderzoek zijn vijf telefonische interviews gehouden met relevante sleutelpersonen die of wel ruime ervaringen hadden met de begeleiding van personen met een verstandelijke beperking binnen een Intensieve Begeleidings Groep (IGB)-setting ofwel ruime theoretische kennis over deze doelgroep hadden. Achtereenvolgens is gesproken met een begeleider B, een orthopedagoog, een woonbegeleider A, een GZ-psycholoog en een programmaleider triple C binnen Talant. Tijdens de gesprekken is uitgebreid ingegaan op de door de geïnterviewden gepercipieerde oorzaken voor scheerproblemen bij personen met een verstandelijke beperking binnen een IGB-setting en op de mogelijke oplossingen voor deze problemen (zie bijlage 1: Interviewformat). De gesprekken hadden een gemiddelde duur van ongeveer 35 minuten, zijn digitaal opgenomen en vervolgens getranscribeerd.

Omdat er een aanzienlijke overlap bestond in de percepties van de ondervraagden ten aanzien van oorzaken en oplossingen voor scheerproblematiek, worden de belangrijkste resultaten van de interviews in het resultatenhoofdstuk cumulatief weergegeven.

4 Resultaten

4.1 Resultaten deelstudie A

Hieronder worden de resultaten van het scheeronderzoek getoond, te beginnen bij de cliëntscores en daarna de scores bij de begeleider.

4.1.1 Scores bij de cliënt

In tabel 1 worden de gemiddelde scores op de VAS-schaal in millimeters ten aanzien van de cliënt tussen de eerste en tweede meting met het oude scheerapparaat met elkaar vergeleken.

TABEL 1 GEMIDDELDE CLIËNTSCORES BIJ HET OUDE SCHEERAPPARAAT, EERSTE EN TWEEDE METING

Mate van:	Oud 1 ^e meting			Oud 2 ^e meting			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
Agitatie	18.5	22.1	15	25.3	26.8	12	.482
Angst	13.0	16.1	15	12.2	18.9	12	.903
Paniek	11.9	16.5	15	14.3	23.4	12	.757
Boosheid	11.9	16.3	15	19.3	23.2	12	.345
verbale agressie	9.4	16.4	15	18.0	20.8	12	.241
fysieke agressie	12.3	17.7	15	22.3	29.5	12	.287
poging tot afweer	21.8	26.4	15	26.3	27.5	12	.673
berusting	14.5	21.5	15	22.6	27.4	12	.400
Vluchtgedrag	11.7	21.5	15	17.0	24.0	12	.554

Voor nagenoeg alle scores, met uitzondering van de angstscore, geldt dat deze bij de tweede meting hoger uitpakken dan bij de eerste meting. Dit verschil is echter nergens significant.

In tabel 2 worden de gemiddelde cliëntscores vergeleken tussen de eerste en de tweede meting met het nieuwe scheerapparaat met elkaar vergeleken.

TABEL 2 GEMIDDELDE CLIËNTSCORES BIJ HET NIEUWE SCHEERAPPARAAT, EERSTE EN TWEEDE METING

Mate van:	Nieuw 1 ^e meting			Nieuw 2 ^e meting			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
agitatie	27.9	22.2	15	31.2	32.3	15	.744
angst	19.5	17.2	15	24.1	30.5	15	.615
paniek	12.9	11.4	15	18.7	29.9	15	.444
boosheid	13.6	14.1	15	15.3	23.2	15	.806
verbale agressie	7.6	8.6	15	12.5	12.0	15	.206
fysieke agressie	22.3	22.9	15	21.8	33.1	15	.965
poging tot afweer	25.5	23.9	15	34.7	36.1	15	.415
berusting	20.5	18.7	15	28.1	32.9	15	.440
vluchtgedrag	15.3	18.4	15	16.7	25.5	15	.858

Ook hier geldt voor nagenoeg alle scores, maar nu met uitzondering van de score voor fysieke agressie, dat deze bij de tweede meting hoger uitpakken dan bij de eerste meting, zonder dat van een significant verschil sprake is.

In tabel 3 worden de gemiddelde cliëntscores tussen het oude en nieuwe scheerapparaat vergeleken. Hiertoe zijn de eerste en tweede metingen van zowel de oude als de nieuwe scheerbeurten gemiddeld; het gaat dus om de gemiddelde scores van beide metingen.

TABEL 3 GEMIDDELDE CLIËNTSCORES BIJ HET OUDE EN NIEUWE SCHEERAPPARAAT

Mate van:	Oud			Nieuw			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
agitatie	21.5	24.1	27	29.5	27.2	30	.246
angst	12.6	17.1	27	21.8	24.4	30	.109
paniek	13.0	19.4	27	15.8	20.6	30	.601
boosheid	15.2	19.6	27	14.5	18.9	30	.888
verbale agressie	13.2	18.7	27	10.0	10.6	30	.420
fysieke agressie	16.7	23.8	27	22.0	28.0	30	.445
poging tot afweer	23.8	26.5	27	30.0	30.5	30	.409
berusting	18.1	24.2	27	24.3	26.6	30	.364
vluchtgedrag	14.1	22.4	27	16.0	21.9	30	.744

Uit de gemiddelde scores blijkt dat het nieuwe scheerapparaat geen positiever effect heeft op de scheerervaring van de cliënt dan het oude. Eerder lijkt een omgekeerde tendens zichtbaar, zowel de agitatie, de angst, de paniek, de boosheid, de fysieke agressie, poging tot afweer, berusting (hogere score is minder berusting) en vluchtgedrag lijken met het nieuwe scheerapparaat nadrukkelijker aanwezig te zijn, zij het dat dit bij toetsing met een ANOVA-toets bij geen van die variabelen om significante verschillen gaat.

