

Omgangsadvisering: waardevol?

**Kwalitatief onderzoek naar de waardering van zorgverleners
betreffende omgangsadvisering door psychomotorisch
therapeuten in de geriatrie**



**Chr. Hogeschool Windesheim
School of Human Movement & Sport
Master Psychomotorische Therapie
7 juni 2010**

**Auteur: R. Paans
Onderzoeksbegeleider: Dr. R. J. Bosscher**

Omgangsadvisering: waardevol?

Kwalitatief onderzoek naar de waardering van zorgverleners betreffende omgangsadvisering door psychomotorisch therapeuten in de geriatrie

Voorwoord

Het in dit stuk gepresenteerde onderzoek betreft mijn thesis voor de master Psychomotorische Therapie aan Christelijke Hogeschool Windesheim, School of Human Movement & Sport. De doelgroep van dit onderzoek is de geriatrie, een doelgroep waarin de psychomotorische therapie nog relatief jong is. Een doelgroep ook, waar mijn hart ligt. De keuze was dan ook snel gemaakt om hierin een onderwerp voor mijn thesis te vinden.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken, zonder wie dit onderzoek niet mogelijk was geweest. Allereerst wil ik mijn begeleider Dr. Ruud Bosscher hartelijk danken voor zijn geduld, de adviezen en het commentaar, en het meedenken met mijn ideeën. Ten tweede wil ik mijn collega PMT-ers van de Werkveldgroep Geriatrie bedanken voor hun enthousiasme, inzet en pogingen om hun werkgevers bereid te vinden om deel te nemen aan dit onderzoek. Zonder hen had ik op zoek moeten gaan naar een ander onderwerp als onderzoek. Vervolgens wil ik allen bedanken die ik heb mogen interviewen. Het was ontzettend leuk om te mogen luisteren naar al die verschillende enthousiaste en motiverende verhalen van de werkvloer. Daarnaast wil ik Drs. Paul Hekking bedanken voor de wegwijs in de theorie achter de vakken van de opleiding. Ook een woord van dank aan mijn stagiaire Wendy Dingemanse, die niet had verwacht betrokken te worden bij een onderzoek, maar zich direct enthousiast verklaarde en mij heel wat werk uit handen heeft genomen. Tot slot een liefdevol dankjewel voor mijn ouders, vrienden en collega's voor hun interesse, luisterend oor, meedenken en steun.

Ramona Paans,
Arnhem, 7 juni 2010

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding	5
1.1 Vraagstelling	6
2. Onderzoeksmethode	7
2.1 Onderzoeksgroep	7
2.2 Procedure	7
2.3 Informatie over omgangsadvisering	8
2.3.1 Omgangsadvisering door de PMT-er alleen	
2.3.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
3. Resultaten	10
3.1 Evaluatie van de adviezen	10
3.1.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen	
3.1.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
3.2 Waargenomen veranderingen naar aanleiding van de adviezen	11
3.2.2 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen	
3.2.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
3.3 Waardering van de zorgverleners	13
3.3.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen	
3.3.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
3.4 Adviezen door de zorgverleners	15
3.3.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen	
3.3.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
4. Conclusie en discussie	17
4.1 Conclusie	17
4.1.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen	
4.1.2 Omgangsoverleg door het PSOT	
4.2 Beperkingen van het onderzoek	18
4.3 Suggesties verder onderzoek	19
Literatuur	20

Bijlagen

Bijlage 1: Semigestructureerde vragenlijst interviews

Bijlage 2: Product omgangsadvisering

Bijlage 3: Nota – Psycho-sociaal ondersteuningsteam; Stichting Palet

Bijlage 4: Inzetbaarheid PMT en Psycholoog t.b.v. kleinschalig wonen Maartenshof; Zorggroep Groningen

Samenvatting

Door verschillende oorzaken hebben veel zorgverleners in de geriatrie te maken met probleemgedrag van (dementerende) cliënten. Hoewel dit gedrag wordt beschouwd als een manier van communiceren, en vanuit die gedachte vaak verklaarbaar is, is het voor de zorgverlener mede door de hoge werkdruk moeilijk om hier goed mee om te gaan.

Veel van de psychomotorisch therapeuten (PMT-ers) die in de geriatrie werken, geven omgangsadviezen aan de zorgverleners. De wijze waarop dit gedaan wordt, verschilt: sommige PMT-ers werken zelfstandig en geven de adviezen direct aan de zorgverlener, in sommige instellingen wordt gewerkt met het PSOT, het psychosociaal ondersteuningsteam waarin de PMT-er participeert, dat adviezen geeft in een omgangsoverleg.

PMT-ers zijn in hun opleiding geschoold om mensen te observeren, hun gedrag te interpreteren en hieraan betekenis te verlenen. Vanuit deze achtergrond stellen zij de omgangsadviezen op, en is de verwachting dat deze adviezen de zorgverlener informatie en handvatten geven over de manier waarop zij met het probleemgedrag van de oudere om kunnen gaan.

Aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst is in een interview aan 14 zorgverleners gevraagd in hoeverre de zorgverleners veranderingen in het contact met, het gedrag en de stemming van de cliënt hebben waargenomen nadat zij de adviezen zijn gaan toepassen. Daarnaast is gevraagd naar hun waardering betreffende de genoemde adviezen.

Uit het onderzoek blijkt dat er positieve veranderingen in het contact, het gedrag en de stemming van de cliënt gezien worden, en dat het geven van omgangsadviezen aan zorgverleners volgens hen een positieve invloed heeft op het probleemgedrag bij de cliënt. Daarnaast wordt zowel de omgangsadvisering als het omgangsoverleg als waardevol bestempeld door de zorgverleners.

1. Inleiding

De afgelopen jaren is het woord vergrijzing met regelmaat voorgekomen in verschillende nieuwsberichten. Dit is niet zo verwonderlijk wanneer verwacht wordt dat in de komende jaren het aantal 65-plussers stijgt van 2,4 miljoen in 2008 naar 4,5 miljoen in 2040 (Duin, 2009). Met het ouder worden van de bevolking neemt ook de prevalentie van specifieke ouderdomsziekten steeds meer toe (van der Meulen & Keij-Deerenberg, 2003). Een aanzienlijk deel van deze bevolkingsgroep zal op enig punt in het leven te maken krijgen met een zorginstelling.

Ouder worden is een hele opgave, waarbij vaak meerdere ingrijpende life events plaatsvinden, zoals het verliezen van een partner, het verlies van vaardigheden en mogelijkheden of het (noodgedwongen) moeten verhuizen naar een zorginstelling. Het verwerken van en aanpassen aan deze ingrijpende gebeurtenissen kost tijd en energie. De wijze waarop de oudere dit doet (copinggedrag), en de mate waarin hij¹ hierin slaagt, bepalen of de oudere zich kan handhaven in de nieuw ontstane situatie. Deze facetten zijn uitgewerkt in het adaptatie-copingmodel van Dröes (1991).

Helaas komt het regelmatig voor dat de oudere verkeerde of onvoldoende copingstrategieën tot zijn beschikking heeft. Toch zal de oudere blijven proberen grip te houden op de situatie, wat zich in sommige gevallen echter uit in wat omstanders als probleemgedrag ervaren. Dit doet een grote inbreuk op de kwaliteit van leven van de oudere en zijn naasten. Daarnaast is het zo dat wanneer deze oudere in een zorginstelling verblijft, zijn gedrag ook de werkdruk en het werkplezier van zorgverleners op een negatieve manier kan beïnvloeden.

Naar het omgaan met en het verbeteren van probleemgedrag is al veelvuldig onderzoek gedaan. Zo is aangetoond dat psychomotorische groepstherapie een gunstige invloed heeft op symptomen die verband houden met het handhaven van emotioneel evenwicht, zoals tevredenheid, agressie en nachtelijke onrust (Dröes, 1994). De belevingsgerichte zorg benadert niet alleen de stressoren waarmee de oudere te maken krijgt, maar richt zich ook op de aanpak van de zorgverleners: de mate waarop zij zich weten te verplaatsen in de dementerende oudere (Veldhuis, 2006). Net zoals de belevingsgerichte zorg is de door Hogeschool INHOLLAND/Stichting Geriant opgestelde richtlijn 'Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen' gericht op het omgaan met probleemgedrag (in dit geval agitatie) door verpleegkundigen en verzorgenden. In een aantal verpleeghuizen wordt gebruik gemaakt van video interactie begeleiding om verzorgenden en mantelzorgers te ondersteunen in de omgang met dementerenden (de Groot, 2006). Hoewel in de kinder- en jeugdzorg is aangetoond dat deze methode effect heeft (Fukink, 2005), is er in de ouderenzorg nog geen onderzoek naar gedaan.

Probleemgedrag kan zich op ieder moment van de dag voordoen, maar vaak manifesteert het zich vooral tijdens zorgmomenten, zoals onder meer het wassen, de toiletgang en de eetmomenten. Ook bij deze meer specifieke onderwerpen is onderzoek gedaan naar een betere benadering. Zo is er een richtlijn opgesteld: 'Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie' (Kenniskring Transitie in Zorg / Hogeschool Rotterdam, 2009) en is er onderzoek gedaan naar het effect van verschillende vormen van baden bij verpleeghuisbewoners met dementie (Sloane et al., 2004). Zowel in het onderzoek als in de richtlijn wordt duidelijk dat de interactie en communicatie tussen de oudere en de zorgverlener van wezenlijk belang zijn voor het verminderen van het probleemgedrag.

In de praktijk komt het helaas vaak voor dat de zorgverlener door de hoge werkdruk weinig of geen tijd heeft om persoonlijk contact aan te gaan met de oudere. Zoals Stokes (1996, p. 19) aangeeft: "...het

¹ Waar in dit stuk "hij", "zijn" of "hem" geschreven staat, kan ook "zij" of "haar" gelezen worden.

personeel brengt gewoonlijk alleen tijd met bewoners door als ze iets voor hen 'doen'. Hierdoor wordt het probleemgedrag van de bewoner alleen maar gesignaleerd, terwijl er vaak niet wordt gekeken naar de aanleiding van het betreffende gedrag. Dit is echter van essentieel belang om het gedrag van de oudere te begrijpen, door het te zien in zijn context. "De oudere reageert op een situatie vanuit zijn perspectief. Dit perspectief wordt natuurlijk beïnvloed door hetgeen de oudere meegemaakt heeft gedurende zijn leven en de inschatting van de oudere of de situatie nog te veranderen valt" (Hazelhof & Verdonchot, 2000, p 165). Zoals zij verder beschrijven zal de oudere die inschat dat er niets te veranderen is aan de situatie 'een tekort aan gedrag' vertonen. Schat de oudere in dat er nog wel wat te veranderen valt, dan uit zich dat vaak in 'een teveel aan gedrag' dat door de omgeving als negatief wordt ervaren. Dit gedrag is vaak aanleiding voor het aanvragen van omgangsadviezen.

Psychomotorisch therapeuten (PMT-ers) die werkzaam zijn in de geriatrie, worden regelmatig ingeschakeld om omgangsadviezen op te stellen, zodat zorgverleners beter kunnen omgaan met het genoemde probleemgedrag. Dit komt omdat PMT-ers gespecialiseerd zijn in non-verbale communicatie en benaderingstechnieken. Zij zijn geschoold in het observeren van mensen, hun gedrag en in welke omgeving dit gebeurt, om daar vervolgens betekenis aan te verlenen. In de observatiemethode 'LECS in context' (Hekking, 2009) wordt het lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal handelen bekeken en geïnterpreteerd, waarbij ook gekeken wordt naar de omgeving en/of de situatie waarin dit plaats vindt. Gedrag mag gezien worden als een manier om te communiceren met de omringende wereld, een wijze waarop de mens duidelijk maakt wat hij wel en niet wil. Zoals Gordijn (1975, p.14-15) beschreef: "Het menselijk bewegen is de eerste schakel in het contact tussen persoon en wereld. ... Gedrag veronderstelt een subjeet dat daadwerkelijk betrokken is op iets dat buiten hem is. Gedrag is een relationele gebeurtenis. Gedragend ga ik in op iets buiten mij".

Door de opleiding in en ervaring van PMT-ers met non-verbale communicatie en benaderingstechnieken, is de verwachting dat het geven van adviezen een positieve bijdrage zal leveren aan het verbeteren van het contact tussen de zorgverlener en de cliënt, en aan het verminderen van probleemgedrag. De wijze waarop deze adviezen gegeven worden verschilt. Hierop wordt in de methodesectie ingegaan. Aangezien het effect van deze adviezen nog onbekend is, wordt in het huidige onderzoek nagegaan wat de waardering van de zorgverleners is ten aanzien van de aan hen gegeven adviezen.

1.1 Vraagstelling

Worden de adviezen met betrekking tot het omgaan met en de benadering van cliënten die probleemgedrag vertonen (tijdens zorgmomenten), gegeven door PMT-ers, als waardevol ervaren door de zorgverlener?

