



SOMATISCHE VERPLEEGHUISCLIËNTEN... PMT EEN ZORG?

*De bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven van
somatische verpleeghuiscliënten*

**TEGENWOORDIG
HEBBEN
DE OUDEREN
DE TOEKOMST**

Loesje

Student: Marina Hubregtse
Begeleider: Jeannette Verhoeven
Beoordelaar: Fred Dijk
Christelijke Hogeschool Windesheim
Psychomotorische therapie en bewegingsagogie
10 januari 2013
Zwolle

Voorwoord

Hierbij presenteer ik het onderzoeksverslag dat ik heb geschreven in de afstudeerfase van de opleiding Psychomotorische Therapie [PMT] en Bewegingsagogie [BA] aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle.

In het kader van deze opleiding loop ik sinds oktober 2011 stage bij Triviummeulenbeltzorg [TMZ]. TMZ is een zorginstelling die zorg voor ouderen levert, waaronder verpleeghuiszorg. Omdat PMT binnen TMZ momenteel nog geen deel uitmaakt van het behandelaanbod, was mijn stage pionierend van aard. De doelgroep waarmee ik werkte waren enerzijds oudere, somatische verpleeghuiscliënten en anderzijds oudere en jongere cliënten die zowel somatische als psychiatrische problematiek kennen. Gedurende mijn stage ontstond bij mij de vraag welke (toegevoegde) waarde PMT binnen TMZ zou kunnen hebben voor deze doelgroepen. TMZ was van hun kant geïnteresseerd in mijn vakgebied. Zodoende leek het mij interessant om mijn afstudeeronderzoek te koppelen aan mijn stage en te onderzoeken welke bijdrage PMT zou kunnen leveren binnen TMZ. Door de tijd heen heb ik mijn onderzoek opzet vele keren herschreven en is deze behoorlijk getransformeerd. Uiteindelijk heb ik mijn onderzoek niet op TMZ gericht maar op een brede maatschappelijke context en op één doelgroep: somatische verpleeghuiscliënten.

Het resultaat van mijn onderzoek is een verkenning van wat PMT, als jong vakgebied binnen de somatische verpleeghuiszorg, concreet voor bijdrage kan leveren binnen de zorg voor somatische verpleeghuiscliënten. Het resultaat van mijn onderzoek is tot stand gekomen met behulp van PMT professionals uit het werkveld en literatuuronderzoek. Met name de gesprekken met PMT'ers en ook hun schriftelijke bijdragen, hebben mij overtuigd van en geënthousiasmeerd over de bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten en de manier waarop PMT aansluiting vindt bij deze doelgroep.

Ik wil de mensen bedanken die mij ondersteund en begeleid hebben tijdens mijn onderzoek. Allereerst mijn begeleidster, Jeannette Verhoeven: bedankt voor het beantwoorden van mijn vragen en het helpen bij het structureren van het onderzoek. Dan mijn stagebegeleidster, Arinda Tuller: bedankt voor je kritische noten en voeding. Verder een hartelijk bedankt aan alle geïnterviewden voor hun tijd en het verschaffen van waardevolle informatie. Tot slot bedank ik mijn vriend Tim: bedankt voor je feedback, het luisteren naar mijn chaotische weergaves en je geduld.

Veel plezier bij het lezen van dit verslag.

Marina Hubregtse,
Enschede, januari 2013

Samenvatting

In een vergrijzende samenleving en een daarmee toenemende zorgvraag van ouderen is één van de ontwikkelingen die in de samenleving is waar te nemen, de ontwikkeling van medisch gerichte zorg naar cliëntgerichte zorg. Binnen deze cliëntgerichte zorg staat de kwaliteit van leven van de oudere cliënt centraal. Dit onderzoek is een verkenning van wat PMT als jong vakgebied binnen de ouderenzorg kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Kwaliteit van leven wordt in dit onderzoek toegelicht en geoperationaliseerd aan de hand van vier domeinen: *lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden*. Aan de hand van deze vier domeinen zijn semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met zes PMT professionals. Per domein is hen is gevraagd naar wat zij in hun praktijk zien als bijdrage van PMT. Naast praktijkonderzoek is er literatuurstudie gedaan. Na het analyseren van de gevonden data uit de praktijk en de literatuur, bleken bijdrages van PMT binnen alle vier de domeinen van kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. De conclusie van dit onderzoek is een omschrijving van deze bijdrages en van enkele mogelijkheden die er liggen voor PMT'ers. Het onderzoek besluit met enkele aanbevelingen richting verpleeghuizen en voor vervolgonderzoek.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1 Inleiding	5
2 Theoretisch kader	6
2.1 Psychomotorische therapie	6
2.2 Somatische verpleeghuiscliënten	6
2.3 Kwaliteit van leven	7
3 Methode	9
3.1 Respondenten	9
3.2 Dataverzameling	9
3.3 Data-analyse	11
4 Resultaten	12
4.1 Resultaten uit praktijkonderzoek	12
4.2 Resultaten uit literatuuronderzoek	15
5 Conclusie	17
6 Aanbevelingen en discussie	19
Referenties	21
Bijlagen	23
Bijlage 1 Interviewleidraad	24
Bijlage 2 Schriftelijk interview	25

1 Inleiding

In Nederland neemt het aantal ouderen snel toe. Deze vergrijzing zorgt voor een snelle stijging van het aantal zorg- en ondersteuningsvragen. Om te voorzien in de stijgende vraag, is de druk op zorg- en hulpverlenende instellingen voor ouderen binnen Nederland toegenomen. Dit vraagt om vernieuwing en verbetering van de zorg voor ouderen. Eén van die vernieuwingen is de ontwikkeling naar individuele cliëntgerichte zorg, zoals ook binnen TMZ te zien is (TMZ, 2010). Binnen deze cliëntgerichte zorg is *kwaliteit van leven* de term die centraal staat (Finnema, 2011).

Dit onderzoek verkent de bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. De onderzoeksvraag die centraal staat, luidt dan ook:

“Wat is de bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten?”

In de praktijk heeft PMT zich op het gebied van ouderenzorg, gevormd en ontwikkeld binnen de psychogeriatric. Inmiddels levert PMT ook binnen de somatische verpleeghuiszorg een bijdrage, maar is hier nog een jong vakgebied (Hekking & Fellinger, 2011). Daarnaast is in de literatuur weinig tot niks te vinden over de bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Dit is dan ook de reden dat dit onderzoek verkennend van aard is. Er zijn geen verwachtingen of hypothesen opgesteld, maar er wordt juist breed en open gekeken wat er zoal door praktijkbeoefenaars als bijdrage van PMT wordt herkend. Daarnaast is bestaande literatuur bestudeerd waarmee hetgeen in de literatuur bekend is ten aanzien van de bijdrage van PMT, wordt meegenomen in dit onderzoek.

Dit onderzoek wil het vak PMT profileren binnen de somatische verpleeghuiszorg. Voor PMT professionals toont dit onderzoek de relevantie van hun vak aan en zet het de bijdrages op een rijtje. Daarbij worden enkele mogelijkheden genoemd om PMT iets vollediger in te zetten ten behoeve van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Door de bijdrage van PMT te koppelen aan de term kwaliteit van leven, is gepoogd de resultaten van dit onderzoek aantrekkelijk te maken voor verpleeghuizen. Met name voor verpleeghuizen waar PMT geen deel uitmaakt van het behandelpalet, zoals TMZ. Het onderzoek maakt voor hen inzichtelijk wat PMT voor hun somatische verpleeghuiscliënten kan betekenen op het gebied van kwaliteit van leven. Hierdoor wordt het voor hen mogelijk om een onderbouwde afweging te maken PMT al dan niet als behandeldiscipline op te nemen.