4.1.2 Scores bij de begeleider

Tabel 4 toont de gemiddelde scores van de eerste en tweede meting met het oude scheerapparaat ten aanzien van de begeleider (scheerder).

TABEL 4 GEMIDDELDE SCORES BEGELEIDER BIJ HET OUDE SCHEERAPPARAAT, EERSTE EN TWEEDE METING

Mate van:	Oud 1 ^e meting			Oud 2 ^e meting			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
agitatie	2.7	3.0	15	3.0	2.8	12	.814
aarzeling	94.3	3.8	15	89.9	7.9	12	.072
kalmte	95.3	4.6	15	89.9	7.7	12	.034
geruststelling	37.5	27.7	15	36.5	25.7	11	.925
overwicht	89.6	9.2	15	88.0	11.0	12	.683
respect	84.8	14.1	15	81.5	15.5	12	.568

Agitatie en aarzeling bij de begeleider zijn bij de tweede meting iets hoger dan bij de eerste, terwijl voor de overige variabelen (kalmte, geruststelling, overwicht en respect) het tegenovergestelde geldt; hier laat de eerste meting hogere scores zien. Alleen bij kalmte gaat het om een statistisch significant verschil, maar een verschil tussen 95.3 (oude meting) en 89.9 (nieuwe meting) op een 100 puntsschaal heeft geen enkele klinische relevantie; er kunnen geen aanpassingen in het beleid aan ontleend worden.

In tabel 5 worden het eerste en tweede meetmoment van de scheerbeurten met het nieuwe scheerapparaat met elkaar vergeleken.

TABEL 5 GEMIDDELDE SCORES BEGELEIDER BIJ HET NIEUWE SCHEERAPPARAAT, EERSTE EN TWEEDE METING

Mate van:	Nieuw 1 ^e meting			Nieuw 2 ^e meting			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
agitatie	4.3	4.0	15	5.9	4.1	15	.273
aarzeling	89.7	7.7	15	88.5	18.5	15	.828
kalmte	81.2	31.4	15	90.7	12.2	15	.283
geruststelling	32.3	26.5	15	32.8	32.8	15	.966
overwicht	84.1	12.3	15	86.7	17.2	15	.638
respect	76.1	16.3	15	76.0	17.3	15	.991

Uit de tabel komt naar voren dat aarzeling en respect hoger scoren op de eerste dan op de tweede meting. Bij de overige variabelen ligt dat precies andersom; hier zijn juist hogere scores op de tweede meting te zien. Het gaat ook hier niet om significante verschillen.

In tabel 6 worden de gemiddelde scores voor de begeleider tussen het oude en nieuwe scheerapparaat vergeleken. Hiertoe zijn – analoog aan tabel 3 – de eerste en tweede metingen van zowel de oude als de nieuwe scheerbeurten gemiddeld; het gaat dus ook hier om de gemiddelde scores van beide metingen.

TABEL 6 GEMIDDELDE SCORES BEGELEIDER BIJ HET OUDE EN NIEUWE SCHEERAPPARAAT

Mate van:	Oud			Nieuw			p-waarde
	gemiddelde	SD	n	gemiddelde	SD	n	
agitatie	2.9	2.8	27	5.1	4.1	30	.021
aarzeling	92.3	6.3	27	89.1	13.9	30	.152
kalmte	92.9	6.6	27	85.9	23.9	30	.272
geruststelling	37.0	26.4	27	32.6	29.3	30	.553
overwicht	88.9	9.8	27	85.4	14.8	30	.299
respect	83.3	14.5	27	76.0	16.5	30	.083

Uit de tabel blijkt dat alle scores ten aanzien van de scheerronden met het oude scheerapparaat hoger uitvallen dan die met het nieuwe scheerapparaat. Begeleiders laten volgens de drie beoordelaars bij het scheren met het oude scheerapparaat iets meer agitatie zien, tonen minder aarzeling (des te hoger de score op aarzeling des te doortastender), zijn kalmer, tonen iets minder geruststellend gedrag (des te hoger de score, des te minder geruststellend gedrag), hebben iets meer overwicht op en tonen iets meer respect voor de cliënt. Het gaat echter op bijzonder kleine verschillen die moeilijk te duiden zijn. Toetsing met een ANOVA liet alleen bij agitatie een significant verschil zien, maar ook dat gegeven lijkt vanwege het toch nog minieme verschil in scores (2.9 versus 5.1 op een schaal van 100) geen enkele klinische waarde te hebben en onvoldoende basis te zijn voor aanpassing van het beleid.