2. Onderzoeksmethode

Het betreft een kwalitatief onderzoek. Aan de hand van een door de onderzoeker opgestelde semigestructureerde vragenlijst (bijlage 1), is de mening gevraagd van zorgverleners die werkzaam zijn in een verpleeghuis aan wie omgangsadviezen gegeven zijn door een PMT-er, al dan niet in samenwerking met een psycholoog.

2.1 Onderzoeksgroep

In de onderzoeksgroep werden zorgverleners betrokken die:

- werkzaam waren in een verpleeghuis waar een PMT-er aan de hand van het product 'omgangsadvisering' adviezen gaf, of:
- werkzaam waren in een verpleeghuis waar een PMT-er samen met de psycholoog, het psychosociaal ondersteuningsteam (PSOT), in een omgangsoverleg adviezen gaf, en:
- betrokken waren bij de directe zorg van de bewoners.

In totaal werden 14 personen geïnterviewd. Er is gestreefd naar zoveel mogelijk variëteit in de onderzoeksgroep. De geïnterviewden werden meestal geselecteerd aan de hand van beschikbaarheid. Hiermee is de groep niet a-select gekozen. De afdelingen werden door de instelling zelf geselecteerd, de medewerkers veelal op basis van toeval: wie er op de betreffende dag van het interview werkzaam was.

Zes personen werkten met de omgangsadviezen van de PMT-er, en acht met de adviezen van het PSOT. De instellingen die meegewerkt hebben aan het onderzoek zijn:

- Stichting Palet, locatie Ny Statelan te Menaldum,
- Stichting Palet, locatie De Hofwijck te Leeuwarden,
- De Drie Gasthuizengroep, locatie Verpleeghuis Heijendaal te Arnhem,
- Stichting De Wijngaerd, locatie Zorgcentrum De Wijngaerd te Made,
- Zorggroep Groningen, locatie Verpleeghuis Innersdijk te Groningen,
- Zorggroep Groningen, locatie Maartenshof te Groningen.

Er is één teamleider geïnterviewd, één afdelingshoofd, één zorgcoördinator, drie eerst verantwoordelijke verzorgers (EVV-ers), één ondersteuner leidinggevende, één coördinerend verzorgende (CV-er), één medewerker groepsopvang, drie verzorgenden en twee helpenden. Hieronder waren in totaal 13 vrouwen en één man. De jongste zorgverlener was 24 jaar, de oudste 57 jaar. De gemiddelde leeftijd was 40,9 jaar.

2.2 Procedure

- Psychomotorisch therapeuten die aangesloten zijn bij de Werkveldgroep Geriatrie van de NVPMT werden gevraagd om bij hun leidinggevende te informeren of hun instelling medewerking wilde verlenen aan dit onderzoek.
- Bij de instellingen die zich aangemeld hebben, hebben de PMT-ers in meer of mindere mate een coördinerende rol gespeeld. Zij hebben teamleiders van afdelingen waar zij adviezen hadden gegeven benaderd om een datum en medewerkers te plannen voor het interview.
- Daar waar de instellingen het zelf wenselijk of noodzakelijk achtten, is de ethische commissie van de betreffende instelling om toestemming gevraagd voor het uitvoeren van de interviews.
- De deelnemers van het onderzoek werden aan de hand van een individueel, semigestructureerd interview bevestigd. Omdat de onderzoeker zelf als PMT-er in een verpleeghuis werkzaam is, kon deze de geïnterviewde op passende wijze benaderen.
- De vragen van het interview zijn door de onderzoeker zelf opgesteld. Deze werden aan collega's en de onderzoeksbegeleider voorgelegd, waarbij de inhoud en wijze van vragen

stellen ter discussie stond. Daarnaast zijn er proefinterviews geweest om na te gaan of de vragen helder en duidelijk waren, en of de gewenste informatie door middel van de gestelde vragen verkregen werd. Er werden in totaal 3 proefinterviews afgenomen, 1x met een teamleider, 2x met een verzorgende.

- De interviews duurden ongeveer een half uur tot drie kwartier. Bij deze interviews werd gebruik gemaakt van opnameapparatuur, waarvoor eerst toestemming gevraagd werd aan de geïnterviewde. Hierbij werd duidelijk gemaakt dat deze opnames alleen gebruikt werden voor het uitwerken van de interviews, en verder in het onderzoek niet gebruikt zouden worden.
- In de meeste gevallen heeft de onderzoeker de interviews zelf afgenomen, met uitzondering van de interviews op de instelling waar de onderzoeker zelf werkzaam is. Daar werden de interviews afgenomen door de meewerkende stagiaire.
- Er is geprobeerd sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk uit te sluiten door de verkregen data anoniem te verwerken. Daarnaast was de onderzoeker bij de meeste interviews niet verbonden met de instellingen of de geïnterviewden. Ten tijde van de interviews in de eigen instelling was de onderzoeker niet aanwezig, en de data werden volledig geanonimiseerd alvorens deze verder verwerkt werden door de onderzoeker.

2.3 Informatie over omgangsadvisering

Hoewel er meerdere PMT-ers in de geriatrie omgangsadviezen geven, was hier nog geen product van. Door Paans (2009, bijlage 2) is er dan ook een concept van het product “Omgangsadvisering” geschreven. Het concept is voorgelegd aan de leden van de Werkveldgroep Geriatrie van de NVPMT, met hen besproken, terwijl ook de schriftelijke reacties van de afwezige leden meegenomen werden. De voorgestelde wijzigingen zijn besproken en vervolgens verwerkt. Na controle door de werkveldgroep is dit product aangenomen. Dit product is gebruikt als basis voor dit onderzoek.

Naast de omgangsadviezen die gegeven worden door PMT-ers, wordt in dit onderzoek ook aandacht geschonken aan de adviezen die gegeven worden in een omgangsoverleg, door het PSOT. In het PSOT werken de PMT-er en de psycholoog samen om door middel van omgangsoverleg waarbij het hele team van de betreffende afdeling aanwezig is, informatie te geven over het probleemgedrag en samen met de zorgverleners adviezen op te stellen. In de instellingen die meegewerkt hebben aan dit onderzoek en met het omgangsoverleg door het PSOT werken, is een nota geschreven waarin de opzet en de werkwijze van het PSOT wordt toegelicht. Deze nota's zijn als bijlage 3 en 4 toegevoegd.

2.3.1 Omgangsadvisering door de PMT-er alleen

De omgangsadvisering door de PMT-er was altijd naar aanleiding van een probleem dat door de zorgverlenersesignaleerd werd. In dit onderzoek betrof het zes probleemgedragingen waarover de PMT-er adviseerde. De aanleidingen waren divers. Eén keer betrof het een depressieve cliënt met wie nauwelijks contact te maken viel. In één geval ging het om verzet bij zorghandelingen. Bij de andere vier gevallen stond onrust, claimend gedrag en roepgedrag centraal.

De wijze waarop de PMT-er ingeschakeld werd, verschilde. In twee gevallen werd dit gedaan via de arts in een multidisciplinair overleg (MDO). Eén maal werd de PMT-er rechtstreeks benaderd. In één geval werd na het signaleren van het probleem de aanvraag via de teamcoach en het hoofd van de afdeling doorspeeld aan de PMT-er, en twee keer was de PMT-er wekelijks op de afdeling voor groepstherapie en was er achteraf tijd om de vraag te stellen.

Wanneer de PMT-er gevraagd werd om adviezen te geven, werd dit in alle gevallen ongeveer op dezelfde wijze uitgevoerd. De PMT-er observeerde, vervolgens werd er overlegd met de zorgverleners, waarbij het in twee gevallen ging om verdiepende vragen. In vier gevallen werd er een mondelinge uitleg gegeven, of zelfs al adviezen. In alle gevallen werden de adviezen ook op papier gezet. In één

geval werden deze adviezen nog eens besproken voor ze werden vastgesteld, en één keer werd er benoemd dat er vervolgens nog een evaluatiemoment was waarin de zorgverlener op- en aanmerkingen kon maken, waarna de adviezen zo nodig nog aangepast werden.

2.3.2 Omgangsoverleg door het PSOT

Ook de casussen die aan bod kwamen in het omgangsoverleg, waren heel divers. Zo was er een casus omtrent somberheid, neerslachtigheid; een ander geval was begeleiding bij blindheid; een derde geval betrof het omgaan met familie van een bepaalde bewoner die het niet eens was met het zorgaanbod. Ook nu kwam twee maal onrust op de afdeling voor, wat zich in één geval uitte in roepgedrag, en eenmaal in weglööpgedrag. Daarnaast werd er een situatie beschreven met seksuele ontremming en beschuldigingen aan het adres van anderen, en er was een geval van agressie als gevolg van angst. In één interview zijn verschillende casussen aan bod gekomen, waaronder achterdochtig gedrag, claimend gedrag, seksueel ontremd gedrag, enz.

In alle gevallen gaf het team aan waar men tegenaan liep. Dat onderwerp werd dan ingebracht, in twee gevallen nog in overleg met de leidinggevende, in twee gevallen via het MDO, in twee gevallen werd het door de EVV-er doorgegeven aan het PSOT. In twee gevallen was er ofwel een schema welke cliënt wanneer aan bod kwam, maar dan was er wel de mogelijkheid om in een dringend geval een cliënt eerder in te brengen. In één geval werden alle cliënten iedere bijeenkomst besproken.

Hoe lang het omgangsoverleg door het PSOT op de verschillende locaties en afdelingen al bestond, wisselde enorm. In drie gevallen bestond het al ongeveer 5 jaar, in één geval zo'n 2,5 jaar, één maal 1,5 jaar, één keer ongeveer 1 jaar, in één geval een half jaar en één maal nog geen maand. Ook hoe vaak per jaar de bijeenkomsten plaatsvonden, verschilde. In alle gevallen was het omgangsoverleg een regelmatig terugkerende gebeurtenis. In drie gevallen was er 4 keer per jaar een bijeenkomst. Eén maal kwam men 1x per 6 weken bij elkaar, twee keer iedere maand en in twee gevallen was het omgangsoverleg zelfs wekelijks.

Op zes plekken was het omgangsoverleg verplicht voor het hele team. De tijd die eraan besteed werd is werktijd en werd als zodanig vergoed. Ook de personen die die dag niet werkten, werden verwacht aanwezig te zijn, tenzij er een goede reden voor afwezigheid was. In de andere twee gevallen was de bijeenkomst verplicht voor de aanwezige teamleden. Vooraf was bekend welke casus er besproken werd, en degenen die die dag niet werkten, mochten hiervoor terugkomen. Dit werd vergoed als werktijd. Een andere mogelijkheid was om hun inbreng schriftelijk te doen. Deze bijeenkomsten vonden plaats tijdens de lunchpauze van de teamleden. Indien men de bijeenkomst gemist had, was het in alle gevallen verplicht om het verslag van de bijeenkomst, met de daarop beschreven afspraken, te lezen. In vijf gevallen werd daarnaast aangegeven dat een mondelinge overdracht met een collega ook tot de mogelijkheid behoorde.

De bijeenkomsten zelf zagen er overal ongeveer hetzelfde uit. In één geval was de structurele opbouw nog niet geheel duidelijk, aangezien er nog maar één omgangsoverleg had plaatsgevonden. Vooraf stond wel vast dat de inbreng vooral door het team gedaan werd, waarna er met elkaar gezocht werd naar oplossingen en afspraken. Vervolgens werd er door het PSOT een verslag gemaakt, met daarin de gemaakte afspraken. Deze onderdelen kwamen bij alle andere gevallen ook voor. In vijf gevallen was duidelijk welke voorbereiding er gedaan werd. Tweemaal betrof het zowel een specifieke rapportage van het team als de voorbereiding door het PSOT aan de hand van bijvoorbeeld observatie en overleg met de teamleden. In zes bijeenkomsten werden eerst de afspraken van de vorige keer nagelopen en geëvalueerd. In alle gevallen werd beschreven dat het team de inbreng doet, en dat er met elkaar gezocht werd naar goede oplossingen en passende afspraken. Het PSOT heeft daarin een sturende rol. Eénmaal werd aangegeven dat het PSOT zo nodig ook theoretische achtergrondinformatie gaf.

3. Resultaten

Daar de benoemde problemen op verschillende vlakken lagen, is het logisch dat de adviezen ook erg verschillend waren. Hieronder staan enkele adviezen om een beeld te krijgen van de diversiteit aan adviezen die door PMT-ers en het PSOT gegeven werden. In alle gevallen waren deze onderdeel van een groter advies:

- De heer die zich erg verzette tegen de zorg, bleek dat te doen omdat hij niet genoeg tijd kreeg om de instructies te verwerken. De handelingssnelheid werd omlaag gebracht en na de uitleg werd een paar seconden gewacht voor dat de handeling ingezet werd.
- Bij de dame die seksuele beschuldigingen uitlette over het personeel, werd geadviseerd dat ze tijdens de zorgmomenten niet meer geholpen zou worden door mannelijke verzorgenden.
- Bij de dame die graag haar eigen gang ging, en anders boos werd, werd de nadruk gelegd op de woordkeus van de zorgverleners. I.p.v.: *“We komen u douchen,”* wordt haar nu de mogelijkheid geboden: *“Kijk eens, dit is de douche. Als u douchen wilt, zeg het maar, dan helpen we u”*.
- De heer die regelmatig hard schreeuwde in de huiskamer, of ging dwalen, bleek dat te doen omdat hij het verzorgend personeel niet kon zien, en daar angstig van werd. Er werd geadviseerd om deze heer een andere plek in de huiskamer te geven, waar hij alles beter kon overzien.

