

# Passiviteit in het dagelijks leven



Naam: Wilma Sevenich-Jacobs

Opleiding : verzorgende-IG

Klas: MZ10VZB2

Crebo nummer 94830

Begeleidend docente : Marga Gijsbers

Datum: 26-november 2012

## Inhoud

Voorwoord.....	2
Persoonlijke motivatie.....	3
<b>Hoofdstuk 1.....</b>	<b>4</b>
1.1 Wat is PDL.....	4
1.2 Wie zijn er bij de uitvoering van PDL betrokken?.....	6
<b>Hoofdstuk 2.....</b>	<b>7</b>
2.1 Liggen.....	7
2.2 Zitten.....	9
<b>Hoofdstuk 3.....</b>	<b>11</b>
3.1 Gewassen worden.....	11
3.2 Gekleed worden.....	13
3.3 verschoond worden.....	16
3.4 Verplaatst worden.....	17
<b>Hoofdstuk 4.....</b>	<b>18</b>
4.1 Gevoed worden.....	18
4.2 intern probleem.....	18
4.3 Lichaamshouding.....	19
4.4 Omgevingsfactoren.....	19
4.5 Houding en attitude van de hulpverlener.....	20
4.6 Wijze van het aanbieden van het eten en drinken.....	21
4.7 Het slikproces.....	21
<b>Hoofdstuk 5 Enquette .....</b>	<b>24</b>
<b>Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbeveling.....</b>	<b>26</b>
<b>Hoofdstuk 7 Nawoord.....</b>	<b>29</b>
<b>Hoofdstuk 8 Bronvermelding.....</b>	<b>30</b>
Bijlage 1: Reflectie Bijlage 2 : Blanco enquette	

## Voorwoord

Mijn naam is Wilma Jacobs. Na verschillende functies in de zorg en na een aantal keer op verschillende plekken te hebben meegelopen, wist ik het: Dit is wat ik wil, de opleiding gaan volgen, met als uitgangspunt het werken met psychogeriatrische zorgvragers.

In februari 2011 ben ik begonnen met mijn opleiding Verzorgende IG bij het ROC ter Aa in Helmond.

In mijn tweede stageperiode op de verpleegafdeling van zorgcentrum De Lisse viel mij op dat het verzorgen van deze bewoners soms moeizaam verliep.

Ik kreeg te maken met bewoners bij wie de dagelijkse verzorging moeizaam verloopt. Dit omdat de bewoner niet kan meewerken of zelfs (ongewild) tegenwerkt. Dit kost veel energie van de verzorgende. En deze situatie betekent echter vooral pijn en veel ongemak voor de bewoner zelf. Ik ben me hierin gaan verdiepen en ben bij PDL uitgekomen.

Passiviteit van het Dagelijks Leven.

Het is een manier van zorgen voor en benaderen van passieve bewoners met de acceptatie van hun passiviteit als uitgangspunt.

Ik heb mijn klinische les gehouden over aangepaste kleding, dit werd met veel enthousiasme ontvangen.

Door het bedrijf Meditex te benaderen, is het mogelijk geweest om tijdens een open dag in zorgcentrum 'De Lisse' aangepaste kleding te introduceren.

Daarnaast ben ik gevraagd om deel te nemen aan de PDL groep van Savant, hierdoor heb ik veel handvatten gekregen voor mijn profilering. Er is inmiddels een offerte aangevraagd bij Novicare voor scholing PDL. Het eindbesluit hiervan staat gepland voor Januari 2014.

De inhoud van de scholing is :

Inleiding in de PDL, visie en theorie, liggen en zitten volgens PDL, gewassen en verschoond worden volgens PDL.

Doel van de scholing is :

Medewerkers worden opgeleid in de basisprincipes van PDL, waarbij aandacht zal worden besteed aan zowel theorie als praktijk.

## **Persoonlijke motivatie**

Mijn ervaring in de praktijk is dat je bewoners, die een CVA hebben gehad of contracturen hebben, niet of nauwelijks mee kunnen werken met de ADL, dus volledig afhankelijk zijn van zorg.

Je merkt dat je een bewoner zoveel keer moet draaien tijdens ADL op bed, dit kan pijnlijk zijn voor de bewoner, maar ook als zeer vermoeiend worden ervaren.