4.1.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Om vast te stellen of het oordeel van de drie beoordelaars voldoende met elkaar overeenkomt zijn per te beoordelen video/cliënt Intra Class Correlaties (ICC) berekend. Van deze correlaties wordt aangenomen dat een getal boven de .7 duidt op een bevredigende overeenkomst in oordeel. Alle correlaties liggen tussen de .713 en .997, waarbij .713 als enige score onder de .85 een outlier betreft, die waarschijnlijk is berust op een verkeerd toegekende score door de betreffende beoordelaar. De conclusie kan daarom worden getrokken dat sprake is van een hoge tot zeer hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de drie personen die de video-opnames hebben gescoord.

4.1.4 Scheerduur

Uit de scheerduur blijkt dat het nieuwe apparaat niet tot kortere scheertijden leidt. De gemiddelde scheertijd in seconden met het oude apparaat bedroeg 1 minuut en 35 seconden, die met het nieuwe 1 minuut en 37 seconden.

4.2 Resultaten deelonderzoek B

Door de geïnterviewden worden verschillende redenen voor scheerproblemen gesignaleerd. Grofweg vallen die in te delen in factoren die binnen de cliënt gelegen zijn en die daarbuiten liggen. De volgende factoren (welke overigens niet geheel onafhankelijk van elkaar zijn) worden genoemd:

4.2.1 Binnen de cliënt gelegen factoren

HYPERSENSITIVITEIT

Overgevoeligheid in het gebied rond het hoofd wordt door één van de geïnterviewden als een belangrijke intrinsieke factor aangemerkt voor het ontstaan van scheerproblematiek bij de personen waar het onderzoek zich op richt.

“Ik kom het vooral tegen bij mensen met epilepsie en bij mensen met autisme spectrum stoornissen, daar merk je soms overgevoeligheid in het gehele gebied rond het hoofd, tot de schouders aan toe. In die zin kan tandenpoetsen bij hen ook tot vergelijkbare reacties leiden. Voor personen met een autisme spectrum stoornis geldt daarbij dan ook dat er een stapeleffect kan optreden, in de zin van, ik heb het gisteren meegemaakt en toen was het niet leuk, vandaag was het ook niet leuk, dus dan zal het morgen waarschijnlijk ook niet leuk zijn.”

Opmerkelijk is dat er binnen de groep personen met een autisme spectrum stoornis in omgekeerde zin ook cliënten zijn die juist een hogere pijndrempel lijken te hebben dan personen zonder deze beperking.

“We hebben een aantal cliënten met deze stoornis die we om die reden niet zelf laten scheren. Die blijven tijdens het scheren gewoon rondjes draaien op één stuk van de wang. Dat zou toch op een gegeven moment pijn moeten gaan doen. Maar dat merken we niet.”

Meerdere geïnterviewden onderschrijven deze bevinding.

“Als ik zie wat sommige cliënten soms doen, ook om zichzelf te pijnigen, soms zonder blikken of blozen. Dat moet haast wel pijn doen, maar ik geloof toch dat bij hen de beleving anders is.”

Een ander:

“Ik heb wel eens meegemaakt dat een cliënt een week op een gebroken teen heeft doorgelopen, zonder er iets van te merken. Met kiespijn bij cliënten heb ik vergelijkbare ervaringen. Ik denk dan, jeetje, wij zouden door de grond gaan, maar bij deze personen functioneert dat blijkbaar net anders.”

ERVARINGSORDENING

De ervaringsordening van de cliënt wordt door de ondervraagden als een belangrijke factor aangemerkt die van invloed kan zijn op de scheerervaring. Vooral bij personen waarbij sprake is van een lichaamsgebonden of een associatieve ervaringsordening is de kans dat scheerproblemen een rol zullen spelen groter.

“Op het moment dat een cliënt een meer vormgevende ervaringsordening heeft kom je scheerproblematiek veel minder tegen, omdat deze mensen meestal in staat zijn om zelf een oplossing te bedenken. Dan laten ze bijvoorbeeld hun baard staan en gaan ze af en toe naar de kapper om hun baard te laten knippen. En knippen is voor hen een minder onplezierige gebeurtenis want dat is toch iets verder van je lichaam af.”

Een ander:

“Hoe lager je in de ervaringsordening zit hoe minder je van de omgeving snapt en hoe lastiger het scheren zal zijn. Want dan groeit het risico dat het scheren je overkomt.”

TIJDSBESEF

Gekoppeld aan de ervaringsordening van een persoon met een verstandelijke beperking is ook zijn tijdsbesef. Een gebrek aan tijdsbesef verhoogt een ervaren onvoorspelbaarheid van gebeurtenissen

over de dag en deze onvoorspelbaarheid is vooral voor mensen met een autisme spectrum stoornis onplezierig.

“Kijk, de ochtenden verlopen hier redelijk standaard; je staat op, je wast, je doucht, je scheert, je ontbijt en je gaat naar je werk. Op een moment dat dat riedeltje ergens door wordt onderbroken, komen dingen onder druk te staan of moeten ze anders. Personen met een verstandelijke beperking missen vaak het tijdsbesef om in te schatten of er door een verschuiving in de normale gang van zaken genoeg tijd overblijft om hun programma te kunnen blijven volgen of een nieuw uitstapje in te passen. Stel dat iemand naar een bruiloft moet en daardoor eerder van huis moet dan normaal. Dan komen de gewone rituelen direct onder druk te staan en zal het scheren ook moeilijker gaan.”