3.1 Evaluatie van de adviezen

Een groot deel van de bruikbaarheid van de aangeboden adviezen is afhankelijk van de uitvoerbaarheid. De claimende cliënt zal ogenschijnlijk het beste geholpen zijn wanneer deze constant één op één aandacht zou kunnen krijgen. Dit is natuurlijk niet haalbaar. De adviseur zal daarom rekening moeten houden met de mogelijkheden van de zorgverlener en zal de adviezen hierop moeten aanpassen. Daarnaast moeten de adviezen zo beschreven zijn, dat zij voor ieder duidelijk en begrijpelijk zijn, zodat de vertaling naar de praktijk gemaakt kan worden.

3.1.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen

De adviezen die gegeven werden door de PMT-er werden door vier personen als duidelijk en door vier personen als praktisch uitvoerbaar beschreven, al werd door iedereen de tijdsdruk als een belastend element ervaren. Dit belemmerde het goed kunnen uitvoeren van de adviezen. Eén geïnterviewde vroeg zich vooraf af of de adviezen wel echt zouden helpen, maar wilde ze wel uitproberen.

“De PMT-er heeft daar een half uur, drie kwartier voor uitgetrokken. Dat kunnen wij niet altijd in de praktijk doen, want ja, je hebt nog negen andere cliënten. Je moet daar toch een middenweg in zien te vinden, maar wel met het grootst mogelijk succes”.

Wanneer er nog vragen waren over de adviezen, werd er in eerste instantie onder de collega's overlegd, en kon er zo nodig contact gezocht worden met de PMT-er: per mail, telefoon of direct op de afdeling.

“Je hebt wel eens vragen, maar dan ga je echt naar collega's toe van: ‘Wat bedoelen ze daarmee?’ Ja, en dan wordt het toch wel onderling uitgelegd en dan komt dat altijd wel weer goed. ... Het zal wel voorkomen dat ze echt specifiek naar de PMT-er terug moeten om te vragen: ‘Wat bedoel je daar nu mee?’ We kunnen altijd bellen, mailen”.

In vijf gevallen werd benoemd dat de adviezen door het hele team uitgevoerd werden, hoewel soms met een eigen invulling: *“Iedereen werkt toch op zijn eigen manier”*. Door één persoon werd het uitvoeren door het hele team als voorwaarde gezien om de adviezen te kunnen laten slagen. Een ander beschreef dat ze niet alleen overlegden, maar elkaar zelfs aanspraken wanneer men zag dat de ander de adviezen niet (goed) uitvoerde. In één geval werd aangegeven dat de adviezen niet door het hele

team uitgevoerd werden, wat voor verwarring zorgde bij de cliënt. Er werd aan gewerkt om weer op één lijn te komen.

“Als ik zeg na drie keer: ‘U moet naar uw kamer’ ... en de ander zegt: ‘O, blijf maar lekker zitten’, ja, dan weet de cliënt het op het laatst ook niet meer”.

3.1.2 Omgangsoverleg door het PSOT

Ook de adviezen door het PSOT werden door zes van de acht geïnterviewden als praktisch en werkbaar ervaren, al zei één dat niet alles uitvoerbaar was. Eén deelnemer gaf aan dat er naast de praktische tips soms ook een theoretische toelichting werd gegeven.

“Je wilt dat het werkbaar wordt, dat waar je mee begonnen bent, die eenheid is op de een of andere manier verstoord en daar moet je naar terug, dus het is eigenlijk altijd op het praktische vlak. Want je krijgt soms wel eens medische achtergrond, maar daardoor kunnen ze weer praktisch aan de gang, dus dat sluit elkaar niet uit”.

In alle gevallen was er sprake van onderling overleg, om de uitvoering van de adviezen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen. Door vier personen werd namelijk aangegeven dat iedereen toch een eigen manier van werken heeft, waardoor afstemming noodzakelijk is.

“De neuzen staan natuurlijk niet allemaal dezelfde kant op, want het zijn allemaal heel verschillende mensen. En daarbij: je hebt ook wel eens, dat heeft iedereen wel eens, je kunt je in het ene ding beter vinden dan in het andere. ... De afspraak is dat iedereen toch de adviezen uitvoert. En kijk, je kunt toch nooit stipt allemaal hetzelfde werken. Als het maar in de grote lijnen gelijk is”.

In twee gevallen had het meer te maken met verdeeldheid in het team. Ook dan was het overleg goed om de neuzen zoveel mogelijk dezelfde kant op te krijgen. Daarnaast werd aangegeven dat een toelichting waarom men tot deze adviezen is gekomen, bij zou kunnen dragen aan meer eenheid in het team. Ook meer begrip voor elkaars last in bepaalde situaties kon een oplossing zijn.

“Ik vind het wel een probleem, jij niet, maar goed, heb begrip: het kan ook eens andersom zijn, dat jij een probleem hebt en een ander niet. ... Dat we ook voor het team met elkaar zijn”.

In vijf gevallen was het dan ook zo dat de adviezen door het hele team gedragen werden, en in de helft van de gevallen waren er ook geen vragen over de adviezen. Dat de zorgverleners in het omgangsoverleg zelf meededen in de discussie, zelf oplossingen aandroegen en met zijn allen tot een conclusie kwamen, droeg daar volgens hen wel aan bij. Door meerdere personen werd gezegd dat zij hun ei kwijt konden, en eenmaal werd daarbij ook aangegeven dat men zich begrepen voelde.

3.2 Waargenomen veranderingen naar aanleiding van de adviezen

Aan de deelnemers is gevraagd of zij veranderingen hebben gezien nadat ze de adviezen zijn gaan toepassen. Hierbij moet aangetekend worden dat de gerapporteerde veranderingen subjectief zijn. Wanneer genoemd wordt dat de cliënt vrolijker is geworden, dan is dit een aanname. Wanneer er gezegd wordt dat men de cliënt vaker ziet lachen, wordt het al concreter, maar dan nog steeds is het subjectief: het is nooit bijgehouden. Toch mogen we er wel enigszins van uit gaan dat de genoemde veranderingen min of meer kloppen, aangezien de geïnterviewde zorgverleners vaak en langdurig met de betreffende cliënten omgaan, hen en hun gedragingen daardoor ook goed kennen, en verschillen hierin zouden kunnen opmerken.

3.2.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen

Als eerste werd er aan de zorgverleners gevraagd of zij zelf veranderingen hadden waargenomen. Bij iedereen was dat min of meer het geval. Zo werd in vijf gevallen opgemerkt dat de cliënt rustiger was,

meer toeliet en er ook meer te bereiken was met de cliënt. In één geval werd aangegeven dat de cliënt minder agressief en boos was, en één keer werd het roepgedrag minder. Ook werd er eenmaal opgemerkt dat er meer communicatie was tussen de cliënt en de zorgverleners. Bij één cliënt werd er wisselend wel wat veranderingen in inzet van de cliënt waargenomen.

Vervolgens werd gevraagd naar mogelijke veranderingen op bepaalde gebieden. In het contact werd in de helft van de gevallen duidelijk verandering waargenomen: er waren minder strubbelingen, er was meer te bereiken, er was meer contact met het personeel.

“Nu is ze echt heel lief, en dan mogen sommigen haar ook helpen met eten, als soms iets niet lukt of zo en dat laat ze dan ook gewoon toe. In het begin was dat helemaal niet, dan moest je weg. Echt een verandering”.

In twee gevallen was er wel wat verandering in het contact met het personeel, en werd daarnaast meer contact met medebewoners gemaakt. In één geval werd er geen verandering benoemd.

Ook het gedrag van de cliënt werd bekeken, en daar waar dit de hulpvraag was, gekoppeld aan het zorgmoment. Bij de twee zorgmomenten werd genoemd dat de cliënten rustiger waren, de zorg meer toelieten.

“Hij laat meer dingen toe als dat hij voor de adviezen deed. Het verloopt gewoon allemaal veel makkelijker. En dit komt omdat wij ook wat rustiger aan doen, en zo weet hij ook dat wij het voor hem doen en hij wordt er ook beter van”.

In één geval was zichtbaar dat de cliënt zelf meer inzet toonde en bij de overige drie waren de cliënten rustiger. Daarbij werd bij één cliënt ook nog benoemd dat het roepgedrag bij het vertrek van bezoek verminderde.

Ten slotte werd naar de stemming gevraagd. In vier gevallen werd duidelijk een positieve verandering genoemd: cliënten waren vrolijker, meer opgewekt. Eén geïnterviewde beschrijft het als volgt: *“Van heel boos en angstig naar heel vriendelijk en... ja, hoe moet ik het zeggen, goedgemutst zeg maar”*. In één geval werd gezegd dat de cliënt zich prettiger voelde, en in het laatste geval was er niet heel veel verandering zichtbaar, maar was de cliënt wel minder depressief.

Omdat er natuurlijk ook andere oorzaken konden zijn voor de genoemde veranderingen, werd dit ook nagevraagd. In de helft van de gevallen waren de geïnterviewden van mening dat de adviezen de oorzaak waren van de door hen genoemde veranderingen. Van één cliënt was bekend dat deze ook medicatie kreeg die het effect (mede) kon hebben veroorzaakt, en van één cliënt werd aangegeven deze meer thuis was geraakt op de afdeling en meer bezoek had gekregen. In het laatste geval werd genoemd dat de veranderingen mogelijk veroorzaakt werden door het golvende patroon van de stemming van de cliënt. Ten slotte is het vermelden waard dat twee zorgverleners benoemden dat de adviezen konden slagen door een verandering in het team en door het consequent uitvoeren van de adviezen door het hele team.

3.2.2 Omgangsoverleg door het PSOT

Net als bij de zorgverleners die de adviezen van de PMT-er kregen, werd de zorgverleners die de adviezen van het PSOT kregen als eerste gevraagd of zij zelf veranderingen hadden waargenomen. In zeven van de acht gevallen werd er een verandering bij de cliënt waargenomen, waarbij in vier gevallen gesproken werd van meer rust bij de cliënt. Verder werd meer vertrouwen bij de cliënt waargenomen. In één geval bleven de seksuele aanklachten uit en werd er minder geklaagd. Bij één cliënt werden minder woede-uitbarstingen gezien. Degene die uit zichzelf geen veranderingen bij de cliënt noemde, gaf wel

iets anders aan: dat er meer rust was onder het personeel, dat men er meer op vertrouwde dat men het zelf op kon lossen. De verandering onder het personeel stond niet op zich: het werd ook nog door vijf anderen benoemd. Zo werd er aangegeven dat er meer begrip was voor de cliënt, dat men meer doordacht met de cliënt om ging en dat de manier van denken veranderd was.

"Sommigen hebben het faalgevoel: als die meneer niet goed schoon is, dan heb ik geen goede zorg geleverd." Met het PSOT wordt dit bekeken: "Waarom moet dat per se voor 10 uur? ... Dat je dan ziet dat je je eigen beperkingen, of je eigen gedachten over zorg niet altijd de juiste gedachte hoeft te zijn. En dat is ook wel het mooie van zo'n overleg".

Ook bij deze groep werden de verschillende facetten van de verandering uitgevraagd. Bij het thema contact werd door iedereen aangegeven dat het contact tussen het personeel en de cliënt verbeterde. Zo werd er genoemd dat het vertrouwen wederzijds groeide, dat er eerder een ingang was, meer toenadering: de cliënt zocht zelfs fysiek contact door de hand vast te houden. In drie gevallen werd er ook benoemd dat er minder strijd was. Daarnaast werd twee keer aangegeven dat ook het contact tussen de cliënt en de medebewoners verbeterde.

Bij het gedrag komt de rust weer duidelijk naar voren, dit wordt door zes personen genoemd. Het betreft dan de rust bij de cliënt. Dit werd aangevuld door bijvoorbeeld minder schreeuwen en slaan, deed vaker mee aan activiteiten, men kon gemakkelijker een gesprek aangaan, minder lopen en minder agressie. Dit laatste, minder agressie, werd ook genoemd door de twee personen die geen rust genoemd hadden. De stemming is ook ter sprake gekomen, en in zeven gevallen was er verschil merkbaar. Dit varieerde van vriendelijker tot vrolijker en vaker lachen, en van minder achterdocht tot meer ontspannen. In één geval werd gezegd dat er niet veel veranderd was.