Als verzorgende is dit ontzettend zwaar en de kleding van de bewoner lijdt hiervan, knoopsgaten scheuren uit, naden laten los.

Vooraf in de verpleeg- en de verzorgingstehuizen verblijven mensen bij wie het aan- en uitkleden door zorgverleners worden gedaan. Dit brengt de bewoner meteen in een afhankelijke positie. Bij deze groep bewoners gaat het aan- en uitkleden vaak gepaard met gesjor en pijn. Aangepaste kleding kan dan uitkomst bieden. Sommige mensen kunnen zich zelfs weer volledig zelfstandig aan- en uitkleden.

Vraagstelling:

### **Welke voordelen heeft passiviteit in het dagelijks leven voor zorgvrager en verzorgende?**

Mijn doel van deze opdracht is om te onderzoeken of passiviteit in het dagelijks leven voordelen op kan leveren voor de zorgvrager en verzorgende. Dit ga ik onderzoeken in verzorgingshuis De Lisse op de verpleegafdeling/KSW in de vorm van een enquête en door de juiste personen te benaderen.

# Hoofdstuk 1

## 1.1 Wat is PDL?

Onder PDL (passiviteit in het dagelijks leven )wordt verstaan:

Het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging of verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet terug te dringen zijn. Door hun passiviteit is de kans op decubitus en verstijving van spieren groot.

Om deze negatieve gevolgen zoveel mogelijk tegen te gaan, worden bij PDL speciale voorzieningen getroffen en speciale handelingen verricht. Op deze manier probeert men de zorgvragers te laten ontspannen en het leefklimaat voor hen zo aangenaam mogelijk te maken. Bij grote tot volledige zorgafhankelijkheid ligt het voor de hand dat je die zorg wilt verlenen die voor de zorgvrager het prettigst is. Ook bij gedeeltelijke zorgafhankelijkheid zoals bij spastische verlammingen, kan PDL de kwaliteit van de zorg aanzienlijk verbeteren.

In de PDL onderscheiden we 7 onderdelen:

- Liggen
- Zitten
- Gewassen worden
- Gekleed worden
- Verschoond worden
- Verplaatst worden
- Gevoed worden

Als je PDL met succes wilt toepassen moet je in samenwerking met anderen aan een aantal voorwaarden voldoen:

- Beschikken over een juiste werkhouding
- Accepteren van passiviteit bij de zorgvrager
- Interdisciplinair samenwerken
- Uitvoering van zorg door 1 persoon ( waar mogelijk)

### Beschikken over of ontwikkeling van de juiste werkhouding

Een voorwaarde is een werkhouding waarin je de zelfzorg liefdevol overneemt en ondersteunt. Het streven moet gericht zijn op optimale leefbaarheid van de passieve zorgvrager. Het gevoel van geborgenheid kan bij passiviteit veel eerder zijn aangepast dan bij activiteit. Doordat men niet actief kan reageren op omstandigheden die men als bedreigend ervaart, voelt men zich terecht kwetsbaar. Om ervoor te zorgen dat de maatregel en voorzieningen niet bedreigend voor het gevoel zijn in de PDL zijn de volgende aandachtspunten niet weg te denken.

Zoals :

- Gerichte aandacht en belangstelling.
- Volledige beheersing van vaardigheden zoals:  
Haptonomie (geruystellende benaderingswijze)  
Adequate handzetting o.a. bij wassen zorgvrager.
- De juiste voorzieningen.
- Beschermen van de privacy.

Belevingsgerichte benadering:

Zorgvrager kunnen zich ontspannen door een benadering waarin uitgegaan wordt van de zorgvrager als een geheel van lichaam, geest en omgeving.

Ook door het meegeven in bewegingen die nodig zijn om het wassen en kleden voor zorgverleners op aanvaardbare wijze te laten lopen, staat 'tasten naar zinvol contact' centraal.

Je kunt dit onder andere bereiken met behulp van de volgende tips:

- Maak oogcontact
- Houd je hoofd zoveel mogelijk op dezelfde hoogte als dat van de zorgvrager.
- Vermijd snelle bewegingen.
- Geef met je houding aan wat je van plan bent.
- Gebruik spraak als rustgevend middel.
- Beperk het aantal lijfelijke handelingen.
- Maak handcontact.