Ter verduidelijking van de onderzoeksvraag, gaat het theoretisch kader dieper in op de begrippen ‘PMT’, ‘somatische verpleeghuiscliënten’ en ‘kwaliteit van leven’. Vanuit de literatuur worden deze begrippen gedefinieerd. Het begrip kwaliteit van leven wordt vervolgens geoperationaliseerd. Voorts beschrijft de methode hoe uit de praktijk en literatuur data is verkregen over de bijdrage van PMT ten aanzien van de kwaliteit van leven van de somatische verpleeghuiscliënt en hoe deze is geanalyseerd. Dan volgen de resultaten, waarna in de conclusie de onderzoeksvraag wordt beantwoord. Tot slot worden enige kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst en sluit dit onderzoek af met een aanbeveling richting verpleeghuizen waar PMT nog niet bestaat en die een onderbouwde afweging willen maken om PMT al dan niet op te nemen. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk schetst het theoretisch kader dat de basis vormt voor het uitvoeren van het onderzoek. De centrale begrippen uit de onderzoeksvraag worden onder de loep genomen. Paragraaf 2.1 beschrijft het begrip 'psychomotorische therapie'. Paragraaf 2.2 beschrijft 'somatische verpleeghuiscliënten'. Tot slot wordt in paragraaf 2.3 het begrip 'kwaliteit van leven' gedefinieerd en geoperationaliseerd.

2.1 Psychomotorische therapie

PMT is een behandeldiscipline dat zich richt op cliënten met uiteenlopende psychosociale en psychiatrische problematiek. Binnen PMT worden deze cliënten op een planmatige manier begeleid of behandeld. Daarbij maakt PMT gebruik van bewegingsgeoriënteerde of lichaamsgeoriënteerde methodieken. Bewegen en lichamelijkeheid zijn de middelen van de PMT'er. Het doel van de PMT is beïnvloeden van gedrag en daarmee het verminderen of opheffen van de psychische problemen. Vier belangrijke factoren die binnen de PMT worden gemanipuleerd zijn de Lichamelijke, Emotionele, Cognitieve en Sociale (LECS) componenten van gedrag (BAPMT I, 2008-2009. (Hekking & Fellingier, 2011).

PMT is gestoeld op het beeld dat mensen een onlosmakelijke fysieke relatie hebben met de wereld om hen heen, die uitdrukking geeft aan hun welbevinden, maar ook aan hun problemen. Daarmee kan gezegd worden dat de mens zichzelf en zijn problemen laat zien door de wijze waarop hij dingen doet en laat. Van hieruit bestaat het idee dat beweging en lichaamservaring benut kunnen worden voor het gunstig beïnvloeden van psychosociale en psychiatrische problematiek. Bewegingsobservatie speelt hierbij een belangrijke rol (Hekking & Fellingier, 2011).

Volgens Hekking en Fellingier (2011) is bewegingsagogie [BA] een onderdeel van het werk van de psychomotorisch therapeut. BA heeft een ander doel dan PMT. PMT heeft als doel het verminderen of opheffen van psychische en/of psychosociale problemen. Het doel van de BA is dat cliënten (weer) invoegen in of participeren aan dat deel van het maatschappelijk leven dat zich kenmerkt door bewegingsactiviteiten. BA biedt activiteiten aan voor mensen met een lichamelijke of psychische beperking die hierdoor niet zelfstandig kunnen of durven deelnemen aan een bewegingsgroep. Bewegingsagogie wordt in dit onderzoek beschouwd als onderdeel van PMT.

2.2 Somatische verpleeghuiscliënten

Cliënten in de ouderenzorg vormen een heterogene groep. Cliënten verschillen onder andere in hun lichamelijke gezondheid, de aanwezigheid van cognitieve beperkingen, de sociale contacten met familie en vrienden buiten de instelling en hun mentaal welbevinden. Deze verschillen gelden ook voor somatische verpleeghuiscliënten. De benaming 'somatisch' geeft aan dat de problematiek bij deze cliënten lichamelijk van aard is. Dit is ook de dominante grondslag waarop deze groep is samengesteld. In de praktijk zijn naast de somatische klachten ook vaak psychosociale of cognitieve problemen aan de orde.

De GGZ heeft verschillende cliëntgroepen beschreven op basis van zorgzwaarte. De somatische verpleeghuiscliënten waar dit onderzoek zich op richt, komen overeen met *ZZP 6 VV beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging*. De cliëntgroep wordt omschreven als een groep cliënten met ernstige somatische beperkingen die hierdoor behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving, met begeleiding en intensieve verzorging en verpleging.

De zorgbehoefte betreft mobiliteit zowel binnenshuis als buitenshuis en de verschillende aspecten van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. De behoefte aan zorg bij deze cliënten is structureel. De zorg moet dan ook 24 uur per dag beschikbaar zijn.

De begeleidingsbehoefte betreft psychosociale/cognitieve functies en sociale redzaamheid. Taken waarbij vaak of continu hulp, toezicht en sturing nodig kunnen zijn, zijn concentratie, motivatie, psychosociaal welbevinden, het zich begrijpelijk maken naar anderen en begrijpen wat anderen zeggen of het initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. Bij deze cliënten komt doorgaans geen gedragsproblematiek voor, wel kan psychiatrische problematiek voorkomen hetzij passief van aard. Het doel van de begeleiding is vaak gelegen in stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang (Jansen, 2006). Hekking en Fellingner (2011) noemen als belangrijkste insteek in de zorg voor ouderen het afremmen van en leren omgaan met achteruitgang.

2.3 Kwaliteit van leven

Definitie

Het begrip kwaliteit van leven is in de literatuur veelvuldig gedefinieerd. Uit verschillend onderzoek dat sinds tientallen jaren is gedaan, blijken veel verschillende aspecten van belang te zijn voor levenskwaliteit (van Nispen et al. 2005, Boevink, 1995). Bij het vergelijken van verschillende definities blijken inderdaad vele accentverschuivingen te bestaan, afhankelijk van de context. Geconcludeerd kan worden dat er geen allesomvattende en definitieve definitie bestaat van het begrip kwaliteit van leven.

Volgens van Nispen et al. (2005) wordt het begrip kwaliteit van leven in de literatuur veelal opgevat als een multi-dimensionaal concept waarbinnen in ieder geval een somatisch, een psychisch en een sociaal aspect onderscheiden te zijn. Ook de World Health Organisation [WHO] noemt deze aspecten (lichamelijk en psychisch welbevinden en sociale relaties) en voegt daar het niveau van onafhankelijkheid, de persoonlijke overtuiging en de verhouding tot belangrijke kenmerken van de leefomgeving aan toe (World Health Organization, 1997).

In dit onderzoek wordt kwaliteit van leven gedefinieerd als “het oordeel van de cliënt over zijn of haar zintuiglijke, lichamelijke en psychosociale functioneren en zijn of haar ervaren autonomie en ervaren veiligheid” (Van Campen et al., 1998). Deze definitie bevat de kernpunten van het begrip kwaliteit van leven zoals deze door van Nispen et al. (2005) en de World Health Organization (1997) worden genoemd en is daarbij specifiek toegespitst op de verpleeghuiscliënt. De kwaliteit van leven wordt geoperationaliseerd aan de hand van vier domeinen die beschreven worden door van Nispen et al. (2005). Deze vier domeinen zijn herkenbaar in de definitie van van Campen (1998) en worden hieronder uitgediept.

Vier domeinen

Door Branchevereniging Verpleging en Verzorging, Arcares, is een onderzoek gedaan onder verzorging- en verpleeghuiscliënten waarbij aan de hand van literatuurstudie, bijeenkomsten met cliënten(raden), zorgaanbieders en deskundigen vier domeinen zijn vastgesteld die van belang zijn voor de kwaliteit van leven, te weten:

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid
- Woon-/leefomstandigheden
- Participatie
- Mentaal welbevinden (van Nispen et al., 2005).

De volgende alinea beschrijft deze vier domeinen nader.

Indicatoren binnen de vier domeinen

Binnen de door van Nispen et al. (2005) genoemde domeinen zijn verschillende indicatoren te onderscheiden. Om de kwaliteit van leven te kunnen meten en er invloed op uit te kunnen oefenen, is het nodig om te weten welke indicatoren moeten worden beïnvloed. In de context van het verpleeghuis kunnen indicatoren worden gezien als zorgbehoeften. Bij zorgbehoeften gaat het namelijk om de vraag wat de wensen en voorkeuren zijn van de cliënt. Uit de literatuur blijkt het causale verband tussen zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Eack & Newhill (2007) vonden dat onvervulde zorgbehoeften een sterke invloed hebben op de kwaliteit van leven en volgens UK700 groep (1999) blijken onvervulde zorgbehoeften de sterkste voorspellers ervan. Gezegd kan worden dat hoe passender de zorg is, dus hoe beter de cliënt in zorgbehoefte wordt voorzien, des te beter de kwaliteit van leven.