Natuurlijk werd ook nu bekeken of er nog andere oorzaken aan de waargenomen veranderingen ten grondslag konden liggen. In drie gevallen was er voor zover bekend geen andere oorzaak te noemen. Medicatie werd door vier personen genoemd, maar daarvan werd door één persoon terecht opgemerkt: *"...maar dat was volgens mij voor die tijd ook al zo"*. Zowel bij deze gevallen als bij de genoemde gevallen bij de omgangsadviezen door de PMT-er, bleef dit dus een mogelijke, maar niet zekere factor. Naast de medicatie werd door één persoon het bezoek van partner genoemd. Ten slotte scheelde het mogelijk in één geval dat de cliënt op de afdeling was gekomen na het verlies van de partner, waardoor de cliënt niet eenzaam kon worden, maar onder de mensen was.

3.3 Waardering door de zorgverleners

De opzet van dit onderzoek was om erachter te komen hoe de zorgverleners de advisering door PMT-ers en het PSOT waardeerden. Dit was natuurlijk van vele factoren afhankelijk, onder andere: de persoon die de adviezen gaf, de kwaliteit van de adviezen, hoe deze gebracht werden, hoezeer ze haalbaar waren en wat men als resultaten ervan terug zag. Om dit in één zin of in één getal te vangen, was lastig. Daarom werd er apart naar de waardering van de verschillende facetten gevraagd, om zo een zo duidelijk mogelijk beeld te scheppen.

3.3.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen

Door vier zorgverleners werd het contact met de PMT-er als vrij goed tot goed ervaren, bij de andere twee was er (op dit moment) geen contact, waardoor men het lastig vond om de vraag te beantwoorden. Drie personen geven aan dat het positieve contact te maken had met het feit dat ze altijd bij de PMT-er terecht konden als ze vragen hadden.

"Je kan altijd vragen aan de PMT-er, en die probeert het dan altijd zo goed mogelijk op te lossen, dus ja, goed."

Wanneer gevraagd werd naar wat men van de adviezen vond, werd door twee personen aangegeven dat het werkte, door drie personen werd er aanvankelijk met twijfel naar de adviezen gekeken. In één geval is deze vraag niet gesteld.

"In het begin denk je echt zoiets van: 'Gaaf me niet lukken, in zo'n korte tijd'. Maar als je dan echt gaat proberen, dan werkt het".

Het aandeel van de adviezen in de resultaten werd door drie personen als 'veel' geschat. In twee gevallen was dit 'gemiddeld', waarbij één persoon aangaf dat de cliënt ook wel snel achteruit ging. Eén persoon gaf aan dit moeilijk te kunnen inschatten. Er werd wel veel waarde gehecht aan de adviezen, alle zorgverleners gaven aan dat ze de adviezen belangrijk vinden: *"Een wereld van verschil", "De PMT-er brengt het goed, niet delegerend", "De PMT-er heeft er echt kijk op"*.

Ten slotte werd gevraagd om hun waardering in een cijfer uit te drukken. Het cijfer dat gegeven werd voor de adviezen is een 7,3 en het cijfer wat men gaf voor de resultaten is een 7,2. Door één zorgverlener werd bij dit laatste cijfer ook nog aangegeven dat zij een hoger cijfer zou hebben gegeven indien de adviezen door het team consequent uitgevoerd zouden worden. Dit gebeurde nu niet en dat haalde het resultaat naar beneden.

3.3.2 Omgangsoverleg door het PSOT

Het contact met het PSOT werd door alle personen als positief ervaren. Vijf van hen gaven aan dat ze altijd bij hen terecht konden. Daarnaast werd er door twee genoemd dat ze toegankelijk waren en door drie van hen werd gezegd dat ze een luisterend oor hadden. Ook werd aangegeven dat ze belangstellend waren en je een steuntje in de rug gaven.

Over de adviezen werd gezegd dat ze volledig waren, helder en prettig, allen gaven er op eigen manier een positief label aan. Door drie van hen werd aangegeven dat ze er ook echt wat mee konden.

"Ik denk dat zij ons toch heel goed ondersteunen, in ons werk, en dat ook echt aanhoren, waar de knelpunten zijn. Het is niet zo dat zij zeggen: 'Dit gaan we doen en dit is besloten, hier houden jullie je aan'. ... Zij nemen ons wel mee in het proces om het probleem ook echt op te lossen en om tot oplossingen te komen".

Door zeven zorgverleners werd aangegeven dat de rol van de adviezen op de waargenomen veranderingen vrij groot was. Eén persoon gaf daarbij de toelichting dat er nauwelijks terugval was. De laatste persoon gaf aan dat de rol van de adviezen wel redelijk was, maar dat er wel meer bewustwording was.

Zoals hierboven al is aangegeven, is de inbreng van zorgverleners groot in het omgangsoverleg. Het samen komen tot een oplossing werd dan ook door de helft genoemd als waardevol onderdeel van het omgangsoverleg. De helft vond (daarnaast) het feit dat je je ei kwijt kon, ook belangrijk. Drie personen gaven aan dat de collega's meer met elkaar durfden te praten, wat bijdroeg aan een betere afstemming in het team en dat men elkaar ook eerder durfde aan te spreken. Tot slot werd nog door drie personen aangegeven dat het overleg zorgde voor meer bewustwording van het eigen denken van de zorgverleners. Alleen adviezen krijgen over hoe om te gaan met de cliënten is niet genoeg: *"...op een PG afdeling moet je met jezelf aan de gang"*.

Wanneer er gevraagd werd wat men van het overleg vond, werd er door drie personen aangegeven dat zij vinden dat het een meerwaarde was, zowel voor henzelf als voor de bewoners.

“Het heeft een meerwaarde voor de benadering richting bewoners, die dan problematisch gedrag hebben, het heeft meerwaarde voor medewerkers, alle neuzen één kant op. ... De meerwaarde van met zijn allen bij elkaar zitten.”

Andere reacties waren heel divers: de één zou niet meer zonder willen, de ander verwacht dat er veel meer ziekteverzuim onder de zorgverleners zou ontstaan wanneer het overleg er niet zou zijn. Eén zorgverlener gaf aan dat ook onder de collega's gehoord werd dat men zich allemaal veel zekerder voelt door het overleg. Eén persoon vond het overleg goed, maar benadrukte de noodzaak van de regelmaat van het overleg.

Ook nu werd gevraagd om de waardering in een cijfer uit te drukken. Het overleg zelf werd gewaardeerd met een 7,9 waarbij door één persoon aangegeven werd dat het cijfer wel hoger zou zijn wanneer het overleg op een andere plaats dan de afdeling gehouden werd. De resultaten van de adviezen worden beloond met een 7,8.

3.4 Adviezen door de zorgverleners

Als laatste werd er aan de zorgverleners gevraagd of zij nog dingen gemist hadden in het interview, of ze nog tips of adviezen hadden waardoor de omgangsadvisering beter tot zijn recht zou komen, en of ze verder nog op - of aanmerkingen hadden.

3.4.1 Omgangsadviezen door de PMT-er alleen

- Er wordt wel geëvalueerd. Er wordt ook door de PMT-er gevraagd hoe het nu gaat. Maar naar mijn idee wordt het niet echt gepland om te kijken van wat levert het nou allemaal op.
- De PMT-er kan altijd ruim de tijd nemen, en daarom moeten wij de gulden middenweg zien te vinden. We moeten keuzes maken, kunnen niet altijd alles in de praktijk doen.
- Nu wordt bij ons veel via de teamleidster naar de PMT-er gespeeld, en zonder dat schakeltje ertussen, regelrecht naar de PMT-er toe zou voor ons prettiger zijn. Het kost ons misschien meer werk, maar je hebt wel regelrecht contact. Ik denk dat dat prettiger zou zijn.
- Het is gewoon heel mooi om te zien hoe de mensen ermee omgaan, hoe dat de PMT-er zichzelf inleeft in de mensen en met hoeveel plezier dat diegene dat doet. Dat brengt heel veel rust, diegene brengt heel veel rust op de afdeling. En dat is wel heel mooi om te zien.
- Gewoon alles goed lezen en uitvoeren zou bijdragen aan betere resultaten. Het (de adviezen) wordt toch niet voor niets opgevoerd. ... Dan zie je meer vooruitgang. Kijk, als je maar één of twee keer in de week die adviezen opvolgt, in plaats van zeven keer in de week, dan gaat het altijd beter natuurlijk.
- Ik vind het zo al prima genoeg. Zoals ik eerder al heb gezegd, we kunnen de PMT-er mailen, bellen, vragen één keer in de week, dus ja, ik zou niet weten van hoe of wat.

3.4.2 Omgangsoverleg door het PSOT

- Soms is er wel eens geen onderwerp, en dan bedenkt het PSOT een onderwerp, en dan wordt dat toch weer als zeer waardevol ervaren, waar we dan toch altijd weer wat mee kunnen.
- Misschien moet je er zelf ook wat aan doen, om informatie te zoeken, maar dat je, naast het verslag van de cliënt, dat is een los papier en dan komt het in de map, ook nog uitgebreide informatie over bepaald gedrag, of dingen waar je tegenaan loopt op papier kan krijgen, in een boekje of zo, met handige tips of adviezen samengevat.
- Dat er ook eens bijeenkomsten zijn waarbij verschillende collega's van verschillende locaties bij elkaar zitten, en het niet alleen binnen je team houdt. Of dat er collega's van andere disciplines ook eens bij zijn. Dat je met elkaar in gesprek gaat: "Hoe hebben jullie dat ervaren, of hebben jullie daar ideeën bij?" Dat je ook ideeën opdoet vanuit andere teams. ... Misschien hebben zij hetzelfde probleem, ... vaak zie je dezelfde bewoners weer terug. Dat je een bewoner hebt gehad, en die is

overleden, en dan komt er weer een ander en: O ja, dan zie je dat zelfde gedrag komt er weer in voor, vaak ook een stukje herkenning, dat je dat misschien wat breder aan kan pakken.

- Eén van de laatste keren heb ik aangegeven dat wat betreft individuele dingen, vanuit een medewerker er wel wat dieper op in kunnen gaan. Het is de laatste keer iets algemeen gebleven, waarop ik zei: één op één zou je er wat dieper op in kunnen gaan.
- Naar het PSOT eigenlijk niets, meer naar de organisatie. Dat het structureel op alle afdelingen wordt ingevoerd. En dat proberen ze ook wel, maar het zou gewoon een vast ding in het team moeten zijn, ... Maar ja, dan moet er geld komen denk ik ook.
- Ik ben er zelf wel sterker door geworden. Door hun steun durf je sneller iemand op de punten te wijzen.
- We hebben eigenlijk altijd wel een overvolle agenda. We doen het in onze eigen tijd, ... maar het zou wel bij kunnen dragen, hoor, als je er even wat meer tijd daarvoor had.
- Voor nu is het goed. Zij komen natuurlijk ook heel veel op de afdeling, om zelf ook mensen te bekijken en te observeren, maar goed, dat gebeurt ook wel.
- Ik denk dat het gewoon belangrijk is dat je het regelmatig blijft herhalen, ik denk dat het goed is dat het team zoveel mogelijk voltallig bij aanwezig is omdat ik dan denk dat je dan alles in 1 keer pakt.
- Het gaat heel goed nu zoals het gaat. Elke keer komen we even terug op de vorige keer, en toen hadden we gevraagd: kunnen we wat klinische lessen erbij krijgen, of anders een themabijeenkomst voor een bewoner of familie. Dus we wilden even gaan kijken wat we nog meer kunnen gaan ontwikkelen.
- We zijn eerst heel erg zoekende geweest. Maar met het advies van het PSOT, daar hebben we gewoon heel veel aan gehad. Dan had ik zoiets van: hadden we dat maar eerder gehad. ... Het werkt gewoon fantastisch. Ik vind het heel fijn. ... En ook collega's met mij, vinden het een prettige bijeenkomst. Mensen komen ook graag er voor terug.

4. Conclusie en discussie

4.1 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om vast te stellen of de adviezen, door PMT-ers of het PSOT gegeven, als zodanig gewaardeerd werden door de zorgverleners, aan wie deze gegeven werden. Hoewel in beide vormen de adviezen gestoeld zijn op het product omgangsadvisering, bleek het verschil in aanpak ook een verschil in waardering op te leveren. Er is daarom gekozen om niet tot één conclusie te komen, maar om de bevindingen van beide vormen weer te geven, en deze met elkaar te vergelijken.

4.1.1 Omgangsoverleg door de PMT-er alleen

Met de kanttekening dat er meer rekening gehouden mag worden met de tijdsdruk van de zorgverleners, is de uitvoerbaarheid van de adviezen die PMT-ers geven voldoende. De behaalde resultaten worden in ieder geval voor een deel toegeschreven aan het toepassen van de adviezen, waarbij het belangrijk is dat de adviezen door het hele team uitgevoerd worden. Om dit voor elkaar te krijgen, moeten de adviezen door het hele team gedragen worden. Opvallend is dat dit juist één van punten is die als positief genoemd worden in het omgangsoverleg.