#### Accepteren van passiviteit bij de zorgvrager.

Ook al staat activering van de zorgvrager boven aan het lijstje van de zorgverleners. We zullen in bepaalde gevallen passiviteit ook moeten accepteren. Dan zijn we er beter toe in staat om er goed op te reageren.

#### Interdisciplinair samenwerken.

PDL vraagt om een goede samenwerking tussen artsen, verzorgenden, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, activiteitenbegeleiding en toeleveringsbedrijven van voorzieningen. Ook beleidsmatig wordt inzet en bereidheid tot vernieuwing gevraagd om PDL als methode volledig tot haar recht te laten komen. Ergotherapeuten en fysiotherapeuten spelen hierin een belangrijke rol. Onderling respect in communicatie tussen de disciplines is hierbij onmisbaar. Niet alleen bij overleggen maar ook op de werkvloer. De eigen ervaring met specifieke mogelijkheden, beperkingen en eigenschappen van de passieve zorgvrager is de belangrijkste voorwaarden voor zelfvertrouwen in dit werk. Daarnaast kan vakkennis van mensen uit andere disciplines het inzicht en de vaardigheden bij de zorg aanzienlijk vergroten.

#### Uitvoering van zorg door één persoon.(waar mogelijk)

De PDL-technieken die worden toegepast bij Wassen, Verschonen, Kleden, Verplaatsen en Voeden, is de kans van slagen het grootst als ze worden uitgevoerd door één persoon. Met twee personen verzorgen is niet bevorderlijk voor de zorgrelatie. Als de handelingen door één persoon geroutineerd verlopen mag de zorgverlening in feite twee keer zoveel tijd in beslag nemen als door twee personen. Het verzorgingswerk geeft zo veel meer voldoening door het menselijke contact door zorgverlener en zorgvrager.

In PDL worden de volgende doelen niet los van elkaar gezien maar altijd in relatie met elkaar nagestreefd. Dit zijn:

- preventie van decubitus
- preventie van contracturen
- bevorderen van ontspanning

Er moet een onderscheid gemaakt worden in contracturen en voorkeurshoudingen.

Contractuur is een bewegingsbeperking binnen het gewricht (reuma). En een voorkeurshouding is een bewegingsbeperking buiten het gewricht (spasticiteit). Contracturen kunnen niet worden beïnvloed, voorkeurshoudingen wel.

Van de fysiotherapeut kun je leren omgaan met spanning en spasme:

- werken volgens vast systeem en schommelbewegingen tijdens wassen, kleden en verschonen.
- Belevingsgerichte benadering, hierbij staat de haptonomische benadering centraal.

### Haptonomie

Haptonomie houdt zich bezig met de relatie tussen tast en het gevoelsleven en daarmee, in ruimere zin met de gevoelsmatige wisselwerking tussen mensen. Er ligt tussen voelen en gevoel/emotie een directe verbinding. Vanaf de allereerste ontwikkeling van het leven speelt de tast een belangrijke rol. De tast bevindt zich in de huid, het grootste menselijke orgaan, op de grens van binnen en buiten. Via dit grensvlak vindt communicatie met de buitenwereld plaats. Integreëren van haptonomisch contact in transfers en andere PDL-handelingen bij zorgvragers betekent een daadwerkelijke verlichting van lasten. Zo kun je een demente duidelijk maken dat hij moet gaan staan, door je handen uit te reiken.

### Voorzieningen.

Lig- en zitmiddelen zijn van grote invloed op de mate waarin mensen met passiviteit zich ontspannen. Daarbij moet gestreefd worden naar optimale werkbaarheid voor de verzorger, zoals:

- Kledingaanpassingen
- Goed verplaatsbare zit- en ligmiddelen
- Goed instelbare werkhoogte
- Hulpmiddelen bij het verplaatsen zoals tillift, transferrol

## **1.2 Wie zijn er bij de uitvoering van PDL betrokken?**

Naast de verpleging, verzorging die de directe zorg moet uitvoeren zijn de volgende disciplines betrokken:

### Arts:

Passiviteit heeft altijd te maken met een lichamelijk en of geestelijk tekort in het functioneren. Het vaststellen hiervan gebeurt door een arts.