De indicatoren binnen de vier domeinen van kwaliteit van leven zijn in kaart gebracht door van Beek et al. (2005) en Poortvliet et al. (2006) in de vragenlijst 'Zicht op eigen leven'. De vragenlijst is gericht op somatische verpleeghuiscliënten en meet de kwaliteit van leven op basis van de vier vastgestelde domeinen door van Nispen et al. (2005). De domeinen zoals deze in de vragenlijst worden onderscheiden, bevatten de volgende indicatoren:

- *Lichamelijk welbevinden/gezondheid*: gezondheid van cliënten, hun lichamelijke beperkingen, de lichamelijke verzorging en het kunnen genieten van eten en drinken;
- *Woon-/leefsituatie*: de eigen plek van cliënten, de woonomgeving, de ervaren veiligheid, zelf bepalen van de dagindeling, een goede tijdbesteding en de financiën;
- *Participatie*: sociale contacten van cliënten, de sociale rollen, ervaren intimiteit en het ervaren van plezier;
- *Mentaal welbevinden*: het gevoel van onafhankelijkheid, het hebben van privacy, de beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei en het zien van een toekomst en spiritualiteit (Poortvliet et al., 2006).

3 Methode

Op basis van de onderzoeksvraag en de hierboven beschreven theorie, is een verkennend onderzoek uitgevoerd. In zowel de praktijk als in de literatuur is nagegaan op welke manier PMT bijdraagt aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten binnen de vier domeinen van van Nispen et al. (2005). Hieronder volgt de beschrijving van de respondenten, dataverzameling en –analyse.

3.1 Respondenten

Voor het praktijkonderzoek zijn in totaal twaalf verpleeghuizen benaderd via de mail of per telefoon met de vraag of PMT bij hen als behandeldiscipline is opgenomen en zo ja, of er een PMT professional bereid gevonden kon worden om mee te werken aan het onderzoek. Voorwaarde was dat de PMT professional werkzaam is (geweest) met somatische verpleeghuiscliënten. Van de twaalf verpleeghuizen die zijn benaderd zijn uiteindelijk binnen vijf verpleeghuizen zes PMT professionals, waarvan één ex-PMT'er, bereid en geschikt bevonden om mee te werken. Bij alle zes PMT professionals is een semi-gestructureerd interview afgenomen. De verpleeghuizen die hebben meegewerkt zijn: Evean Oostergouw, De Riethorst Stromeland, Thebe Lucia, Laurens en Stichting Vreedenhoff.

3.2 Dataverzameling

Voor het verzamelen van gegevens ten aanzien van de waarde van PMT voor de kwaliteit van leven van de somatische verpleeghuis cliënt zijn twee methoden gebruikt: een studie onder praktijkbeoefenaars door middel van semi-gestructureerde interviews enerzijds en een literatuurstudie anderzijds. Hieronder volgt een beschrijving van het proces van dataverzameling.

Praktijkonderzoek

De interviews zijn deels mondeling en deels schriftelijk afgenomen. De mondelinge interviews zijn telefonisch afgenomen, waarbij een geluidsopname is gemaakt. Deze opname is daarna uitgeschreven tot een tekstbestand. De schriftelijke interviews zijn per e-mail verstuurd aan de respondenten. De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een mondelinge of schriftelijke interviewleidraad, te vinden in respectievelijk bijlage 1 en bijlage 2. Als referentiekader voor de interviewleiden zijn de vier domeinen van kwaliteit van leven en de hierbinnen genoemde indicatoren gebruikt. Ook zijn enkele vragen opgenomen over de bijdrage van het PMT in het algemeen, waarin werd gevraagd naar effecten die professionals herkenden maar die zij niet binnen de vier domeinen konden plaatsen.

Literatuuronderzoek

Voor het verkrijgen van literatuur zijn de volgende bronnen aangesproken: Google Scholar, HBO-kennisbank, studieboeken van de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie en verkregen literatuur via contactpersonen uit het werkveld. Binnen de genoemde bronnen is een klein aantal relevante onderzoeken gevonden. Hieronder volgt een overzicht van de gebruikte literatuur en de wijze van screening.

In Google Scholar is gezocht op een combinatie van de volgende termen:

("Psychomotorische therapie" OR PMT OR bewegingsagogie) AND (verpleeghuis OR "verpleeghuis cliënt" OR somatiek OR "somatische verpleeghuiscliënt" OR oudere OR geriatrie OR ouderenzorg) AND (kwaliteit van leven)

en

("Psychomotorische therapie" OR PMT OR bewegingsagogie) AND (verpleeghuis OR "verpleeghuis

cliënt” OR somatiek OR “somatische verpleeghuiscliënt” OR oudere OR geriatrie OR ouderenzorg).

Deze twee zoekopdrachten zijn ook in het Engels ingevoerd:

(“Psychomotor therapy” OR PMT) AND (“nursing home” OR somatic OR “somatic patients” OR “older people” OR geriatric OR “care of the elderly”) AND (quality of life)

en

(“Psychomotor therapy” OR PMT) AND (“nursing home” OR somatic OR “somatic patients” OR “older people” OR geriatric OR “care of the elderly”)

Alle eerste vijftien pagina's van de getoonde resultaten zijn gescreend op titel waarbij is gekeken of de artikelen al dan niet te maken hadden met de onderwerpen PMT, somatische verpleeghuiscliënten of kwaliteit van leven. Uit deze screening is een aantal artikelen geselecteerd, waarvan de samenvattingen gescreend zijn op relevantie voor dit onderzoek. Artikelen die niet direct te maken hadden met PMT of somatische verpleeghuiscliënten zoals omschreven in het theoretisch kader, zijn geëxcludeerd. Hiermee wordt met name bedoeld op artikelen die te maken hadden met psychogeriatric of dementie. Uiteindelijk zijn er uit de tweede selectieronde slechts een drietal artikelen geselecteerd en in dit onderzoek gebruikt:

- Chorus, A., C. van Campen en M. den Draak (2010). Ouderen in beweging: van vitaal belang. In: Annet Tiessen-Raaphorst, Desirée Verbeek, Jos de Haan, Koen Breedveld (red.). *Sport: Een leven lang. Rapportage sport 2010*. Den Haag: SCP.
- Ettema, T. de Lange, J., Dröes, R., Mellenbergt, D. Ribbe, M. (2005). Handleiding Qualidem. Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementia in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stikkers, C.A., van Swaay-Butter, M.G. (1999). *Verplegen van geriatrische zorgvragers*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zoals te lezen valt in de titel van het onderzoek van Ettema et al. (2005), richt dit onderzoek zich op mensen met dementie. Dit onderzoek is echter niet geëxcludeerd omdat hierin een model (het adaptatie coping model van Rose Marie Dröes) wordt beschreven dat door praktijkbeoefenaars wordt benoemd als bruikbaar binnen de somatische verpleeghuiszorg. Door praktijkbeoefenaars zijn geen andere bruikbare modellen genoemd.

De gebruikte studieboeken zijn:

- van Hattum, M., Hutschemaekers, G. (2007) *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* (3^e druk). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hekking, P. en Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Boom: Amsterdam.
- de Lange, J. (2005). Een vak apart. *Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web-netwerk rond bewegen.

De gebruikte bronnen via contactpersonen uit het werkveld tenslotte, zijn:

- Abels, B. & Kerklaan, A. *Psychomotorische therapie (PMT) bij de somatische geriatrische cliënt*.
- van Dasler, J. (1994) *Bewogen door beweging. Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric*. Nijkerk: Intro.

3.3 Data-analyse

Praktijkonderzoek

De resultaten van de interviews zijn geanalyseerd op basis van de labelmethode van Baarda, De Goede & Theunissen (2009). Bij deze analysemethode wordt een naam, omschrijving of code (label) gekoppeld aan fragmenten van kwalitatieve data. In dit onderzoek zijn uit de tekstbestanden van mondelinge en schriftelijke interviews fragmenten geselecteerd die betrekking hadden op: *lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon- /leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden, of overige bijdrages* van PMT. Alle fragmenten zijn vervolgens genummerd en in een overzichtsschema geplaatst. Vervolgens zijn aan alle afzonderlijke fragmenten één of meer labels toegekend op basis van de inhoud (Tabel 2).