Wanneer dit uitgevraagd wordt, blijkt dat door het grootste deel van de zorgverleners positieve veranderingen opgemerkt worden in het contact met de cliënt, het gedrag en/of de stemming van de cliënt.

Wat hierna bij het omgangsoverleg duidelijker naar voren komt, is hier, maar in mindere mate, ook van toepassing: door de adviezen is er niet alleen verandering bij de cliënt waargenomen, maar ook verandering in het team. De teamleden zijn anders gaan kijken naar de cliënt en hun eigen gedrag.

Hoewel de adviezen aanvankelijk met wat twijfel bekeken werden, wordt achteraf geconstateerd dat ze in meer of mindere mate resultaat hebben en er wordt veel waarde aan gehecht. De adviezen krijgen dan ook als rapportcijfer een 7,3 en de resultaten van de adviezen een 7,2.

Er zijn ook enkele kritische noten en tips. Wanneer daar gehoor aan gegeven wordt, mag men verwachten dat de waardering van de adviezen nog verder omhoog zal gaan.

4.1.2 Omgangsoverleg door het PSOT

De adviezen die door het PSOT gegeven zijn, worden door de meerderheid als praktisch en werkbaar ervaren. Hoewel ieder persoon toch zijn eigen stijl en werkwijze heeft, worden de adviezen bijna in alle gevallen door het hele team gedragen. Dat het hele team meedoet in de discussie, dat iedereen oplossingen in kan brengen en dat men samen tot een plan van aanpak komt, heeft daar waarschijnlijk mee te maken. Daar waar de neuzen nog niet allemaal dezelfde kant op staan, wordt in sommige gevallen het omgangsoverleg bewust gebruikt om dat voor elkaar te krijgen.

Bij het stellen van de vraag: "Heb je veranderingen gemerkt nadat je de adviezen bent gaan toepassen?" was de verwachting dat er antwoord zou komen met betrekking tot de cliënt. Dit was nagenoeg bij allen ook het geval, maar daarnaast werd door een ruime meerderheid ook aangegeven dat er veranderingen waargenomen werden in het team. Juist de aandacht en de begeleiding van het team werd als grote meerwaarde genoemd. Het resultaat was niet alleen meer rust en zekerheid onder de teamleden, maar ook dat men meer bewust werd van de eigen denk- en handelwijze.

Bij het uitvragen van de veranderingen in verschillende facetten, zijn de resultaten indrukwekkend: door iedereen wordt zowel in het contact met de cliënt als bij het gedrag van de cliënt positieve

veranderingen waargenomen. Door de meerderheid wordt daarnaast ook nog een positieve verandering in de stemming van de cliënt gemeld.

Hoewel er in de veranderingen andere oorzaken een rol zouden kunnen spelen, wordt de rol van de adviezen vrij groot ingeschat. Het omgangsoverleg wordt dan ook zeer gewaardeerd, vooral als plek om terecht te kunnen met je vragen. Dit blijkt ook uit de rapportcijfers: een 7,9 voor het overleg, en een 7,8 voor de resultaten van de adviezen.

Samenvattend kan uit beide vormen van advisering geconcludeerd worden dat het geven van omgangsadviezen aan zorgverleners volgens hen een positieve invloed heeft op het probleemgedrag bij de cliënt. Er worden positieve veranderingen in het contact, het gedrag en de stemming van de cliënt gezien.

De wijze waarop dit gebeurt, hetzij de advisering door de PMT-er, of in het omgangsoverleg met het PSOT, maakt daarbij niet uit, al mag wel gesteld worden dat het omgangsoverleg door het PSOT hoger scoort dan de advisering door de PMT-er.

Zowel de advisering door de PMT-er, als het omgangsoverleg door het PSOT mag dan ook als waardevol worden beschouwd.

In de probleemstelling is al beschreven dat de mate waarin de zorgverlener zich kan verplaatsen in de dementerende oudere belangrijk is voor het omgaan met probleemgedrag. Ook de interactie tussen en de communicatie met de oudere wordt als belangrijk beschouwd. In dit onderzoek blijkt dat deze punten een onderdeel zijn van de adviezen die gegeven worden. Het is dan ook voor de PMT-er van belang aandacht te blijven schenken aan de uitleg rondom het probleemgedrag, en daarnaast praktische adviezen te geven hoe om te gaan met de oudere.

De vaardigheden die de PMT-er geacht wordt te hebben, dragen in belangrijke mate bij om te komen tot waardevolle omgangsadviezen. Ook de kennis van de PMT-er over specifieke ouderdomsziekten en het voorkomende probleemgedrag draagt hieraan bij. Hoewel die kennis en vaardigheden gestoeld zijn op verklarende theorieën, is het natuurlijk de vraag in hoeverre daar in de praktijk bewust gebruik van wordt gemaakt. Is iedere PMT-er bekend met de literatuur? Wordt ieder advies altijd gebaseerd op een bepaald referentiekader, of zal er vertrouwd worden op de opgedane praktijkervaring? En, als dat zo is, is dat dan een probleem? Hoewel het niet mogelijk is om alle adviezen te baseren op een referentiekader, is het wel aan te bevelen dat de PMT-er de ontwikkelingen in de literatuur bij houdt.

4.2 Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek is in totaal bij 14 personen afgenomen. De antwoorden van de zorgverleners kwamen in grote lijnen met elkaar overeen. Daarnaast werden door meerdere zorgverleners naast lof ook kritische opmerkingen, tips en adviezen gegeven. Hierdoor mag aangenomen worden dat het sociaal wenselijke aspect geen boventoon heeft gevoerd. Niettemin is de beoordeling door de zorgverlener niet getoetst door andere zorgverleners dezelfde adviezen te laten beoordelen. In die zin blijven de waarderingen een subjectief element houden.

De deelnemers in de onderzoeksgroep zijn niet a-select gekozen. Niet in ieder verpleeghuis is een PMT-er aanwezig, en niet alle PMT-ers houden zich bezig met omgangsadviezen of omgangsoverleg door het PSOT. Alle deelnemende stichtingen zijn daarom direct verbonden met (de leden van) de werkveldgroep geriatrie. De PMT-ers die daarbij aangesloten zijn, hebben dan ook een coördinerende rol gespeeld: zij hebben grotendeels de toestemming voor deelname aan dit onderzoek geregeld. Het is dan ook niet uit te sluiten dat er bewust gekozen is om afdelingen en/of personen te selecteren die positief tegenover de adviezen of het omgangsoverleg staan. Hierdoor zou mogelijk een vertekend

beeld kunnen ontstaan doordat er vooral enthousiaste personen geïnterviewd zijn, en de kritische noot door de scepticus niet gehoord wordt.

Er zijn drie interviews afgenomen in de stichting waar de onderzoeker zelf werkzaam is. Hoewel alle mogelijke voorzorgsmaatregelen getroffen zijn om de geïnterviewde personen anoniem te houden, neemt dat niet weg dat de gegeven antwoorden mogelijk sociaal wenselijk zijn.

Tijdens sommige interviews werd duidelijk dat de antwoorden over de adviezen wat doorspekt werden met informatie die de zorgverleners hadden over de therapie die de PMT-er ook gaf. Ook was het eenmaal zo dat er bij dezelfde cliënt eerder ook al adviezen door de psycholoog gegeven waren. Hoewel in alle gevallen geprobeerd is om door dieptevragen deze informatie zoveel mogelijk te filteren, is het niet zeker dat alle antwoorden alleen over de adviezen gingen die door de PMT-er of het PSOT gegeven waren.

Alle zorgverleners die geïnterviewd werden, zitten al jaren in het vak. Zij zien hun cliënten regelmatig en vaak langere tijd achter elkaar. We mogen aannemen dat zij daardoor een geoefend oog hebben gekregen voor gedragingen van hun cliënten. Toch zijn de veranderingen in het gedrag, zoals eerder al aangegeven werd, nooit objectief gemeten. We kunnen er dan ook niet zeker van zijn dat de genoemde verschillen dan ook feitelijk zijn.

4.3 Suggesties verder onderzoek

Het gedrag dat als probleemgedrag ervaren wordt, trekt vaak de aandacht van de zorgverlener, waardoor het mogelijk eerder opvalt wanneer er verandering optreedt. Toch is het ook mogelijk dat de wenselijkheid van het afnemen van het probleemgedrag invloed heeft op de waarneming van de veranderingen. Het is daarom interessant om te weten in hoeverre de waargenomen veranderingen dan ook kloppen.

Nog niet altijd worden de adviezen die door de PMT-er gegeven worden, door het hele team gedragen, met als gevolg mindere resultaten doordat de adviezen niet door iedereen consequent toegepast worden. Een belangrijk punt van aandacht voor verder onderzoek is dan ook: Hoe kan de PMT-er ervoor zorg dragen dat het hele team achter de adviezen staat, en ze daardoor ook zal gaan uitvoeren?

De adviezen door het PSOT in het omgangsoverleg worden iets meer gewaardeerd dan wanneer de PMT-er die alleen geeft. Dit kan een gevolg zijn van de wijze waarop de adviezen tot stand komen, namelijk in het omgangsoverleg, waarbij het hele team aanwezig is en meedenkt in het proces. Daarbij speelt ook de vraag in hoeverre de leden van het PSOT 'slechts' adviseurs zijn of door de werkwijze ook als bemiddelaars in het team optreden. Vergelijkend onderzoek zou hierin meer licht kunnen brengen.

Literatuur

- Dröes, R.M. (1991). *In beweging: Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dröes, R.M. (1994). Psychomotorische therapie in het verpleeghuis voor demente patiënten. *Bewegen en hulpverlening* 3, 151-170.
- Duin, C. van (2009). Bevolkingsprognose 2008-2050: Naar 17,5 miljoen inwoners. Centraal Bureau voor de Statistiek, Bevolkingstrends. Retrieved June 19, 2009 from: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EB986187-DFD1-4EBA-ABC2-E14A8E9B21B0/0/2009k1b15p15art.pdf>
- Fukkink, R. (2005). Effectonderzoek naar Video Interactie Begeleiding. SCO-Kohnstamm Instituut. Retrieved June 12, 2009 from: <http://www.sco-kohnstammstituut.uva.nl/pdf/VIB%20eindrapport.pdf>
- Gordijn, C.C.F. (Red.) (1975). *Wat beweegt ons*. Baarn: Bosch & Keuning N.V.
- Groot, A. de (2006). Goed Bekeken. Tien jaar Video Interactie Begeleiding in de ouderenzorg. *Denkbeeld* 18, 2-5.
- Hazelhof, T. & Verdonchot, T. (2000). *Begeleiden van ouderen met problemen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hekking, P.J.A.M. (2009). Ongepubliceerde nota. Opleiding PMT-BA, Chr. Hogeschool Windesheim. Zwolle.
- Hogeschool INHOLLAND / Stichting Geriant (2007) Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen. Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden. Retrieved June 19, 2009 from: <http://www.inholland.nl/NR/rdonlyres/EDCFC0DE-6861-430F-AA41-822820581C6B/0/MicrosoftWordAchtergronddocument.pdf>
- Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam (2009). Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie. Richtlijn voor verzorgenden niveau 3 in verpleeg- en verzorgingshuizen. Retrieved June 19, 2009 from: <http://www.transitiesinzorg.nl/files/afweergedrag-richtlijn-2009-1.pdf>
- Meulen, A. van der & Keij-Deerenberg, I. (2003). Sterfte aan dementie. Centraal Bureau voor de Statistiek. Retrieved June 19, 2009 from: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/57D8293E-8EA9-4B53-B8C1-04DDEDFE1C00/0/2003k2b15p024art.pdf>
- Paans, R. (2009). *Product omgangsadviesing*. Ongepubliceerde nota.
- Sloane, P.D., Hoeffter, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J., Stewart, B.J., Amann Talerico, K., Rasin, J.H., Zink, R.C. & Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, 1795-1804.
- Stokes, G. (1996). *Agressie. Probleemgedrag bij demente ouderen*. Baarn: Intro.
- Veldhuis-Lechters, H.H., (2005). Belevingsgerichte Zorg op Maat. Werken met een belevingsdiagnose. *Denkbeeld* 18, 10-16

Bijlagen

Bijlage 1: Semigestructureerde vragenlijst interviews

Bijlage 2: Product omgangsadvisering

Bijlage 3: Nota – Psycho-sociaal ondersteuningsteam; Stichting Palet

Bijlage 4: Inzetbaarheid PMT en Psycholoog t.b.v. kleinschalig wonen Maartenshof; Zorggroep Groningen

Interview t.b.v. onderzoek omgangsadvisering – omgangsadvisering door de PMT-er

Doel

Voor mijn opleiding en de ontwikkeling van de discipline PMT in de geriatrie wil ik onderzoeken hoe de omgangsadviezen, door PMT-ers gegeven, worden gewaardeerd door de zorgverleners aan wie deze gegeven worden.