GEVOEL VAN ALGHELE MALAISE

Bij sommige personen met een verstandelijke beperking in een IGB-setting speelt bij de scheerervaring een gevoel van algehele malaise – een gevoel niet goed in je vel te zitten – een rol. Deze personen zijn daardoor extra gevoelig voor externe prikkels en ervaren deze eerder als moeilijk verdraagbaar. Een intieme en behoorlijk ingrijpende handeling als scheren vormt daarbij een externe prikkel die hen soms teveel wordt en die ze daardoor moeilijk of niet kunnen verdragen.

OVERIGE BINNEN DE CLIËNT GELEGEN FACTOREN

Andere, meer voor de hand liggende, cliëntgebonden factoren die van invloed zijn op de manier waarop het scheren wordt beleefd zijn de communicatiemogelijkheden van de cliënt (des te beter deze zijn, des te beter een cliënt zijn wensen kan aangeven), zijn stemming op het moment van scheren en zijn visus (des te slechter zijn visus is, des te beperkter zijn de mogelijkheden om scheerhandelingen aan te kondigen en des onvoorspelbaarder deze voor hem worden).

Behalve de meer intrinsieke, binnen de cliënt gelegen factoren, zijn er ook factoren die *buiten de cliënt* liggen – en meer met zijn directe omgeving te maken hebben – die de scheerervaring mede bepalen.

4.2.2 Buiten de cliënt gelegen factoren

DE BEJEGENING DOOR DE BEGELEIDER DIE SCHEERT

De bejegening door de persoon die scheert wordt door alle ondervraagden als een cruciale factor aangemerkt. Belangrijke factoren die van die bejegening onderdeel uitmaken zijn:

- Het feit dat de scherende begeleider een zekere mate van doortastendheid moet laten zien en niet te angstig of onzeker moet zijn.

“Ik weet dat sommige collega’s van mij er een beetje angstig ingaan. Dan is er misschien in het verleden iets voorgevallen, dat cliënten boos zijn geworden en hebben geslagen of het scheerapparaat door de kamer hebben gesmeten of wat dan ook. En als zo’n collega zo’n cliënt dan weer moet gaan scheren, dan staat hij er soms wat onzeker in. Cliënten pikken dat meestal feilloos op”

Een ander:

“Als een begeleider vaak de porto inschakelt om hulp te roepen omdat hij vermoedt dat een cliënt agressief gedrag gaat vertonen, dan moet je heel wat doen om dat vertrouwen terug te winnen. Eigenlijk kan je beter zelf dat conflict aangaan, dan krijg je meer vertrouwen van een cliënt dan wanneer je steeds maar hulp moet inroepen. Je moet een bepaalde zelfverzekerdheid uitstralen, het gevoel geven dat het wel goed komt, van: maak je niet druk, dat doe ik ook niet. En sommige cliënten hebben een klein beetje extra overtuiging nodig, terwijl je anderen juist wat meer moet uitnodigen.”

Weer een ander:

“Ik heb zelfs de ervaring dat je nog beter een betrouwbare begeleider met een krakkemikkig

scheerapparaat kan laten scheren dan een stagiaire die er pas net werkt met het meest perfecte scheerapparaat dat ooit is gemaakt.”;

- Dat hij of zij de tijd voor het scheren neemt en niet te haastig moet zijn, zodat er ‘schakeltijd’ wordt ingelast.
“Haast of het wel even snel willen doen is vragen om problemen. Je moet cliënten de gelegenheid geven zich op iedere nieuw stapje binnen het scheerproces te kunnen instellen.”;
- Dat handelingen die onderdeel van het scheerproces uitmaken worden aangekondigd. Zo’n aankondiging kan verbaal van aard zijn, maar bijvoorbeeld ook bestaan uit het laten zien van het scheerapparaat of het aantikken van de wang waarop met scheren wordt begonnen (of met combinaties van deze vormen, op geleide van de communicatiemogelijkheden van de cliënt);
- Dat op het niet goed verlopen van het scheerproces door de begeleider in geen geval mag worden gereageerd met boosheid, omdat dat de problemen alleen maar verergert.
“Op het moment dat je eigen emotie een rol gaat spelen helpt dat per definitie niet aan het oplossen van het probleem. De cliënt moet het hebben van zijn begeleider en als hij merkt dat die het ook niet zo goed weet of geïrriteerd raakt dan gaat hij dat minder vertrouwen.”
Een ander: *“boos worden heeft gewoon geen enkele zin, streng zijn af en toe wel, van: blijf nou even zitten dit moet gewoon gebeuren, klaar. En daarbij positief assertief, maar niet heel jolig. En soms helpt het om een liedje te zingen.”*
- Dat je, indien dat mogelijk is, de cliënt ook een beetje zelf de regie moet geven over het scheerproces. Dan voelt hij zich wat minder afhankelijk van de begeleider.
“Wij lossen dat soms op door de cliënt zelf te laten beginnen met scheren, waarna wij het verder afmaken.”
Een ander zegt daar echter het volgende over: *“op het moment dat de cliënt een handeling niet goed beheerst heeft het weinig zin om daar invloed op te laten uitoefenen. Dan moet je dat op een andere manier doen. Wat wij heel vaak doen is dat wij scheren en dat de cliënt nog even na-scheert of even de aftershave op doet, dat soort dingen. Of het scheerapparaat uitklopt. Het helpt vaak wel als hij op die manier wordt betrokken. Maar eerst de cliënt laten scheren en dan zelf als begeleider na-scheren moet je nooit doen want dan geef je de cliënt de indruk dat hij het niet goed heeft gedaan. En het zelfvertrouwen van veel cliënten is al niet zo hoog.”*
- Dat je als het even niet gaat niet koste wat het kost door moet gaan met scheren.
“Ik heb wel eens een cliënt meegemaakt, die wilde echt niet. Dan laat ik hem eerst even tot rust komen, want ik weet dat als ik wel door ga ik met een andere collega fysiek moet ingrijpen om hem te scheren. Het doel heiligt die middelen niet.”