Literatuuronderzoek

De gevonden resultaten uit de literatuur zijn op dezelfde manier geanalyseerd als de praktijkbevindingen. Ook hier is gebruik gemaakt van de labelmethode van Baarda et al. (2009), aan de hand van de vier domeinen van kwaliteit van leven (Tabel 2).

Tabel 2.

Overzicht van gebruikte labels

Domein	Label	Betreft
Lichamelijk welbevinden/gezondheid	LWG	Gezondheid van cliënten, hun lichamelijke beperkingen, de lichamelijke verzorging en het kunnen genieten van eten en drinken.
Woon-/leefomstandigheden	WLO	De eigen plek van cliënten, de woonomgeving, de ervaren veiligheid, zelf bepalen van de dagindeling en een goede tijdbesteding en de financiën.
Participatie	PAP	Sociale contacten van cliënten, de sociale rollen, ervaren intimiteit en het ervaren van plezier.
Mentaal welbevinden	MEW	Het gevoel van onafhankelijkheid, het hebben van privacy, de beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei en het zien van een toekomst en spiritualiteit.
Overige bijdrages	OVG	Genoemde bijdrages van PMT welke niet direct in één categorie te plaatsen zijn.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de praktijk- en literatuurstudie gepresenteerd aan de hand van de vier domeinen van kwaliteit van leven van van Nispen et al. (2005). In paragraaf 5.1 worden de bevindingen uit het praktijkonderzoek naar de waarde van PMT en BA voor de kwaliteit van leven van de somatische verpleeghuiscliënt beschreven. Paragraaf 5.2 beschrijft de bevindingen uit de literatuur.

4.2 Resultaten uit praktijkonderzoek

Lichamelijk welbevinden/gezondheid

Binnen het domein lichamelijk welbevinden/gezondheid noemen alle professionals als bijdrage van PMT (re)activering. In dit kader wordt genoemd dat cliënten hun energie kwijt kunnen en direct of indirect aan het oefenen zijn, meer controle verkrijgen over het lichaam, hun beweeglijkheid of conditie behouden of verbeteren, zich fitter voelen en lichamelijke achteruitgang wordt voorkomen of de last van klachten neemt af. Een professional geeft aan dat als bewegen als eng wordt ervaren, deze angst binnen PMT kan worden doorbroken waardoor de cliënten weer in beweging durven komen. Het sociale aspect van bewegen, dus het bewegen in een groep, wordt genoemd als een motivatie voor cliënten om door te gaan en te blijven meedoen. Meer dan de helft van de professionals zegt dat het vertrouwen van cliënten in het eigen lichaam groeit binnen PMT doordat veel positieve en succeservaringen worden opgedaan. Ook veel genoemd wordt dat cliënten leren omgaan met hun veranderde of beperkte lichaam. In plaats van het lichaam als beperkt of als een last te ervaren, leren en ervaren cliënten wat nog de mogelijkheden zijn van hun lijf. Daarbij noemt een professional dat activiteiten een positieve afleiding bieden van de onmogelijkheden. Verder wordt aangegeven dat cliënten binnen PMT zich meer bewust worden van hun lichaam, hun bewegen en handelen door het doen van bewegings- en vooral lichaamsgerichte activiteiten. Cliënten leren lichaamssignalen zoals spanning en ontspanning te onderscheiden en herkennen. Vaak wordt gezien dat de last van lichamelijke klachten afneemt wanneer het lichaamsbewustzijn groeit. Een professional noemt dat zij ziet dat cliënten zichzelf weer gaan verzorgen. Ook draagt PMT volgens verschillende professionals bij aan lichamelijke ontspanning. Bijna alle professionals noemen als bijdrage van PMT het geven van omgangsadvisen aan de omgeving. Binnen PMT wordt zichtbaar wat cliënten nog zelf kunnen en dit wordt overgedragen aan de omgeving. Tot slot wordt door een professional aangegeven dat zij ziet dat cliënten bij andere therapieën verder komen in bijvoorbeeld een revalidatieproces door de ondersteuning van PMT.

“Mogelijkheden ervaren in plaats van beperkingen. De cliënten ervaren dat ze nog veel mogelijkheden hebben en leren creatief om te gaan met hun beperking.”

-Geïnterviewde PMT professional

Woon-/leefomstandigheden

Als bijdrages van PMT binnen het domein woon-/leefomstandigheden worden door de professionals vooral het ontwikkelen van zelfstandigheid of zelfredzaamheid, initiatief name en de eigen verantwoordelijkheid genoemd. Volgens de professionals nemen cliënten hierdoor meer verantwoordelijkheid voor het invullen van hun dag of zijn zelfredzamer op het gebied van ADL. Gezien wordt dat cliënten meer andere activiteiten durven uit te proberen. Een van de professionals

noemt dat ze ziet dat een gestructureerd aanbod veiligheid lijkt te bieden omdat cliënten steeds meer openheid tonen. Ook werd als bijdrage van PMT geven van omgangsadviezen richting verzorging genoemd. Dit kan er ook voor zorgen dat cliënten die zich niet veilig voelen, zich veiliger en meer op hun plek voelen. Als bijdrage van PMT wordt tot slot genoemd dat zij door observatie en advies hulp biedt bij vastgelopen problematische situaties tijdens zorgmomenten.

“Het effect is vooral dat de cliënt zelfstandig naar de therapie komt, maar ook verantwoordelijkheid neemt in het invullen van zijn of haar dag en verantwoordelijkheid neemt en voelt.”

-Geïnterviewde PMT professional

Participatie

Binnen het domein participatie worden door alle professionals heel sterk de bijdrages van PMT benoemd op het gebied van contact maken en ontmoeting. Binnen PMT worden cliënten volgens hen alert gemaakt op de (sociale) omgeving en oefenen cliënten met verschillende rollen en posities. Effecten van PMT die door professionals worden genoemd zijn dat cliënten uit hun schulp of isolement komen, meer open staan voor contact, contact aan durven gaan, beter contact leren maken en onderhouden, beter leren opkomen voor zichzelf, zichzelf beter leren uitspreken of keuzes leren maken in de groep. Een professional ziet dat cliënten meer ontspannen worden in contact en zich in verschillende sociale situaties kunnen handhaven. Gezien wordt dat er meer openheid ontstaat en meer acceptatie en respect naar elkaar toe. Ook wordt gezien dat cliënten vaker samen iets ondernemen. Er ontstaat binding en soms ontstaan vriendschappen. Verschillende professionals noemen ook de PMT-groep als plek waar lotgenotenervaringen kunnen worden uitgewisseld. Cliënten ondervinden hier steun aan elkaar en voelen zich gehoord en gezien. Verder wordt op dit vlak genoemd dat de mogelijkheid van non-verbale communicatie binnen PMT een bijzondere bijdrage is, bijvoorbeeld bij cliënten met afasie. Plezierbeleving wordt door alle professionals gezien. Er worden grappen gemaakt en er wordt gelachen. Bewegen wordt genoemd als goede ingang om tot plezier maken te komen omdat het direct prikkelt, “een bal bijvoorbeeld nodigt uit iets te doen”. Een professional noemt verder dat ze de terugkoppeling krijgt van verzorging dat cliënten als groep rustiger zijn als ze bij de PMT zijn geweest. Tot slot wordt ook binnen dit domein door de professionals de bijdrage van adviesgeven genoemd. De omgeving kan worden betrokken en worden geleerd hoe zij de cliënt kan activeren om mee te doen of er kan worden geadviseerd over passende dagbesteding.

“Je zag bij een aantal cliënten verandering plaatsvinden. Je zag hen vooruit komen. Je zag hen beter contact maken. Ze kwamen meer uit de schulp, maakten meer contact met andere cliënten en soms ontstonden er vriendschappen binnen de groep.”