Hoofdvraag: Hoe waardeer je de omgangsadviezen die je door de psychomotorisch therapeut gegeven worden?

Introductie:

Dit interview is opgezet in verband met een onderzoek naar de waardering van zorgverleners omtrent de omgangsadviezen opgesteld door PMT-ers. Ikzelf ben als PMT-er werkzaam in een verpleeghuis in Arnhem. Voor mijn opleiding doe ik dit onderzoek. Om het interview goed uit te kunnen werken, zullen er video-opnames gemaakt worden. Dit is echter alleen voor het maken van de transcripties, daarna worden de opnames weer vernietigd. Uw uitspraken worden anoniem verwerkt. Wanneer u de opnames met video vervelend vindt, kunnen we deze ook als geluidsrecorder op tafel zetten. Geeft u toestemming om opnames te maken? Om de tekst in het onderzoeksverslag begrijpelijker te maken, kan het zinvol zijn om stukken tekst uit het interview te citeren. Geeft u toestemming om u anoniem te citeren?

In het verpleeghuis waar u werkt, zijn ook psychomotorisch therapeuten werkzaam. Eén van de taken van de PMT-er is om omgangsadviezen op te stellen wanneer er sprake is van probleemgedrag van cliënten. Hier wil ik het graag over gaan hebben. Het interview is opgedeeld in 4 stukken. Allereerst wil ik het graag hebben over de situatie die aanleiding was om de PMT-er in te schakelen. Vervolgens wil ik graag wat meer weten hoe het gaat met het opstellen en uitwerken van het advies. Daarna hoor ik graag iets over het resultaat wat je zag nadat je de adviezen bent gaan toepassen, en ten slotte gaan we het hebben over jouw waardering van de adviezen.

Onderwerp 1: Beschrijving van de situatie.

- Een tijdje terug heeft de psychomotorisch therapeut omgangsadviezen gegeven rondom een situatie. Om wat voor situatie is het gegaan?
- Kan je de situatie beschrijven zoals het was voordat de PMT-er ingeschakeld werd?

Onderwerp 2: Opstellen en uitwerking van het advies.

- Hoe wordt de PMT-er ingeschakeld? Was je daarvan op de hoogte?
- Kun je beschrijven hoe het advies opgesteld is, hoe is dat in zijn werk gegaan?
- Op welke manier heb jij kennis kunnen nemen van de gegeven adviezen? (alleen schriftelijk, mondelinge toelichting door PMT-er, overdracht door geïnstrueerde collega enz.)
- Ben je voldoende in de gelegenheid geweest om de adviezen je eigen te maken?
- Had je nog vragen aan de hand van de gegeven adviezen, en zo ja, zijn die naar tevredenheid beantwoord? / Waren de adviezen duidelijk en te begrijpen?
- Zijn de adviezen praktisch uitvoerbaar?

- Heb je het idee dat je collega's ook gelegenheid gehad hebben om de adviezen zich eigen te maken?
- Heb je het idee dat je collega's de adviezen ook toepassen? Waarom wel/niet?
- Hebben jullie het onderling nog wel eens over de adviezen?

Onderwerp 3: Resultaten van de adviezen.

- Heb je veranderingen opgemerkt sinds de adviezen toegepast worden? Zo ja, welke?
- Hoe is het contact met de cliënt als je dat vergelijkt met de periode voor dat je de adviezen toe ging passen?
- Hoe gaat de zorg als je dat vergelijkt met de periode voor dat je de adviezen toe ging passen? / Is het gedrag van de cliënt veranderd?
- Hoe is de stemming van de cliënt als je dat vergelijkt met de periode voor de adviezen?
- Je beschrijft dat ... en ... is veranderd bij de cliënt. Zou je die veranderingen aan een andere oorzaak kunnen toeschrijven?
Indien geen duidelijk antwoord komt, 3 mogelijkheden benoemen:
 1. Is er verandering in medicatie
 2. Is iemand meer thuis geraakt, weer contact hersteld met familie o.i.d.
 3. Heeft de persoon bijvoorbeeld een beroerte gehad waardoor hij achteruit is gegaan

Onderwerp 4: Waardering van de adviezen.

- Hoe is het contact met de PMT-er?
- Wat vond je van de adviezen toen je deze hoorde of las?
- Welk aandeel hebben de adviezen gehad op de veranderingen die we eerder beschreven hebben volgens jou?
- Welke waarde hecht jij aan de adviezen
- Als je de adviezen met een cijfer van 1 tot 10 zou moeten waarderen, wat wordt het dan? Waarom?
- Als je de resultaten van de adviezen met een cijfer van 1 tot 10 zou moeten waarderen, wat wordt het dan? Waarom?
- Heb je nog iets gemist in het interview? Heb je nog tips of adviezen, of wil je nog wat kwijt?

Interview t.b.v. onderzoek omgangsadvisering – omgangsoverleg door het PSOT

Doel

Voor mijn opleiding en de ontwikkeling van de discipline PMT in de geriatrie wil ik onderzoeken hoe de omgangsadviezen, door PMT-ers gegeven, worden gewaardeerd door de zorgverleners aan wie deze gegeven worden.

Hoofdvraag: Hoe waardeer je de omgangsadviezen die je door de psychomotorisch therapeut gegeven worden?

Introductie:

Dit interview is opgezet in verband met een onderzoek naar de waardering van zorgverleners omtrent de omgangsadviezen opgesteld door PMT-ers. Ikzelf ben als PMT-er werkzaam in een verpleeghuis in Arnhem. Voor mijn opleiding doe ik dit onderzoek. Om het interview goed uit te kunnen werken, zullen er video-opnames gemaakt worden. Dit is echter alleen voor het maken van de transcripties, daarna worden de opnames weer vernietigd. Uw uitspraken worden anoniem verwerkt. Wanneer u de opnames met video vervelend vindt, kunnen we deze ook als geluidsrecorder op tafel zetten. Geeft u toestemming om opnames te maken? Om de tekst in het onderzoeksverslag begrijpelijker te maken, kan het zinvol zijn om stukken tekst uit het interview te citeren. Geeft u toestemming om u anoniem te citeren?

In het verpleeghuis waar u werkt, zijn ook psychomotorisch therapeuten werkzaam. Eén van de taken van de PMT-er is om samen met een psycholoog de PSOT-bijeenkomsten te begeleiden. In dit interview wil ik graag starten met een beschrijving van een mogelijke aanleiding waarop een bijeenkomst gebaseerd wordt. Vervolgens wil ik graag weten hoe de gang van zaken is rondom een omgangsoverleg. Daarna hoor ik graag iets over het resultaat wat je zag nadat je de adviezen bent gaan toepassen, en ten slotte gaan we het hebben over jouw mening en waardering.

Onderwerp 1: Beschrijving van de situatie.

- Een tijdje terug heeft de psychomotorisch therapeut omgangsadviezen gegeven rondom een zorgmoment. Om wat voor zorgmoment is het gegaan?
- Kan je het zorgmoment beschrijven zoals het was voordat de PMT-er ingeschakeld werd?

Onderwerp 2: Gang van zaken omgangsoverleg.

- Hoe lang wordt er bij jullie al gewerkt met het PSOT?
- Hoe wordt besloten wat het onderwerp van de bijeenkomst wordt? Bij wie ligt de inbreng?
- Kun je beschrijven hoe een PSOT bijeenkomst eruit ziet?
- (Zo nodig) Op welke manier heb jij kennis kunnen nemen van de gegeven adviezen? (alleen schriftelijk, mondelinge toelichting door PMT-er, overdracht door geïnstrueerde collega enz.)
- (Zo nodig) Ben je voldoende in de gelegenheid geweest om de adviezen je eigen te maken?
- Had je nog vragen aan de hand van de gegeven adviezen, en zo ja, zijn die naar tevredenheid beantwoord?
- Is hetgeen besproken is praktisch uitvoerbaar?

- Hoe maak jij de vertaling naar de werkvloer? (evt. toelichting a.d.h.v. de casus)
- (Zo nodig) Hoe kunnen je collega's het besprokene zich eigen maken?
- Heb je het idee dat je collega's de adviezen ook toepassen? Waarom wel/niet?

Hebben jullie het onderling nog over het geen besproken wordt in de bijeenkomst?

Onderwerp 3: Resultaten van de adviezen.

- Heb je veranderingen opgemerkt sinds de adviezen toegepast worden / na het overleg? Zo ja, welke?
- Hoe is het contact met de cliënt als je dat vergelijkt met de periode voor de bijeenkomst?
- Is het gedrag van de cliënt veranderd? (als past in casus: hoe gaat de zorg?)
- Hoe is de stemming van de cliënt als je dat vergelijkt met de periode voor de bijeenkomst?
- Je beschrijft dat ... en ... is veranderd bij de cliënt. Zou je die veranderingen aan een andere oorzaak kunnen toeschrijven?

Indien geen duidelijk antwoord komt, 3 mogelijkheden benoemen:

4. Is er verandering in medicatie
5. Is iemand meer thuis geraakt, weer contact hersteld met familie o.i.d.
6. Heeft de persoon bijvoorbeeld een beroerte gehad waardoor hij achteruit is gegaan

Onderwerp 4: Waardering van de adviezen.

- Hoe is het contact met de PMT-er en de psycholoog?
- Wat vond je van de informatie die je gekregen hebt?
- Welk aandeel heeft het PSOT gehad op de veranderingen die we eerder beschreven volgens jou?
- Welk onderdeel van het PSOT vindt jij het meest waardevol?
- Welke waarde hecht jij aan de bijeenkomsten?
- Als je de bijeenkomst met een cijfer van 1 tot 10 zou moeten waarderen, wat wordt het dan? Waarom?
- Als je de resultaten van het PSOT met een cijfer van 1 tot 10 zou moeten waarderen, wat wordt het dan? Waarom?
- Heb je nog iets gemist in het interview? Heb je nog tips of adviezen, of wil je nog wat kwijt?

Product Omgangsadvisering - Psychomotorische Therapie
--

Rationale

Ouder worden brengt vaak ingrijpende gebeurtenissen met zich mee, zoals het verlies van een partner, invaliditeit en opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Deze gebeurtenissen vereisen aanpassingen aan de nieuwe omstandigheden, wat tijd kost. Vaak gebeuren die veranderingen echter snel en is er weinig tijd om zich aan te passen aan deze nieuwe omstandigheden. Daar komt nog bij dat ouderen door de lichamelijke en psychische beperkingen minder mogelijkheden hebben om zich aan te passen, waardoor zij in een wankel evenwicht of zelfs een crisis terecht kunnen komen. Ze krijgen frustraties die ervaren kunnen worden als onmacht, spanning, stress en angst.

Als gevolg hiervan kan het gedrag veranderen, als een bewuste of onbewuste poging om te gaan met de beperkingen en te zoeken naar houvast en veiligheid. Men probeert de wereld om zich heen weer begrijpelijk, veilig en compleet te maken. Gedrag dat kan voorkomen is bijvoorbeeld agressie, onrust, ontremming, claimend of passief gedrag. Dit gedrag kan op ieder moment voorkomen, maar vaak manifesteert het zich tijdens zorgmomenten, zoals bij de ochtendzorg, de toiletgang en eetmomenten.

De cliënt wordt beperkt in zijn functioneren en de omgeving kan hinder ondervinden in de omgang met de cliënt. Indien een cliënt gedragsproblemen vertoont, is het mogelijk om PMT in te schakelen. Aangezien PMT-ers gespecialiseerd zijn in non-verbale communicatie en benaderingstechnieken, kunnen zij middels een observatie het gedrag in kaart brengen, informatie geven over bepaalde gedragsproblemen en/of ziektebeelden en hierbij passende benaderingswijzen en omgangsadviezen aanreiken. Deze adviezen kunnen gegeven worden aan verplegend en verzorgend personeel, maar ook aan bijvoorbeeld mantelzorg.

Waar in dit product “systeem” geschreven staat, worden dus verzorgenden, verpleegkundigen, mantelzorgers en andere betrokkenen (zoals vrijwilligers en overige medewerkers), maar ook familieleden bedoeld.

Indicatie

Cliënten met psychogeriatrische, gerontopsychiatrische, en/of somatische klachten die in verpleeg- of verzorgingshuizen wonen of de dagbehandeling bezoeken; waarbij sprake is van een moeilijk te hanteren of moeilijk benaderbaar gedragsprobleem waardoor de cliënt beperkt wordt in diens functioneren en/of waarvan de omgeving hinder ondervindt.

Contra-indicaties

Een niet meewerkend systeem.

Doelen

Algemene doelen

- Afname van gedragsproblematiek.