FACTOREN DIE TE MAKEN HEBBEN MET DE ONVOORSPELBAARHEID VAN HET SCHEERPROCES (LOS VAN DE BEJEGENING)

De mate waarin het scheerproces door de cliënt als minder of meer voorspelbaar kan worden ervaren wordt door de ondervraagden eveneens als een belangrijke determinant voor het ontstaan van scheerproblemen aangemerkt. Factoren die in dat kader worden genoemd zijn:

- Het *totaal aantal begeleiders* dat op een afdeling met het scheren van cliënten te maken heeft (des te groter het aantal, des te onvoorspelbaarder het scheerritueel).
“Een cliënt wordt vaak met meer dan acht mensen geconfronteerd. Je kunt wel zeggen dat het team hier uit acht man bestaat, maar als er drie flexwerkers bijkomen, die wisselend worden ingezet, gaat het dus om een aanzienlijke teamgrootte en potentieel veel scheerders en discontinuïteit van persoon.”;
- De *ruimte* waarin wordt geschoren (des te onrustiger die ruimte, des te groter de onvoorspelbaarheid).
“Als andere mensen in de buurt zijn dan leidt dat af. En aangezien cliënten het scheren vaak spannend vinden moeten er zo weinig mogelijk prikkels bijkomen. Als er veel afleiding is kan dat voor sommige cliënten een extra oorzaak zijn van ongemak, ongerustheid of zich niet helemaal veilig voelen.” Niet altijd blijkt het echter gemakkelijk om een prikkelarme ruimte te vinden. *“Het lukt vaak niet om een ruimte te vinden waar je door niemand wordt gestoord. De badkamer is*

daarvoor niet voor iedereen geschikt omdat dat een vrij gehorig hok is en het geluid soms ook als extra prikkel kan meespelen.”;

- De volgorde waarin de scheerhandelingen worden uitgevoerd, evenals de wijze waarop deze (in technische zin) worden uitgevoerd. Naarmate de volgorde telkens hetzelfde is en de technische wijze waarop het scheren wordt uitgevoerd ook identiek is vergroot dat de voorspelbaarheid. *“Je moet alle scheerhandelingen zoveel mogelijk standaardiseren. Het kan niet zo zijn dat de ene keer voor de spiegel wordt geschoren, de andere keer zittend, de een de cliënt van links benadert, de ander van rechts, de ene begeleider veel fysieke druk bij het scheren uitoefent en de ander amper enig druk. Het is net als bij autorijden, je denkt daar als je enige ervaring hebt niet meer bij na welke handelingen je allemaal uitvoert; het wordt een automatisme. Zo moet dat voor een cliënt ook worden bij het scheren. Je biedt in feite een gewenningspatroon aan.”*

Een ander:

“Als ik achter de cliënt sta tijdens het scheren kan dat als bedreigender worden ervaren, want dan ben ik uit beeld. Deze cliënten functioneren soms op het niveau van ‘kiekeboe’: als ze je niet zien ben je ook weg, maar ze horen wel dat enge geluid van het scheerapparaat.”

Weer een ander:

“Ik werk met Triple C en daarin heb je drie begeleidingsstijlen: je geeft richting, je nodigt uit of je geeft ruimte. Richting geven betekent dat je best veel overneemt van de cliënt, maar over wat je precies overneemt moet je het eens zijn. Je kunt de cliënt ook uitnodigen het apparaat zelf ter hand te nemen. Of je staat toe dat hij zelf het initiatief neemt om het te pakken; dat heet ruimte geven. Maar over al die dingen moet je het als begeleiders wel eens zijn.”

Een ander ten aanzien van de scheertechniek zelf:

“Het klinkt een beetje stom en is niet denigrerend bedoeld, maar bij ons zijn veel vrouwen werkzaam die niet zo goed weten hoe je moet scheren. Die doen gewoon lange banen recht naar beneden, zoals je dat met een mesje zou doen, maar je moet natuurlijk cirkeltjes maken. Veel mannelijke begeleiders zijn dat, omdat ze zichzelf scheren, wel gewend.”

Overigens geldt niet voor alle cliënten dat een volstrekte eenduidigheid van handelen gewenst is. Zo geeft een ondervraagde aan:

“Ik ken ook cliënten die enige diversiteit in het handelen wel kunnen hanteren en de scheerbeurt koppelen aan de begeleider. Maar dan heb je het wel over het iets hogere niveau. Zo ken ik iemand die door een aantal begeleiders droog geschoren wordt en door één nat. Mijn ervaring is dat hoe lager het niveau is, hoe belangrijker het protocolmatige wordt.”