-Geïnterviewde PMT professional

Mentaal welbevinden

Binnen het domein mentaal welbevinden wordt door verschillende professionals aangegeven dat PMT altijd bijdraagt binnen dit domein omdat PMT zich richt op psychosociale problemen. De professionals geven ook aan dat binnen alle domeinen de koppeling naar mentaal welbevinden kan

worden gemaakt en andersom. Genoemd wordt dat cliënten binnen PMT inzicht verkrijgen in het eigen gedrag, denken en voelen. De cliënt leert hierdoor adequater reageren op gebeurtenissen. Regulatie of preventie van (val)angst, agressie of depressie wordt ook genoemd. Het geven van omgangsadvisen richting verzorging omtrent zich veilig voelen, zoals genoemd binnen het domein woon-/leefomstandigheden, kan er voor zorgen dat angsten naar de achtergrond verdwijnen. Door verschillende professionals is het hervinden van emotioneel evenwicht genoemd. Cliënten leren uiting geven aan emoties of leren om niet te blijven hangen in wat was maar zich te richten op de toekomst. Dit verbetert de stemming, het gevoel van welbevinden van cliënten. Op het gebied van stemming kan het (weer) in contact komen met omgeving en hierbinnen een rol vervullen de stemming positief beïnvloeden. Ook de omgeving van de cliënt kan worden betrokken en geleerd om de cliënt hierin te begeleiden of te horen. Zich gehoord voelen kan leiden tot het verminderen of het niet ontstaan van psychische problematiek. Verder wordt het versterken van de autonomie als effect van PMT genoemd, net als het herstellen van zelfvertrouwen, het behouden en verbeteren van een positief zelfbeeld en rouwverwerking. Acceptatie van het veranderde, zieke of beperkte lichaam wordt meerdere keren genoemd door de professionals. De cliënt leert omgaan met de gevolgen hiervan en de omgeving leert de cliënt hier beter in begeleiden. Tot slot levert PMT een bijdrage in het vroegtijdig opsporen van psychosociale of psychiatrische problemen door observatie.

“Vaak hoor je in de wandelgangen van goh, die cliënt was vorige keer na de PMT rustiger, of, minder angstig.”

-Geïnterviewde PMT professional

Overig

Als specifieke bijdrage van PMT wordt het non-verbale aspect van PMT genoemd. Bewegend contact maken gaat volgens een aantal professionals gemakkelijker en het blijft een ingang, ook als iemand geestelijk minder wordt of verbaal minder vaardig is. Daarnaast wordt als belangrijke bijdrage van PMT genoemd dat PMT naar het totaalplaatje kijkt. PMT omvat alle domeinen. Door een professional wordt gezegd dat als evenredig op alle aspecten, het lichamelijke, cognitieve, emotionele en sociale, dat dan problemen verminderen.

“Ook al worden cliënten geestelijk minder: met bewegen blijf je veel langer een ingang houden dan met praten.”

-Geïnterviewde PMT professional

4.2 Resultaten uit literatuuronderzoek

Lichamelijk welbevinden/gezondheid

Binnen het domein lichamelijk welbevinden en gezondheid is gevonden dat PMT een belangrijke bijdrage levert aan (re)activering (van Dasler, 1994. Abels & Kerklaan, 2011). Het bewegingsagogische stuk binnen PMT voorziet in de noodzaak om te bewegen. Bewegen is goed voor het lichaam omdat de nog aanwezige functies van de cliënt hierdoor worden versterkt en functionele achteruitgang wordt tegengegaan (Stickers et al., 1999. Chorus, 2010. Van Hattum, 2007). Zeker op hoge leeftijd is bewegen essentieel om gezond en fit te blijven. De levensverwachting neemt toe op het moment dat de oudere begint met regelmatig bewegen. Sedentair gedrag (veel zitten en liggen) vormt een groot risico voor allerlei chronische aandoeningen en verhoogd het risico op vroegtijdig overlijden (Chorus, 2010). De oudere kan door het doen van verschillende bewegingsactiviteiten leren om te gaan met de eigen invaliditeit of het veranderde lichaam. De oudere leert het lichaam op zo'n manier te gebruiken dat het niet als een handicap hoeft worden te ervaren (Ettema et al, 2005. Abels & Kerklaan, 2011). Verschillende aspecten binnen de bewegingsagogie/PMT motiveren de oudere om tot bewegen te komen: het koppelen van bewegen aan iets gezelligs, een beweegaanbod op verschillende niveaus, enthousiasme van andere bewoners, een persoonlijke benadering bij de werving en het gebruik van materialen. Ook de ervaren verbeterde fysieke mogelijkheden, leren dat bewegen leuk en veilig kan zijn en onderdeel kan uitmaken van dagelijkse bezigheden en het hebben van vertrouwen in eigen capaciteiten werken stimulerend (Chorus, 2010). PMT levert binnen dit domein tot slot een bijdrage aan ontspanning van het lichaam (van Dasler, 1994).

“Een actieve leefstijl is van cruciaal belang. Bij ouderen die pas op de leeftijd van 75 jaar of ouder regelmatig gaan bewegen neemt de levensverwachting toe.”

-Chorus, A., 2010

Woon-/leefomstandigheden

Binnen het domein woon- en leefomstandigheden leren cliënten binnen de PMT hoe zij een adequate verhouding/zorgrelatie met hulpverleners/personeel kunnen ontwikkelen (Ettema et al., 2005. Abels & Kerklaan, 2011). Verder leren cliënten zich handhaven in de nieuwe situatie en omgaan met de verpleeghuisomgeving en behandelprocedures (Abels & Kerklaan, 2011. Ettema et al., 2005). Ten slotte is gevonden dat veel zitten en liggen een groot risico vormt voor allerlei chronische aandoeningen en daarmee een bedreiging vormt voor de zelfredzaamheid (Chorus, 2010).

Participatie

In groepsverband wordt bewegen een sociaal gebeuren (Stickers et al., 1999). (Re)socialisatie is een belangrijk doel en effect binnen het domein participatie (van Dasler, 1994). Het bevorderen en onderhouden van sociale contacten wordt geleerd. De somatische verpleeghuiscliënten ontwikkelen sociale relaties. Initiatiefname wordt bevorderd. (Abels & Kerklaan, 2011).

“In groepsverband wordt bewegen een sociaal gebeuren.”

-Stickers et al, A., 1999

Mentaal welbevinden

Binnen het domein mentaal welbevinden zijn in de literatuur verschillende bijdrages van PMT gevonden. Somatische verpleeghuiscliënten hebben te vaak maken met een rouwproces vanwege definitieve institutionalisering, verlies van autonomie en geen uitzicht op volledig herstel. Hierdoor ontstaan vaak inadequate copingstrategieën waardoor er psychische problemen ontstaan (Abels & Kerklaan, 2011). PMT maakt gebruik van het adaptatie-coping model waardoor cliënten leren zich aan te passen aan de gevolgen van hun ziekte en om te gaan met de stress die deze gevolgen veroorzaakt (Ettema et al, 2005). Gewerkt wordt aan acceptatie van de lichamelijke beperking (Abels & Kerklaan, 2011). Door middel van lichaams- en bewegingsgerichte methodieken wordt er gewerkt aan het vergroten van de autonomie en acceptatie van het veranderende lichaam. Ook biedt PMT ondersteuning van de voortgang van het rouwproces (Abels & Kerklaan, 2011). PMT bereidt cliënten voor op een onzekere en veranderende toekomst (Ettema et al., 2005) en leert hen hiermee omgaan (Abels & Kerklaan, 2011). Er wordt gewerkt aan gevoelens van uitzichtloosheid en zingevingproblemen (Hekking & Fellinger, 2011). Verder helpt PMT cliënten bij het behouden van een positief zelfbeeld en het creëren en handhaven van een emotioneel evenwicht (Ettema et al., 2005. Abels & Kerklaan, 2011. van Dasler, 1994). Ook angst en depressie zijn thema's waar PMT mee aan de slag gaat (Hekking & Fellinger, 2005). Depressieve verschijnselen kunnen worden voorkomen door te bewegen (van Hattum, 2007), minder bewegen kan juist leiden tot depressiviteit (Chorus, 2010).

Overig

PMT is veelal een non-verbale therapievorm waardoor de betekenisverlening en het inzichtgeven op een andere manier gedaan kan worden dan verbaal (Abels & Kerklaan, 2011). De somatische doelgroep met zijn verminderde vermogens op somatisch, psychologisch en sociaal gebied, valt terug op meer basale contact- en interactievormen, waarbij bewegen en werken met lichaamservaring belangrijke omgangsmodi zijn (Hekking & Fellinger 2011). Voor cliënten die hun emotie niet kunnen of willen verwoorden of voor cliënten met een spraak- en/of taalstoornis is PMT om deze reden zeer geschikt (Abels & Kerklaan, 2011). Men laat vaak in het bewegen gemakkelijker gevoelens, intenties en houding ten opzichte van anderen zien. Ook kan het contact maken middels bewegen duidelijk zijn en voor één uitleg vatbaar, waar verbale uitingen tot misverstanden kunnen leiden (van Dasler, 1994). Verder zijn observatie en het geven van omgangsadviezen twee belangrijke bijdrages van PMT binnen alle domeinen (Abels & Kerklaan, 2011).