Specifieke doelen

- In kaart brengen en analyseren van het gedragsproblemen.
- Het opstellen van een omgangsadvies voor een adequate benadering van de cliënt.
- Het omgangsadvies aan het systeem duidelijk maken.
- Het systeem inzicht geven in de eigen rol op het gedrag.
- Het geven van psycho-educatie.
- Gevoel van controle, autonomie en verbondenheid van cliënt verhogen.

Interventies

Rol therapeut

De rol van de therapeut is observerend naar cliënt en verzorgenden, ondersteunend, inzichtgevend, adviserend, motiverend en zo nodig confronterend naar het systeem.

Acties

- Het (zo nodig meermalen) observeren van de verzorgenden en de cliënt.
- Het herkennen en in kaart brengen van de oorzaken voor gedragsproblemen.
- Het herkennen en in kaart brengen van gepaste benaderingswijze voor de betreffende cliënt.
- Het mondeling en schriftelijk adviseren van verzorgenden.
- Evaluatie van de effecten na 2 weken.

Randvoorwaarden

- HBO/ WO opgeleide psychomotorisch therapeut.
- Een systeem dat bereid is om mee te werken.
- Mogelijkheid tot terugkoppeling.

Subtypen

- Omgangsoverleg met het betrokken systeem.
- Klinische les.
- Workshop

Behandelduur en frequentie

- Minimaal eenmalige observatie tijdens het contactmoment. Vaak zijn meerdere observatiemomenten nodig om een meer objectief en breder beeld van het gedrag te krijgen.
- Mogelijkheid tot nabespreking met het systeem.
- Evaluatie middels formulier na 2 tot 4 weken.
- Indien nodig: her-observatie en herziening advisering.

Eindtermen

Gedragsproblemen zijn verminderd of verdwenen, waardoor de interactie tussen het systeem en de cliënt positiever verloopt.

Het systeem heeft inzicht in de invloed van de eigen rol op het gedrag.

Nota – Psycho-sociaal ondersteuningsteam (PSOT)

Van: Federico Buma, Gonnie Rijpkema, Linda Steenstra, Linda Eimers
Aan: zorgcoördinatoren groepsopvangen, centrummanagers, Francis Brouwer, Alja Schokker, verpleeghuisartsen, casemanagers
Datum: 28 april 2004

Inleiding:

Naar aanleiding van de adviesnota van de medisch adviseur (dd. 7 oktober 2003) waarin gepleit wordt voor verbetering van de psychosociale zorg op de groepsopvang wordt in deze nota een voorstel gedaan voor een nieuwe samenwerkingsstructuur voor de groepsopvangen binnen Palet. De structuur die in deze nota wordt voorgesteld, is als sjabloon toepasbaar op de diverse groepsopvangen binnen de verzorgingshuizen van Palet.

Binnen de verschillende groepsopvangen heeft een accentverschuiving plaatsgevonden, of is deze gaande, van cliënten met alleen een sociale indicatie naar uitsluitend een groep cliënten met een verpleeghuisindicatie. Bij deze groep cliënten is sprake van psychogeriatrische en psychiatrische problematiek. Als gevolg hiervan kan men in de dagelijkse omgang geconfronteerd worden met allerlei vormen van probleemgedrag, zoals achterdocht, claimend gedrag, angst, opstandig gedrag, maar wordt men tevens geconfronteerd met de gehele groepsinteractie. De omgang hiermee vraagt een specifieke deskundigheid van het team. De medewerkers van de groepsopvang kunnen met de kennis en ervaring die zij in huis hebben, een goede begeleiding bieden. Wanneer deze kennis en ervaring zijn grens bereikt, kunnen psychosociale disciplines ingeschakeld worden.

In deze, huidige situatie kan het voorkomen dat een psychosociale discipline pas in een laat stadium wordt ingeschakeld. Hierdoor is het erg moeilijk veranderingen te bewerkstelligen en/of de tijd te kunnen nemen voor een gedegen onderzoek naar de aard en oorzaak van de problematiek. Om interventies eerder plaats te kunnen laten vinden en daarmee de kans van slagen groter te kunnen maken, zou de ondersteunende/aanvullende functie van de psychosociale disciplines in een eerder stadium geboden moeten worden. Hierin verscholen zit het spanningsveld van vraag en aanbod: wanneer vraag je als team een discipline om hulp en wanneer bied je als discipline je hulp aan. Om hierin een weg te vinden wordt voorgesteld het huidige team medewerkers van de groepsverzorging en de zorgcoördinator aan te vullen met een PMT-er en een psycholoog. Dit team vormt het 'ondersteuningsteam' dat zich op structurele wijze bezig gaat houden met de psychosociale zorg. Het succes van dit samenwerkingsverband is voor een groot deel afhankelijk van de visie die je als team hebt op samenwerking en op de zorg voor de cliënten van de groepsopvang.

Doelen:

Het hoofddoel van het ondersteuningsteam is het verbeteren van de psychosociale zorg aan de cliënten met aanvullende verpleeghuiszorg in een groepsopvang door het creëren van een zogenaamd socio-therapeutisch woon- en leefklimaat. Hieronder wordt verstaan:

“het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep mensen, gericht op de behandeldoelen van deze groep –met in achtname van de behandeldoelen van de individuele bewoner”

Subdoelen:

- bespreken van moeilijk gedrag
- bespreken van groepsprocessen en de rol van de medewerker/ begeleider
- interactie tussen medewerker en de cliënt(en) bespreken
- concretiseren van adviezen
- het geven van achtergrondinformatie (omtrekt ziektebeeld en omtrent de cliënt, zoals een heteroanamnese)

Om dit te bewerkstelligen richt het PSOT zich op het vergroten van kennis en vaardigheden omtrent geriatrische cliënten en hun ziektebeelden. De handvatten die hiermee verkregen worden, kunnen gebruikt worden in het dagelijks leven op de groep (leefklimaat) en specifiek naar diverse activiteiten.

Het vergroten van de kennis en vaardigheden laat zich uitsplitsen in:

Basiskennis:

- kennis omtrent groepsprocessen, omgangsregels, groepsvorming
- kennis en inzicht in menselijk gedrag in het algemeen en specifiek in relatie tot (psycho-)geriatrische ziektebeelden
- specifiek: kennis omtrent de impact/ de gevolgen van het verblijf in een instituut

Communicatie:

- open luisterhouding
- doorvraagtechnieken (o.a. om de vraag achter de vraag te achterhalen)
- bespreekbaar maken en houden van onderwerpen (naar elkaar en cliënten)

Houding/ Attitude:

- open, respectvolle houding aannemen
- creatief denken/ oude patronen loslaten

Methodisch werken:

- leren reële doelen te stellen
- leren doelen concreet te omschrijven

Door dit te doen, kunnen (omgangs-)adviezen meer passend en concreter worden gemaakt. Daarnaast kan inzichtelijk worden gemaakt of een (omgangs-)advies effect heeft.

Uitleg methodisch werken:

- Omschrijf het probleem (zo concreet mogelijk)
- Stel een einddoel

Hierbij geldt dat het doel niet het omgekeerde van het probleem is. Het doel geeft aan wat je wil bereiken en moet dus reëel zijn. Formuleer de doelstelling in positieve termen

-Vaak is het zo dat het einddoel een te hoge doelstelling is om mee te starten. Kies dan eerst een lager doel (wat is de kleinste verandering die wel veel waard is) en pas de methode verder toe. Ga stapsgewijs richting het einddoel.

-Omschrijf indicatoren (verdere specificatie van het doel –in termen van concreet waarneembare gedragsveranderingen (dus: waaraan kan je zien dat je doel bereikt wordt). Om het meetbaar te maken: omschrijf deze op een schaal van –2 tot +2. De nul is de verwachting die je hebt over het te bereiken resultaat –waar je tevreden mee zal zijn.

-Omschrijf concrete actiepunten (afspraken over omgang). Vul dan de schaal met indicatoren per uur/ per dag in, afhankelijk van het probleem. Doe dit gedurende de afgesproken tijd (bijv 1 of 2 maand), waarna geëvalueerd kan worden.

Methode:

De PMT-er verzorgt wekelijks een groepssessie-PMT ter bevordering van de groepssamenhang.

Eén keer per 6 weken wordt een psot-bijeenkomst georganiseerd.

Aanleiding voor de psot-bijeenkomst kan een vorm van probleemgedrag zijn zoals die rond een cliënt wordt ervaren, maar ook een cliënt zonder probleemgedrag kan als uitgangspunt genomen worden voor de bespreking. Hier kan bijvoorbeeld het handelen van de verschillende teamleden rond deze cliënt centraal staan. Getracht zal worden de bespreking een combinatie te laten zijn van de bespreking van de cliënt en een klinische les. Het onderwerp van de klinische les sluit aan bij het onderwerp van de cliëntbespreking. Waar met name het accent op komt te liggen kan per bespreking verschillen en hangt af van de aard van de vraag.

De aanwezigheid van de groeps-pmt en de maandelijkse bespreking heeft een signalerende functie.

Daarnaast wordt door middel van deze structurele aanwezigheid gestreefd naar een betere toegankelijkheid/ bereikbaarheid.

Randvoorwaarden

Ten einde de eerder genoemde doelen subdoelen te behalen moet aan de volgende randvoorwaarden voldaan worden:

- aanwezigheid van, bij voorkeur, alle medewerkers van de groepsopvang. Van part-timers met kleine contracten wordt verwacht dat zij naar rato aanwezig zijn (op jaarbasis); dus onderling rouleren mogelijk. Van mensen met grote contracten wordt verwacht dat ze elke keer aanwezig zijn
- aanwezigheid van, bij voorkeur, zowel psycholoog als PMT-er. Mocht een van beide disciplines niet aanwezig kunnen zijn, dan gaat het PSOT wel door.
- het overleg van het PSOT vindt minstens één keer in de zes weken plaats
- de continuïteit van het PSOT wordt gewaarborgd. Hiertoe wordt een halfjaarlijkse planning gemaakt. De verantwoordelijkheid ligt bij de zorgcoördinator.
- van de medewerkers wordt een actieve deelname verwacht (het inbrengen van eigen ervaringen op de groepsopvang)

Consult

De PMT-er en psycholoog hebben een zelfsturende functie, in die zin dat zij op eigen initiatief en/of in samenspraak met medewerkers en coördinator van de groepsopvang geconsulteerd kunnen worden. Daarnaast kan de coördinator vanuit een TRIAS of ZPO een of beide disciplines consulteren. De verpleeghuisarts wordt in geval van consultatie op de hoogte gebracht.

Evaluatie

Aan de hand van een vragenlijst, welke wordt voorgelegd aan de medewerker, vindt de evaluatie plaats. Hierin zal bekeken worden in hoeverre de medewerker het idee heeft dat hij/zij op het gebied van basiskennis, communicatie, houding en methodisch werken een uitbreiding van kennis en vaardigheden heeft opgedaan.

De vragenlijst wordt voor de halfjaarlijkse evaluatie drie weken voor het laatste PSOT meegegeven en wordt in het laatste PSOT besproken. Aan de hand van de uitkomsten van de evaluatie kunnen meer specifieke doelstellingen voor het tweede halfjaar geformuleerd worden.



**INZETBAARHEID
PMT en PSYCHOLOOG
t.b.v. KLEINSCHALIG WONEN MAARTENSHOF**

INLEIDING

Verpleeghuis Innersdijk heeft bedden voor somatiek en PG en is gefuseerd met verzorgingshuis Bloemhof en verpleeg- en verzorgingshuis Maartenshof tot Zorggroep Groningen.

Maartenshof is onlangs verhuisd naar een nieuw gebouw, waar ook kleinschalige PG zorg geleverd gaat worden. Het betreft 64 bedden, verspreid over 8 huiskamers van ieder 8 bewoners.

Psycholoog Susan Rappold - die zowel in Innersdijk als in Maartenshof werkt - signaleert behoefte aan omgangsoverleg bij de nieuw gevormde teams en wil dit - op basis van ervaringen in Innersdijk - graag gaan doen in samenwerking met PMT-er Freddie Hartman.

Dit punt is besproken in overlegsituaties met de twee managers van de behandeldienst; Gonny van den Assem en Marianne Jaspar. Van daaruit is ons gevraagd om te komen met een plan waarin de inzetbaarheid van de psycholoog en de PMT verder is uitgewerkt.

Deze nota is een eerste aanzet daartoe. We beginnen met algemene informatie over het werk van de psycholoog en van de PMT met psychogeriatrische cliënten.

Daarna belichten we kort de ervaringen met samenwerking in Innersdijk en doen we van daaruit een voorstel voor de inzetbaarheid van psycholoog en PMT in Maartenshof.

23 februari 2009

Susan Rappold, Psycholoog
Freddie Hartman, PMT-er



WERK VAN DE PSYCHOLOOG MET PSYCHOGERIATRISCHE CLIENTEN

Dementie en de gevolgen;

Dementie is een aftakeling van zowel het lichamelijke, psychische als sociale functioneren. Dit betekent desintegratie van persoonlijkheid. Door de onomkeerbare en toenemende achteruitgang verliest de dementerende grip op zijn leven en staat zijn zelfbeeld onder druk. Afhankelijk van de fase van dementie brengt dit emoties met zich mee, zo kan er sprake zijn van ontkenning, verdriet, rouw, verlies van zelfvertrouwen, prikkelbaarheid, verwarring, desoriëntatie, isolatie etc.. Dit geeft vragen over cognities, stemming en gedrag.