DE FAMILIE VAN DE CLIËNT

Ook de familie van de cliënt kan in indirecte zin van invloed zijn op het ontstaan van scheerproblemen.

“Je hebt cliënten die eigenlijk ver boven hun verwachte niveau functioneren omdat de familie erg gefocust is op zelfredzaamheid. Dat is dan een stukje opvoeding dat ze meekrijgen en waar je dan ook bij het scheren gemak van kunt hebben. Maar dat geldt niet voor alle familie. Soms bepaalt thuis de cliënt wat er gebeurt, in de zin van: ik heb geen zin, dus ik word niet geschoren. En dan zeggen de ouders: oké jij wilt het niet, dus hoeft het niet.”

Daarnaast speelt natuurlijk het belang dat de familie hecht aan een ‘gladgeschoren’ zoon of verwante een rol. Het kan voorkomen dat een cliënt aangeeft graag een baard te willen laten staan, maar dat daar vanwege druk vanuit de familie vanaf wordt gezien.

4.2.3 Oplossingen voor scheerproblemen

Een aantal oplossingen voor scheerproblemen bij personen met een verstandelijke beperking liggen besloten in de oorzaken die hierboven zijn genoemd. Zo dient er rekening te worden gehouden met de binnen de cliënt gelegen factoren die tot deze problemen kunnen leiden, zoals eventuele

hypersensitiviteit, de ervaringsordening van de cliënt, zijn tijdsbesef etcetera. De buiten de cliënt gelegen oorzaken lenen zich uiteraard het meeste voor een aanpak die de scheerervaring van cliënten kan verbeteren. Een zorgvuldige en zelfverzekerde bejegening, rekening houden met het inlassen van schakeltijd voor de cliënt, het aankondigen van handelingen die onderdeel van het scheerproces uitmaken, niet reageren met boosheid indien het scheren stroef verloopt en kijken of er een vorm van eigen regie in het scheerproces kan worden ingebouwd zijn daar voorbeelden van. Maar ook waar mogelijk het aantal begeleiders dat met het scheren belast is beperken en indien dat niet haalbaar blijkt afspraken maken over een uniforme aanpak, waarvan zowel de ruimte waarin wordt geschoren als de volgorde van de scheerhandelingen onderdeel uitmaken. Er wordt door alle ondervraagden nog een aantal aanvullende oplossingen voor scheerproblemen aangedragen. Die oplossingen liggen soms voor de hand omdat zij eveneens in het verlengde liggen van de oorzaken voor scheerproblemen; zij sluiten daar dan ook veelal nauw op aan. In volgorde van belangrijkheid worden de volgende oplossingen voorgesteld:

HET ONTWIKKELEN VAN HANDELINGSSCENARIO'S VOOR HET SCHEREN

Meerdere ondervraagden hebben aangegeven dat het ontwikkelen van handelingsscenario's bij het scheren een belangrijke stap kan zijn voor het verbeteren van de scheerzorg aan personen met een verstandelijke beperking. Op sommige afdelingen binnen Talant wordt daar al ervaring mee opgedaan.

“Wij hebben voor een aantal cliënten een handelingsscenario of een script. Daarin staat op de cliënt afgestemd hoe deze het beste geschoren kan worden. Dat begint bij spullen klaar leggen, of je iemand van links of rechts, van voren of van achteren benadert en daarin worden alle verdere bijzonderheden uitgewerkt, tot aan de rol die je de cliënt wilt geven aan toe. Het hele plaatje, zeg maar, bijvoorbeeld ook dat je bij de volgorde van het scheren begint bij de minst gevoelige plek en dan geleidelijk naar de gevoeliger plekken gaat, zodat je het lichaam vult met prikkels die hanteerbaar zijn. Daar gebruiken we in sommige gevallen zelfs sensorische integratie therapeuten voor. Zo kan je van hen bijvoorbeeld het advies krijgen om er eerst een warme doek over te doen, zodat de haren wat zachter worden en rechterop komen te staan. Dus niet een handelingsscenario voor de hele afdeling, maar een scenario dat is toegesneden op Piet, Jan of Klaas.”

WERKEN VOGENS HET PRINCIPE VAN TRIPLE C

Meerdere ondervraagden geven aan dat het werken volgens de principes van Triple C hun een theoretisch raamwerk kan bieden dat ook bij scheerproblematiek van nut kan zijn.

“Ik werk veel vanuit de visie van Triple C en in die visie is elke vorm van ongewenst gedrag dat er niet voldaan wordt aan vier basale behoeften die ieder mens heeft, namelijk fysieke behoeften (zoals veiligheid en gezondheid), emotionele behoeften (zoals de relatie die je met je begeleider hebt), mentale behoeften (zoals de behoefte om grip te hebben, te verwezenlijken via een stukje eigen regie) of zingevende behoeften (zoals iets voor iemand anders betekenen). Vanuit dit raamwerk kan je ook tot oplossingen komen.”