“In het bewegen laat men vaak veel makkelijker gevoelens, intenties en houding ten opzichte van anderen blijken dan in verbale situaties.”

-Van Dasler, 1994

5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn op basis van de resultaten uit de praktijk en uit de literatuur conclusies geformuleerd. De verschillende bijdrages van PMT aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten worden per domein weergegeven. Op gebieden waar geen bijdrages zijn gebleken, wordt een mogelijke verklaring of een mogelijkheid voor de PMT professional weergegeven. Afsluitend wordt een samenvattend antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

Binnen het domein *lichamelijk welbevinden en gezondheid* zijn bijdrages van PMT te zien op drie van de vier indicatoren, te weten: *gezondheid*, *lichamelijke beperkingen* en *lichamelijke verzorging*. Uit de resultaten blijkt geen bijdrage van PMT aan *het kunnen genieten van eten en drinken*. Ondanks dat er best bijdrages op dit vlak denkbaar zijn vanuit de PMT, zijn hierover geen uitspraken gedaan in de interviews of de literatuur. Door met regelmaat te bewegen, kan de eetlust verbeteren bijvoorbeeld. De PMT'er zou op dit gebied navraag kunnen doen bij cliënten of begeleiders. Verder kan uit de resultaten worden geconcludeerd dat PMT binnen dit domein enerzijds bijdraagt aan het *behouden* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten, bijvoorbeeld door het voorkomen van achteruitgang. Anderzijds kan worden gezegd dat PMT bijdraagt aan het *verbeteren* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten, bijvoorbeeld door een afname van lichamelijke klachten of het zien van mogelijkheden van het lichaam. De PMT-interventies binnen het domein lichamen welbevinden en gezondheid blijken motiverend voor somatische verpleeghuiscliënten om in beweging te komen. PMT veroorzaakt daardoor een opwaartse spiraal omdat de effecten van PMT ook weer stimuleren tot bewegen.

Binnen het domein *woon-/leefomstandigheden* levert PMT een herkenbare bijdrage aan vier van de vijf indicatoren, namelijk *de eigen plek van cliënten*, *de woonomgeving*, *de ervaren veiligheid*, *zelf bepalen van de dagindeling/een goede tijdbesteding*. Er blijkt geen bijdrage op het gebied van *financiën*, wat te verklaren is doordat de financiële situatie van de cliënt geen werkgebied van de PMT professional is. Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat PMT binnen dit domein voornamelijk bijdraagt het *verbeteren* van kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten omdat cliënten veelal vaardigheden versterken binnen dit domein, zoals het verhogen van de zelfredzaamheid. Daarnaast levert PMT ook een bijdrage aan het *behouden* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten als het gaat om bijvoorbeeld het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie.

Binnen het domein *participatie* leren somatische verpleeghuiscliënten beter contact aangaan en onderhouden. Er is een bijdrage te zien aan alle vier de gegeven indicaties: *sociale contacten*, *sociale rollen*, *ervaren intimiteit* en *het ervaren plezier*. Binnen het domein participatie draagt PMT voornamelijk bij aan het *verbeteren* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Cliënten versterken en leren binnen dit domein allerlei vaardigheden omtrent contact maken.

Binnen het domein *mentaal welbevinden* levert PMT een bijdrage aan drie van de vijf indicatoren, namelijk *het gevoel van onafhankelijkheid*, *de beleving van de eigen identiteit*, *de voortgezette groei /het zien van een toekomst*. Er blijkt uit de resultaten geen bijdrage op het gebied van *spiritualiteit* en *het hebben van privacy*. Aangaande spiritualiteit is dit opmerkelijk omdat PMT op dit gebied wel degelijk zou kunnen bijdragen. In de PMT bijeenkomsten kan het onderwerp spiritualiteit aan bod komen. Een verklaring voor het feit dat er geen bijdrages van PMT op het gebied van spiritualiteit zijn genoemd, kan bijvoorbeeld zijn dat het spreken over spiritualiteit veelal nog in een taboesfeer verkeerd of dat het praten over spiritualiteit wordt gezien als het werk van bijvoorbeeld een geestelijk verzorger. Aangezien spiritualiteit één van de indicatoren is voor het mentaal welbevinden, lijkt hier een kans te liggen voor PMT'ers. Door in PMT bijeenkomsten aandacht te besteden aan spiritualiteit, zou PMT op dit gebied een bijdrage kunnen leveren. Daarmee zou vervolgens weer

meer winst behaald kunnen worden op de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Voorts zijn er ook op het gebied van privacy bijdrages vanuit PMT denkbaar. Zelf een daginvulling kunnen bewerkstelligen, zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot het opzoeken van de eigen kamer waardoor de cliënt meer privacy ervaart. Dit is echter niet naar voren gekomen uit de interviews of de literatuur.

Uit de resultaten kan de conclusie getrokken worden dat PMT binnen het domein mentaal welbevinden met name bijdraagt aan het *verbeteren* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Binnen dit domein is te zien dat cliënten op allerlei gebieden sterker worden, bijvoorbeeld in hun zelfvertrouwen of in het ervaren van autonomie. Naast het verbeteren van de kwaliteit van leven, levert PMT binnen dit domein ook een bijdrage aan het *behouden* van de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten als het gaat om het voorkomen van depressie of angst.

Samenvattend is te zien dat PMT binnen alle vier de domeinen van kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten een bijdrage kan leveren. De bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven betekent op sommige vlakken een *behoud* van de kwaliteit van leven en op het merendeel van de vlakken zelfs een *verbetering* van de kwaliteit van leven. Ondanks dat somatische verpleeghuiscliënten te maken hebben met een bepaalde mate aan fysieke en mentale achteruitgang, heeft PMT de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het behouden van of het verbeteren van kwaliteit van leven van deze doelgroep. PMT kan daarmee een relevante bijdrage leveren binnen de in dit onderzoek beschreven maatschappelijke ontwikkeling van medisch gerichte zorg naar cliëntgerichte zorg waarbinnen de kwaliteit van leven van cliënten centraal staat. Door onderscheid te maken tussen *behoud* van kwaliteit van leven en *verbetering* van kwaliteit van leven, ontstaat de vraag of het mogelijk is dat PMT'ers op gebieden waar een *behoud* van kwaliteit van leven is gebleken, toe kunnen werken naar een *verbetering* van kwaliteit van leven op die gebieden. Echter is het daarbij ook weer de vraag of het zo zwart-wit gesteld kan worden omdat de genoemde bijdrages niet los van elkaar staan.

Naast de genoemde bijdrages van PMT binnen de vier domeinen van kwaliteit van leven, is te zien dat op bepaalde gebieden geen bijdrages van PMT zijn gebleken uit dit onderzoek. In sommige gevallen is dit logisch omdat bepaalde gebieden, zoals de financiën van cliënten, niet binnen het werkgebied van de PMT professional vallen. In andere gevallen, zoals met name op het gebied van spiritualiteit, is te zien dat er mogelijk kansen liggen voor PMT'ers. Door met PMT op nog meer gebieden binnen de domeinen van kwaliteit van leven invloed uit te oefenen, zou PMT mogelijk nog meer kunnen bijdragen aan de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten.

6 Aanbevelingen en discussie

Het laatste hoofdstuk schetst de verschillende opbrengsten van dit onderzoek. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan en enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst.

Dit verkennende onderzoek heeft inzichtelijk gemaakt wat PMT concreet voor bijdrages kan leveren binnen de zorg voor somatische verpleeghuiscliënten. Daarnaast heeft het onderzoek laten zien dat door deze bijdrages de kwaliteit van leven wordt behouden of verbeterd en zijn enkele mogelijkheden voor PMT'ers genoemd. Door de bijdrages van PMT te koppelen aan de term kwaliteit van leven, sluit dit onderzoek aan bij de context van de maatschappelijke ontwikkeling naar cliëntgerichte zorg.