Psychologisch onderzoek:

Een psychologisch onderzoek kan zich richten op cognities en/of stemming.

- Als er vragen zijn over cognitieve functies, zoals aandacht, geheugen, oriëntatie of intelligentie, kan er een psychologisch onderzoek afgenomen worden. Tijdens het onderzoek wordt er gekeken naar aard en ernst van de problemen, naar de beperkingen, maar ook naar de mogelijkheden. Vervolgens kan er een woon- of leefomgevingadvies gegeven worden.
- Onder stemmingsvragen vallen naast depressie ook angstklachten of het algehele welbevinden. Er kan een stemmingsonderzoek afgenomen worden om kenmerken, symptomen en gevoelens te verduidelijken.

Psychologische begeleiding:

Begeleiding kan in verschillende vormen aangeboden worden, individueel of aan een groep.

Individueel:

- Als een dementerende depressie of angstklachten heeft, kan er individuele begeleiding aangeboden worden. Hierin krijgt hij of zij de ruimte om zich te kunnen uiten en om te leren omgaan met (negatieve) emoties. Informatie uit deze gesprekken kan tevens gebruikt worden om familie of teamleden adviezen (omgang) te geven. In dat geval wordt het contact meer psycho-educatief van aard.

Groep:

- Het kan ook voorkomen dat familie problemen ervaart met de beperkingen, achteruitgang of het gedrag van een dementerend familielid. In dit geval kunnen er begeleidende gesprekken aangeboden worden die psycho-educatief van aard zijn. Er wordt uitleg van het ziektebeeld gegeven en adviezen om met beperkingen en/of gedragsveranderingen om te gaan.
- Bij gedragsproblemen zoals passiviteit, verdriet, angst of agressie, hebben teams behoefte aan uitleg van het ziektebeeld en adviezen voor de omgang. Dit kan in de vorm van omgangsoverleg. Hierin kunnen de cognitie, persoonlijkheid, emoties en gevolgen op het gedrag van de dementerende met het team besproken worden om een compleet beeld (mogelijke redenen van het gedrag) van de dementerende te krijgen. Vervolgens kan er advies gegeven worden die op een later moment geëvalueerd wordt, met als doel de leefsituatie van de dementerende en de werksituatie van de verzorgende te verbeteren.

Scholing en voorlichting:

Om meer algemeen voorlichting en advies te kunnen geven over dementie, kan er een familieavond worden georganiseerd of een scholingsbijeenkomst voor teamleden. Hierin kan aandacht gegeven worden aan bepaalde thema's of casussen.

Aanvragen:

Aanvragen voor onderzoek, begeleiding en omgangsadvisering worden besproken in het multidisciplinair overleg. De verpleeghuisarts is eindverantwoordelijk voor het overkoepelende zorgplan en fungeert als verwijzer.



WERK VAN DE PMT MET PSYCHOGERIATRISCHE CLIENTEN

Een combinatie van bewegen en hulpverlenen.

Waarom bewegen?

Bij dementerenden zie je cognitieve en verbale beperkingen ontstaan die van invloed zijn op het alledaagse functioneren. Bewegen en lichaamstaal blijven relatief lang in stand en zijn dus goed bruikbaar om het contact met de omgeving in stand te houden. Van belang is verder de ontspannen en uitnodigende sfeer die bewegen met zich meebrengt. Die sfeer nodigt uit tot actie en contact, waardoor mensen vaak meer van zichzelf laten zien dan in alledaagse huiskamersituaties.

Waarom hulpverlenen?

Ouder worden betekent dat je anders in de wereld komt te staan. De veranderingen zijn voor de dementerende nog ingrijpender. Zowel de dementerende zelf als zijn omgeving maken een voortdurend aanpassingsproces door. Soms lopen mensen vast in dit aanpassingsproces en kunnen emotionele of gedragsproblemen ontstaan. Dan kan worden verwezen naar PMT. Afhankelijk van de aard van de problematiek kan er individuele of groepstherapie worden aangeboden. Contact tussen cliënt en therapeut is ondersteunend en activerend van aard. Kennis van levensgeschiedenis, belevingswereld en huidige leefomgeving is daarin van onmisbaar groot belang.

Waarom een combinatie van bewegen en hulpverlenen?

Werkvormen met bewegingsmaterialen zijn erg goed bruikbaar om sfeer en situaties te creëren waarin mensen (nieuwe) ervaringen opdoen en waarin gelegenheid wordt geboden die ervaringen met anderen te delen. Accenten daarbij:

- omgaan met bewegingssituaties, met materiaal en met anderen
- het accepteren van jezelf
- het hanteren van emoties

Wat zijn de indicaties voor PMT?

- weinig tot geen initiatief en/of niet gemotiveerd zijn iets te doen
- niet of moeilijk contact maken waardoor sociaal isolement dreigt
- weinig tot geen zelfvertrouwen hebben
- zeer gespannen zijn
- motorisch zeer onrustig zijn
- negatief agressief en destructief gedrag vertonen
- depressief zijn
- overmatig afhankelijk zijn
- faalangstig zijn
- geregeld extreem verdrietig, angstig of achterdochtig zijn

PMT richt zich op drie deelgebieden:

Activering

- Omgaan met de handicap
- Beroep doen op de restmogelijkheden

Socialisering

- Bevorderen van communicatie
- Bevorderen van sociaal contact
- Voorkomen van passief gedrag

Affectief functioneren

- Ervaren van succes en plezier
- Handhaven van een positief zelfbeeld
- Aandacht voor gevoelens van autonomie, controle en identiteit

Aanvragen

Aanvragen voor observatie, behandeling en omgangsadvisering worden besproken in het multidisciplinair overleg. De verpleeghuisarts is eindverantwoordelijk voor het overkoepelende zorgplan en fungeert als verwijzer.



ERVARINGEN BINNEN INNERSDIJK

Op de PG afdelingen van Innersdijk is bij de cliënten sprake van psychogeriatrische en psychiatrische problematiek. Zowel psycholoog als PMT krijgen hier binnen hun eigen vakgebied mee te maken en werken met verwijzingscriteria gericht op gedrags- en emotionele problematiek.

In de huidige structuur van probleem gericht werken op verwijzing kan het voorkomen dat psycholoog en PMT pas in een laat stadium worden ingeschakeld. Hierdoor is het moeilijk veranderingen te bewerkstelligen en /of de tijd te kunnen nemen voor gedegen onderzoek naar de aard en oorzaak van de problematiek. Om interventies eerder plaats te laten vinden en daarmee de kans van slagen groter te maken, is een tendens ingezet om omgangsoverleg te organiseren. Afhankelijk van de vraag wordt er een individuele casus besproken of kiezen we voor een groepsgerichte aanpak waarin de onderlinge interactie tussen cliënten centraal staat. Via omgangsoverleg slagen we er beter in de ondersteunende en aanvullende functie van de psycholoog en de PMT in een eerder stadium en in breder verband aan te bieden. Naast het bieden van onze afzonderlijke directe ondersteuning en activering van individuele en/of groepen cliënten, bieden psycholoog en PMT als psychosociaal team op deze manier ondersteuning aan het afdelingsteam van verzorgenden en AB-er.

VOORSTEL INZETBAARHEID PSYCHOLOOG EN PMT IN MAARTENSHOF

Omgaan met en de bejegening van dementerenden vraagt een specifieke attitude en het bieden van kleinschalige PG zorg is sowieso een geheel nieuw en uitdagend fenomeen voor onze Zorggroep. Binnen de kleinschalige leef- / woongroepen wordt niet meer gedifferentieerd naar niveau en / of beleving van cliënten uit verschillende fasen van dementie. Ten gevolge van psychogeriatrische en psychiatrische ziektebeelden kan men in het dagelijks leven geconfronteerd worden met allerlei vormen van probleemgedrag als achterdocht, claimen, (faal)angst, opstandigheid, inactiviteit, depressiviteit en mogelijk ook agressief gedrag. Verder speelt de groepsinteractie een voorname en vooraanstaande rol. Er is dus veel werk aan de winkel, waarbij verzorgenden veel meer dan in een grootschalige setting op zichzelf zijn aangewezen en creatief moeten zijn in het creëren van een veilig woon- en leefklimaat.

Gelet op deze ontwikkeling en de gesignaleerde behoefte aan ondersteuning en omgangsoverleg binnen de nu gevormde teams lijkt het meer dan wenselijk om de inzetbaarheid van psycholoog en PMT in eerste instantie in te zetten ten behoeve van omgangsoverleg en teamondersteuning. Psycholoog en PMT werken dan samen als PsychoSociaal OndersteuningsTeam (vanaf nu PSOT). Het PSOT gaat zich op structurele wijze bezig houden met belevingsgerichte- en psychosociale zorg binnen de leefgroepen. Van belang daarbij is de samenwerking met de teams van verzorgenden en AB. Die teams worden als het ware uitgebreid met een psycholoog en een PMT-er.

DOELSTELLINGEN PSOT

Hoofddoel van het PSOT is het verbeteren van de belevingsgerichte en de psychosociale zorg binnen de woongroepen. Het PSOT biedt directe ondersteuning en activering aan cliënten en biedt middels omgangsoverleg ondersteuning aan teams van verzorgenden en AB-er om te komen tot:

- Bespreken van moeilijk hanteerbaar gedrag
- Bespreken van knelpunten en mogelijke oplossingen
- Bespreken van de eigen rol in het beïnvloeden van gedrag van cliënt
- Bespreken van interacties tussen medewerkers en cliënten
- Bespreken van groepsprocessen en de rol die medewerkers daarin hebben
- Concretiseren van adviezen en oplossingen middels omgangsafspraken
- Het geven van achtergrondinformatie omtrent ziektebeeld, beleving en gedrag
- Inzicht in aanwakkerende en uitdovende factoren van (probleem)gedrag

Het omgangsoverleg richt zich op het vergroten van kennis en vaardigheden van de belevingswereld van, en de omgang met, psychogeriatrische cliënten en hun ziektebeelden. De handvatten die de teams hiermee verkrijgen kunnen worden vertaald naar het dagelijks leven op de groep en naar aangeboden activiteiten. Opgedane kennis en ervaring vanuit de cursus Marte Meo die zich richt op video interactiebegeleiding kan de kracht van het omgangsoverleg in de toekomst verder versterken.



ORGANISATIE EN AANSTURING PSOT

Verwijzing:

Het MDO is richtinggevend voor de werkzaamheden van het PSOT.

Vanuit het MDO wordt geïnventariseerd waar de aandacht binnen de woongroepen naar uit dient te gaan. Afhankelijk van die inventarisatie kan de nadruk komen te liggen op individuele ondersteuning en activering, op groepswerk, op omgangsoverleg of op combinaties daarvan. Op deze manier kan zo optimaal mogelijk worden ingespeeld op behoeften en hulpvragen van cliënten en afdelingsteams van verzorgenden en AB. Naast het team krijgt ook de verpleeghuisarts een afschrift van de verslagen van het PSOT. Daarmee blijft de koppeling aan het zorgplan gewaarborgd.

Uitvoering:

In de uitvoering werkt het PSOT onder eindverantwoordelijkheid van het hoofd behandeldienst. Tijdens omgangsoverleg is een vast terugkerende structuur van belang. Om zowel structuur als procesgang te bewaken zijn de rollen van voorzitter en notulist verdeeld onder psycholoog en PMT-er. Gelet op de voortgang van het proces is het van belang dat het omgangsoverleg eens per maand plaatsvindt en dat zoveel mogelijk teamleden aanwezig zijn.

In dringende gevallen kan het nodig zijn om eerder op ingebrachte casussen terug te komen.

Van belang is verder een aparte ruimte met een rustige en veilige sfeer, geschikt voor individueel contact en groepswerk.

Formatie:

In de begroting is rekening gehouden met 0,8 Fte Psychologie en 0,6 Fte PMT.

Het aanbieden van ondersteunende begeleiding door de psycholoog is vooral individueel en probleemgericht van aard.

Het aanbieden van individuele therapie en/of groepswerk door de PMT heeft een tweeledige functie; deels ter ondersteuning en activering, deels ter observatie om daardoor goed zicht te krijgen op (zelf)beleving en interacties tussen bewoners onderling. Deze signalerende functie is van belang bij de inbreng in het omgangsoverleg.

Daarom stellen we een verdeelsleutel voor van Fte 0,66 Psychologie en Fte 0,77 PMT. In uren betekent dat respectievelijk 24 en 28 uur per week.

23 februari 2009

Susan Rappold, Psycholoog
Freddie Hartman, PMT-er