Een ander:

“Vanuit de Triple C gedachte kijk ik erg naar de behoeften. Behoefte aan veiligheid, aan erkenning en waardering en aan invloed op je eigen leven. Dat soort zaken spelen bij scheren allemaal een rol denk ik. Want scheren lijkt niet heel intiem, maar het is toch een redelijk intiem moment op de dag.”

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR)

Hoewel binnen Talant nog geen ervaring is opgedaan met EMDR bij het scheren wordt het door een van de ondervraagden wel als een potentiële therapie bestempeld om de scheerervaring te verbeteren.

“Wij hebben dat gedaan bij het knippen van nagels bij een cliënt met overgevoeligheid. Want je mag in jullie onderzoek gerust scheren vervangen door nagels knippen, dan kom je nagenoeg hetzelfde riedeltje aan problemen en oorzaken tegen. Wij hebben het idee dat EMDR die cliënt geholpen heeft. Wellicht kan EMDR ook bij scheren de spanning er wat van afhalen. Maar je hebt er wel een bepaald niveau voor nodig, het kan vooral effectief zijn bij de wat hogere niveaus.”

ELEKTRISCH NAT SCHEREN

Meerdere ondervraagden hebben aangegeven dat ze goede ervaringen hebben met elektrisch nat scheren. Dat betreft scheren met een scheerapparaat waaruit een soort gel komt dat rechtstreeks op de huid wordt aangebracht tijdens het scheren.

“Je mag niet generaliseren, maar ik heb positieve ervaringen met van die scheerapparaten waar schuim uitkomt en waarbij je nog steeds elektrisch kan scheren.”

Een ander:

“Het beste toestel wat ik gebruikt heb is eigenlijk al een redelijk oud toestel. Daar zat een pompje op en daar kwam van dat scheergel uit, dat is altijd een heel fijn toestel geweest. Door die gel werd de huid ondertussen verzacht en kon je ook gemakkelijker door. Apart gel aanbrengen en daarna scheren werkt minder goed, want sommigen vinden dat eng of spannend of gaan het opeten. Het spul moet dus bij voorbaat tegelijk met het scheren uit het apparaat komen.”

5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

5.1 Conclusies deelonderzoek A

Uit de resultaten van het scheeronderzoek dat bij vijf cliënten van Talant is uitgevoerd, kan de conclusie worden getrokken dat er geen enkele aanwijzing is gevonden die erop duidt dat gebruik van het nieuwe scheerapparaat tot verminderde stress en een hoger scheercomfort bij hen leidt. Angst, agitatie, fysieke agressie, afweer en vluchtgedrag van cliënten lijken zelfs eerder wat groter te zijn bij een scheerbeurt met het nieuwe apparaat. Vanwege het kleine aantal gemeten cliënten en het niet vinden van significante verschillen, kunnen deze bevindingen echter ook aan toeval toe te schrijven zijn. De scheerduur is nagenoeg gelijk gebleven; ook in dat opzicht vormt het nieuwe scheerapparaat geen verbetering.

5.2 Conclusies deelstudie B

Uit de resultaten van deelstudie B kan de conclusie worden getrokken dat er meerdere factoren scheerproblemen kunnen veroorzaken, waarvan een deel cliëntgebonden factoren zijn en een ander deel buiten de cliënt liggen. Met de cliëntgebonden factoren dien je als begeleider die met het scheren is belast vooral rekening te houden. De factoren die buiten de cliënt liggen, lenen zich voor een gerichte aanpak, zoals het aanleren van een betere scheertechniek bij (zoals het lijkt vooral vrouwelijke) scheerders, uniformering van handelingen tussen uiteenlopende begeleiders en op iedere individuele cliënt toegesneden scheerscenario's.

5.3 Discussie en aanbevelingen

Deze studie heeft laten zien dat scheerproblemen bij cliënten met een verstandelijke beperking binnen een IBG-setting niet kunnen worden opgelost door het gebruik van modernere scheerapparaten. Hierbij zij wel aangetekend dat in dit onderzoek slechts één nieuw type scheerapparaat werd getest en het goed mogelijk is dat er andere nieuwe varianten op de markt zijn die wel tot een betere scheerervaring leiden. In dat kader is ook de opmerking van twee respondenten van belang dat zij positieve ervaringen hebben met elektrische scheerapparaten, waarmee nat geschoren kan worden. Gelet op de complexe oorzaken van scheerproblemen bij deze personen, die veelal multifactorieel van aard zijn, is het echter aannemelijk dat de techniek van het gebruikte scheerapparaat slechts in zeer beperkte mate bijdraagt aan de scheerervaring van de cliënt. Een beter scheerapparaat kan aangrijpen op de factor pijn bij het scheren of op de factor (hinderlijk) geluid. Geen van deze twee factoren worden door de geïnterviewde professionals als cruciaal aangemerkt bij het ontstaan van scheerproblemen. Andere genoemde factoren, zoals de bejegening en de ervaren onvoorspelbaarheid van zowel het scheren als totale handeling als van alle subhandelingen waaruit het scheren bestaat, lijken eerder aan de weerstand bij te dragen die een aantal cliënten tegen het scheren blijkt te ontwikkelen. Deze conclusie dient uiteraard mede te worden getrokken in het licht van de soms beperkte communicatiemogelijkheden die sommige cliënten hebben.