Verder heeft dit onderzoek voor verpleeghuizen waar PMT (nog) geen deel uitmaakt van de behandel mogelijkheden, zoals TMZ, duidelijk gemaakt *dat* en inzichtelijk gemaakt *hoe* PMT aansluit bij de actuele maatschappelijke ontwikkeling waarbinnen de kwaliteit van leven centraal staat. Op basis van gebleken waardevolle bijdrages van PMT binnen de zorg voor somatische verpleeghuiscliënten en de aansluiting binnen de ontwikkeling naar cliëntgerichte zorg, kan worden aanbevolen om PMT als behandeldiscipline op te nemen. Omdat PMT het totaalplaatje van de cliënt in het oog houdt en daarbij werkt vanuit een specifieke invalshoek, namelijk bewegen en lichamelijkeheid, kan voorzichtig de uitspraak worden gedaan dat PMT een waardevolle aanvulling is naast andere HBO-disciplines binnen verpleeghuizen. Dit verdient echter nog een verdere verkenning, waar hieronder op wordt teruggekomen.

Tot slot kunnen op basis van deze eerste verkenning van bijdrages van PMT binnen de somatische verpleeghuiszorg, aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. Allereerst wordt beschreven hoe dit onderzoek door PMT'ers in de eigen praktijk gebruikt kan worden. Vervolgens worden nog eens vier punten genoemd waarop vervolgonderzoek zich zou kunnen richten. Binnen deze opsomming zijn ook enkele kanttekeningen opgenomen.

In onderstaande volgorde komen de verschillende punten voor vervolgonderzoek aan bod:

- Een verdere verkenning
 - Toetsen aan de eigen praktijk
- Hetzelfde onderwerp op een andere manier onderzoeken
 - Vergelijkend onderzoek
 - Andere respondenten
- Een vervolgonderwerp
 - De meerwaarde van PMT binnen een paramedisch team
 - Werkzame elementen van PMT in het werken met somatische verpleeghuiscliënten

Een verdere verkenning

Toetsen aan de eigen praktijk

Dit onderzoek kan worden gebruikt door PMT professionals die werkzaam zijn met somatische verpleeghuiscliënten om de bijdrage van PMT aan de kwaliteit van leven te meten binnen hun eigen organisatie. Er kan een cliëntbehoefteonderzoek worden gedaan en de uitkomst hiervan kan naast de uitkomst van dit onderzoek worden gelegd. Zo kan worden vastgesteld of PMT binnen de eigen organisatie voldoende tegemoet komt aan de kwaliteit van leven van de cliëntengroep.

Hetzelfde onderwerp op een andere manier onderzoeken

Vergelijkend onderzoek

In dit onderzoek is informatie uit de praktijk en uit de literatuur verkend en inzichtelijk gemaakt. Het is een mogelijkheid om deze bevindingen uit te bouwen en de bijdrage van PMT verder te onderzoeken. Dit zou kunnen door vergelijkend onderzoek uit te voeren tussen verpleeghuizen waar PMT wel en waar PMT niet bestaat. Op deze manier kan de *meerwaarde* van PMT worden ingeschat.

Andere respondenten

Voor het verkrijgen van data voor dit onderzoek zijn interviews met PMT professionals uit het werkveld gebruikt. Ook de in dit onderzoek gebruikte literatuur is veelal geschreven door mensen die in het werkveld werkzaam zijn. Daarmee is de data grotendeels afkomstig van diegenen die om te beginnen al enthousiast zijn over PMT als behandeldiscipline. Hoewel er vanuit mag worden gegaan dat het gaat om eerlijke weergaves, moet hierbij de kanttekening worden geplaatst dat de resultaten mogelijk een eenzijdig beeld geven. Ter versterking van de resultaten kan het interessant zijn het onderzoek nogmaals uit te voeren waarbij bijvoorbeeld behandelaars uit andere disciplines en cliënten zelf worden meegenomen als informatiebronnen. Zo kunnen de verkregen inzichten uit dit onderzoek worden getrianguleerd om tot een sterkere beeldvorming te komen (Yin, 2003).

Een vervolgonderwerp

De meerwaarde van PMT binnen een paramedisch team

Kanttekening van dit onderzoek is dat de bijdrage van PMT op zich is verkend, maar niet is vergeleken met de bijdrage van andere disciplines. Hoewel hierboven al een voorzichtige uitspraak is gedaan, verdient het zeker de aanbeveling om nader onderzoek te doen naar de meerwaarde van PMT binnen een paramedisch team. Hierdoor kunnen de positie, rol en meerwaarde van PMT binnen het werkveld ouderen nog steviger worden neergezet.

Werkzame elementen van PMT in het werken met somatische verpleeghuiscliënten

In de conclusie van dit onderzoek zijn verschillende bijdrages en conclusies de revue gepasseerd. Een interessante vraag die rest is hoe deze bijdrages worden bereikt binnen PMT. Er vallen binnen de verschillende domeinen bepaalde elementen op. Binnen het domein *lichamelijk welbevinden en gezondheid* lijkt bijvoorbeeld het belangrijkste werkzame element van PMT de insteek op bewegen te zijn. Binnen het domein *woon-/leefomstandigheden* lijkt de holistische blik van de PMT professional een belangrijk deel van de bijdrages op dit domein te verklaren. Binnen het domein *participatie* lijkt het gegeven dat PMT in groepen kan plaatsvinden vooral bepalend voor de bijdrages op dit gebied. Op het gebied van mentaal welbevinden geeft het contact maken vanuit bewegen de PMT professional de gelegenheid om een goede werkrelatie op te bouwen, juist binnen de doelgroep somatische verpleeghuiscliënten. Een goede werkrelatie legt een belangrijke basis voor therapeutische handelingen. Deze opvallendheden geven aanleiding voor vervolgonderzoek. Het is de moeite waard om verder uit te diepen welke elementen van PMT met name effectief zijn binnen de doelgroep ouderen. Onderzoek op dit terrein kan de PMT professional handvaten geven om zijn of haar werk te optimaliseren door te werken vanuit succesprincipes. Hiermee kan de meerwaarde van het werk van de PMT'er zowel sterker als zichtbaarder worden.

Somatische verpleeghuiscliënten... PMT een zorg? Zeker weten!

Referenties

2 BPT (2008-2009). *Moduul BAPMT I*.

Abels, B. & Kerklaan, A. *Psychomotorische therapie (PMT) bij de somatische geriatrie cliënt*.

Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Theunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2 ed.).

Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Boeving, W. A., Wolf J. R. L. M., van Nieuwenhuizen, Ch. & Schene, A.H. (1995) *Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning*. No. 2.

Bosman, L. G., Cornelissen, MSc. M. M. E., Geraets, drs. J. J. M., Hekkert, MSc. K. D., Homberg, D. J. MSc., de Kroon, drs. S. J. W. & Winters-Van der Meer, drs. A. C. M. (2010) Wat vinden uw bewoners van de zorg? TriviumMeulenbeltZorg, Het Borsthuis. *Onderzoek Kiwa Prismant naar ervaringen met de zorg in uw instelling (verpleeghuis)*. Utrecht: Kiwa Prismant.

de Boer, M., van den Ende, E., Ribbe, M. Leemrijse, C. *Paramedische zorg in verpleeghuizen, een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzindicatie en inhoud van paramedische zorg*, NIVEL 2004.

Chorus, A., C. van Campen en M. den Draak (2010). Ouderen in beweging: van vitaal belang. In: Annet Tiessen-Raaphorst, Desirée Verbeek, Jos de Haan, Koen Breedveld (red.). *Sport: Een leven lang. Rapportage sport 2010*. Den Haag: SCP.

de Lange, J. (2005). Een vak apart. *Artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web-netwerk rond bewegen.

Duindam, I., Tuller A., Vossebelt, J., Jansen, J., Jilesen F. (2011). *Beleidsafspraken afdeling Driene Bijzondere Begeleiding*.

Eack, S. M. & Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-1237.

Engel, George (april, 1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286): 129–136. doi: 10.1126/science.847460

Ettema, T. de Lange, J., Dröes, R., Mellenbergt, D. Ribbe, M. (2005). Handleiding Qualidem. *Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementia in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut

Finnema, E. (2011). Lang zullen we leven! *Talmalectoraat: Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd*. Leeuwarden: NHL kennis en bedrijf.

Hekking, P. en Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Boom, Amsterdam.

Jansen, dr. P. G. M. (2006). *Zorgzwaartepakketten sector V&V*. Enschede: HHM organisatieadviseurs.