Samenvattend zijn dit de aanbevelingen:

- Rekening houden met cliëntgebonden factoren zoals hypersensitiviteit, de ervaringsordening van de cliënt en zijn tijdsbesef.
- In de bejegening zorgvuldig en zelfverzekerd zijn, rekening houden met het inlassen van schakeltijd voor de cliënt, het aankondigen van handelingen die onderdeel van het scheerproces uitmaken, niet reageren met boosheid indien het scheren stroef verloopt en kijken of er een vorm van eigen regie in het scheerproces kan worden ingebouwd.
- Waar mogelijk het aantal begeleiders dat met het scheren belast is, beperken. En indien dat niet haalbaar blijkt, afspraken maken over een uniforme aanpak per cliënt, waarvan zowel de ruimte waarin wordt geschoren als de volgorde van de scheerhandelingen onderdeel uitmaken.

- Ontwikkelen van handelingsscenario's (of 'script') voor het scheren kan een belangrijke stap zijn voor het verbeteren van de scheerzorg aan personen met een verstandelijke beperking.
- Toepassen principes van Triple-C waardoor je goed aansluit bij de behoeftes van de cliënt.
- Toepassen EMDR (Eye Movement desensitization and Reprocessing) kan mogelijk de spanning verminderen en het scheerproces aangenamer maken.
- Elektrisch nat scheren met een apparaat waar de scheergel automatisch uit komt zou het scheren ook makkelijker kunnen maken.

Voor een probleem met multifactoriële oorzaken bestaat helaas geen enkelvoudige oplossing. Wil het scheren bij cliënten waarbij dat soms tot problemen leidt, gemakkelijker gaan verlopen, dan is vereist dat met meerdere oorzakelijke factoren rekening wordt gehouden en voor een oplossing wordt gekozen die al deze factoren 'adresseert'. Dat betekent dat het per definitie om een ingrijpende aanpak dient te gaan, die van meerdere werknemers binnen Talant, op verschillende niveaus – niet alleen op het werkveldniveau, maar ook op beleids- en managementsniveau – een inspanning vereist. De resultaten van dit onderzoek bieden een aantal waardevolle aanknopingspunten om daarmee een goede start te kunnen maken.

6 Bijlage 1: Interviewformat

Vragen:

- Wat is precies uw functie?
- Met welk soort cliënten heeft u te maken?
- Herkent u het bestaan van scheerproblemen bij de cliënten waarmee u zelf te maken heeft?
- Scheert u zelf wel eens?
- Wat is naar uw kennis en ervaring de belangrijkste reden dat scheren bij deze 'doelgroep' tot problemen kan leiden?

Ik noem nu telkens een mogelijke beïnvloedende factor van scheeronrust bij deze cliënten en stel daarover enkele vragen.

- Hebben scheerproblemen volgens u te maken met de bejegening van de begeleider en zo ja, in welke zin?
 - a. welke aspecten van deze bejegening spelen naar uw idee een rol?
 - b. wat zou met inachtneming van die aspecten de beste bejegening zijn c.q. welke waarde dient zo'n aspect in te nemen?
 - c. denkt u dat angst en agitatie van de begeleider bij het scheren een rol kan spelen?
 - d. dient een cliënt invloed te hebben op het verloop van de scheergebeurtenis of is dat juist niet verstandig?
- Hebben scheerproblemen volgens u te maken met de ruimte waarin wordt geschoren?
 - a. welke aspecten van die ruimte spelen daarbij naar uw idee een rol?
 - b. wat zou de meest ideale situatie zijn?
- Hebben scheerproblemen volgens u te maken met ervaren pijn?
 - a. hebben personen met een matige/ernstige verstandelijke beperking meer pijn dan niet beperkten?
 - b. hoe kan pijn worden vermeden/gereduceerd?
- Hebben scheerproblemen volgens u te maken met een gebrek aan eenduidigheid in de benadering van de cliënt (iedere scheerder doet het weer anders) en een te grote hoeveelheid scheerders?
 - a. is er van een dergelijk gebrek volgens u regelmatig sprake?
 - b. hoe kan pijn worden vermeden/gereduceerd?
 - c. speelt een al dan niet vaste dagindeling een rol?
- Vormt het scheren een probleem op zichzelf of kunnen exact dezelfde onrustreacties bij een cliënt worden opgeroepen met bijvoorbeeld een elektrische tandenborstel of bij nagelknippen?
- Hebben alle reacties van een cliënt op het scheren ieder een unieke betekenis of staan ze in feite voor hetzelfde?
- Welke cliëntgebonden factoren spelen naar uw mening een rol? Denk daarbij bijvoorbeeld aan:
 - a. de ervaringsordening van de cliënt
 - b. zijn of haar tijdsbesef
 - c. gevoelens van algehele malaise

- d. de communicatiemogelijkheden van de cliënt
 - e. zijn of haar stemming tijdens het scheren
 - f. de motoriek van de cliënt
 - g. de visus van de cliënt
 - h. anders?
- Heeft de familie van de cliënt invloed op zijn scheerervaring en zo ja, in welke zin?
 - Zou het opstellen en gebruiken van een verzorgingskaart voor de cliënt een positieve invloed kunnen hebben op zijn scheerervaring?