Kuiken, Ben (2009). Het Rijnlandse Model: uitleg voor beginners. *Management Scope special-2009*.

Merten, H., van Beek, A.P.A., Gerritsen, D.L., Poortvliet, M.P., de Leeuw, J.R.J., Wagner, C. (2007) *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*. Utrecht: NIVEL.

Poortvliet, M.C., van Beek, A.P.A., de Boer, M.E., Gerritsen, D.L. & Wagner, C. (2006). *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Utrecht: NIVEL.

Snel, Marleen (2008). Masteronderzoek. *Zorgbehoefte als mogelijke voorspeller van kwaliteit van leven bij schizofrenie en aanverwante psychotische stoornissen*. Universiteit van Utrecht.

Stickers, C.A., van Swaay-Butter, M.G. (1999). *Verplegen van geriatrische zorgvragers*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

TriviumMeulenbeltZorg (2010). Zelfbewust in relatie tot de samenleving. *Strategische beleidsnotitie 2010-2015*. Interne uitgave.

TriviumMeulenbeltZorg (2012). Doelstellingen uit de Strategische beleidsnotitie 2010-2015. *Jaarroute 2012*. Interne uitgave.

UK700 groep (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British*

- Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
- van Beek, A.P.A., de Boer, M.E., van Nispen, R.M.A., & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument. Deelrapport 2*. Utrecht: NIVEL.
- van Campen C. & Kerkstra, A. (1998). Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Constructie van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29, 11-18.
- van Dasler, J. (1994) *Bewogen door beweging. Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric*. Nijkerk: Intro.
- van Hattum, M., Hutschemaekers, G. (2007) *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* (3^e druk). Utrecht: Trimbos Instituut.
- van Nispen, R. M. A., van Beek, A. P. A. & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Deelrapport 1*. Utrecht: NIVEL.
- Verdonschot, S. G. M., & Kessels, J. W. M. (2011). Ontwerpgericht onderzoek als innovatiestrategie. In J. Van Aken & D. Andriessen (Red.), *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: Wetenschap met effect*. (pp. 377-398). Den Haag: Boom Lemma.
- World Health Organization (1997). Programme on mental health. WOQOL. Measuring quality of life.
- Yin, R.K. (2003) *Case study research: design and methods* (3rd ed). Thousand Oaks: Sage Publications.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewleidraad

Introductie

- Korte uitleg: semi gestructureerd interview van ong. 30 min. over de waarde van PMT voor de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten.
- Toestemming vragen voor opname (opname is vertrouwelijk en uitspraken/namen worden geanonimiseerd)
- Verduidelijking ten aanzien van functie en doelgroep.

Kwaliteit van leven wordt in de literatuur verdeeld in vier domeinen: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Ik heb de interviewvragen geformuleerd aan de hand van deze domeinen.

Wat ik van u graag wil weten is wat de waarde is of wat de effecten van PMT/BA binnen elk van deze domeinen, voor de somatische verpleeghuiscliënt, uitgaande van uw eigen praktijkervaring.

Vragen domein 1 **Lichamelijk welbevinden/gezondheid**

Indicatoren: gezondheid, lichamelijke beperkingen, lichamelijke verzorging, kunnen genieten van eten en drinken.

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid gaat over .. (indicatoren noemen).
- Ziet u op het gebied van lichamelijk welbevinden en gezondheid waarde of effecten van PMT/BA en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat zijn de effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

Vragen domein 2 **Woon- en leefomstandigheden**

Indicatoren: eigen plek, woonomgeving, ervaren veiligheid, zelf bepalen van dagindeling, goede tijdbesteding, financiën.

- Woon- en leefomstandigheden gaat over .. (indicatoren noemen).
- Ziet u op het gebied van woon- en leefomstandigheden waarde of effecten van PMT/BA en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat zijn de effecten van deze doelstellingen voor cliënten?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

Vragen domein 3 **Participatie**

Indicatoren: sociale contacten, sociale rollen, ervaren intimiteit, ervaren van plezier

- Participatie gaat over .. (indicatoren noemen).
- Ziet u op het gebied van participatie waarde of effecten van PMT/BA en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat zijn de effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

Vragen domein 4 Mentaal welbevinden

Indicatoren: gevoel van onafhankelijkheid, privacy, beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei, zien van een toekomst, spiritualiteit.

- Mentaal welbevinden gaat over .. (indicatoren noemen).
- Ziet u op het gebied van mentaal welbevinden en gezondheid waarde of effecten van PMT/BA en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat zijn de effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

Finale vragen

- Heeft u behalve binnen deze domeinen nog meer effecten gezien van PMT/BA?
- Wat is volgens u de toegevoegde waarde van PMT/BA in het verpleeghuis in het algemeen?

Bijlage 2: Schriftelijk interview

De vragenlijst gaat over de waarde van PMT voor de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten. Hij is ontwikkeld aan de hand van mijn onderzoeksvraag: “Wat is de waarde van PMT voor de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuiscliënten?”

De vragenlijst bestaat uit een aantal vragen die zijn onderverdeeld in vier domeinen van kwaliteit van leven. Per domein is steeds eenzelfde hoofdvraag en zijn steeds drie dezelfde deelvragen gesteld. De drie deelvragen zijn bedoeld om richting te geven aan het beantwoorden van de hoofdvraag, die breed en open is. Ik wil van u vragen om zo compleet en gericht mogelijk de antwoorden te formuleren. De antwoorden mag u onder de vragen typen, maar ik vind het ook prima als u dit op een andere manier doet, als het voor mij maar duidelijk is welke antwoorden bij welke vragen horen. Bij vragen kunt u mij bellen (0630076609) of mailen (mjhubregtse@gmail.com).

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking!

Introductie

Kwaliteit van leven wordt in de literatuur verdeeld in vier domeinen: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Ik heb de interviewvragen geformuleerd aan de hand van deze domeinen.

Wat ik van u graag wil weten is wat de waarde is of wat de effecten zijn van PMT/BA binnen elk van deze domeinen, voor de somatische verpleeghuiscliënt, uitgaande van uw eigen praktijkervaring.

N.B. Er wordt in dit document gesproken van PMT. PMT heb ik in mijn onderzoek gedefinieerd als een combinatie van PMT en BA (bewegingsagogie). Dat wil zeggen dat ‘PMT’ hier gelezen kan worden als ‘PMT en/of BA’.

Vragen domein 1 Lichamelijk welbevinden/gezondheid

Indicatoren: gezondheid, lichamelijke beperkingen, lichamelijke verzorging, kunnen genieten van eten en drinken.

- Ziet u op het gebied van lichamelijk welbevinden en gezondheid waarde of effecten van PMT en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn uw PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat ziet u voor effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

ANTWOORDEN:

Vragen domein 2 Woon- en leefomstandigheden

Indicatoren: eigen plek, woonomgeving, ervaren veiligheid, zelf bepalen van dagindeling, goede tijdbesteding, financiën.

- Ziet u op het gebied van woon- en leefomstandigheden waarde of effecten van PMT en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn uw PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat ziet u voor effecten van deze doelstellingen voor cliënten?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

ANTWOORDEN:

Vragen domein 3 Participatie

Indicatoren: sociale contacten, sociale rollen, ervaren intimiteit, ervaren van plezier

- Ziet u op het gebied van participatie waarde of effecten van PMT en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn uw PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat ziet u voor effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

ANTWOORDEN:

Vragen domein 4 Mentaal welbevinden

Indicatoren: gevoel van onafhankelijkheid, privacy, beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei, zien van een toekomst, spiritualiteit.

- Ziet u op het gebied van mentaal welbevinden en gezondheid waarde of effecten van PMT en zo ja, wat ziet u daar dan?
 - Wat zijn uw PMT-doelstellingen binnen dit domein?
 - Wat ziet u voor effecten van deze doelstellingen voor cliënten binnen dit domein?
 - Welke activiteiten/benadering/methodes gebruikt u waardoor deze effecten worden veroorzaakt?

ANTWOORDEN:

Finale vragen

- Ziet u behalve binnen deze domeinen nog meer effecten van PMT?
- Wat is volgens u de toegevoegde waarde van PMT in het verpleeghuis in het algemeen?

ANTWOORDEN:

Hartelijk dank voor uw tijd!