### Fysiotherapie, Ergotherapie:

Liggen en zitten zijn passiviteiten die zeer bedreigend zijn in verband met het ontstaan van decubitus en contracturen. Om deze reden worden fysiotherapeuten en ergotherapeuten bij deze passiviteiten dikwijls ingeschakeld. Het ligt voor de hand dat deze paramedici bij contracturen en andere activiteit- en passiviteitsproblemen die ontstaan door de lig- en zitvoorzieningen vaak om advies gevraagd wordt door de verzorging.

Afstemming tussen de disciplines binnen de muren van het instituut is daarbij een absoluut vereiste. Fysiotherapeutische vaardigheden kunnen in het verzorgingswerk worden ingebouwd. Dit voorkomt veel nodeloze krachtinspanningen door de verzorging.

### Logopedist:

Zij is nodig bij het vinden van oplossingen bij slikproblemen, uiteraard samen met verzorging en diëtiste. Ook is hun advies voor contact en communicatie met sommige zorgvragers van belang.

### Activiteitenbegeleiding:

Deze hulpverleners hebben in de PDL de moeilijke taak om de beoogde activiteiten aan de zorgvragers aan te passen op de vaak zeer hoge mate van passiviteit. Bij bijv. snoezelen zijn zij de aangewezen beroepsbeoefenaars voor instructie en integratie in het verzorgingswerk.

## Hoofdstuk 2

### 2.1 Liggen

Een persoon ligt gemiddeld per etmaal maximaal 8 uur in of op bed, passieve zorgvragers vaak 16 uur of meer. Doordat zij niet het vermogen hebben om zich te verdraaien of te gaan verliggen ontstaan er problemen zoals buigstanden ( flexiestanden) in veel gewrichten en daardoor ontstaat het gevaar op decubitus. Deze wordt veroorzaakt door extra lange druk op stuit of hielen. Het enige wat de passieve zorgvrager tegen deze druk pijn kan inbrengen is afweerspanning. Dit vergroot op den duur nog meer de flexiestand en de bijbehorende druk. Uit deze flexie standen die, als voorkeurshouding beginnen, ontstaan op den duur contracturen.

Preventie hier tegen moet worden gezocht in:

- Activiteit.
- De aard van het ligmiddel.
- De manier van liggen.

Er zijn diverse PDL maatregelen en voorzieningen om deze problemen te voorkomen:

- Wisselliging.
- Anti decubitusmatras.
- Korrelkussen.
- Dynamisch liggen door middel van het comfort ligstelsel

#### **Wisselliging:**

De gewone matrassen zijn vaak te hard voor zorgvragers die zelf niet kunnen gaan verliggen. Hierdoor is er een grote kans op decubitus. Het is belangrijk dat je ze wisselliging geeft om dit te voorkomen. Hierbij is het belangrijk dat je een vast tijdschema aanhoudt, er is voor het geven van de wisselliging één persoon nodig om deze handeling uit te voeren bij passieve zorgvragers. Deze handeling wordt uitgevoerd met behulp van een glijzeil wat onder het laken ligt in bed wat het verplaatsen gemakkelijker maakt.

#### **Anti-decubitusmatras: (Wisseldruk matras)**

Naast het geven van wisselliging kan ter bestrijding van een decubitus een anti-decubitus-matras goede diensten bewijzen. Tussen de boven en onderlaag is een luchtkamer systeem aangebracht. Deze bestaat uit dwarse banen die over het matras zijn verdeeld. Ze worden beurtelings met lucht gevuld en geleegd door middel van een elektrische pomp. Zolang de zorgvrager de benen kan strekken is dit een goed middel ter bestrijding van decubitus. Het is belangrijk dat het matras wordt ingesteld op het gewicht van de zorgvrager. Bij een niet goed ingestelde druk gaat de werking van de matras verloren. De matras is niet voor preventie van contracturen.

#### **Korrelkussens:**

Korrelkussens zijn vooral bij passieve zorgvragers met deelpassiviteit een uitkomst bij het ondersteunen van lichaamsdelen. Door de korreltjes in het kussen blijven in rugligging de knieën tot in de knieholte gesteund, zodra er hierdoor ontspanning door ontstaat, past het kussen zich hieraan aan. Het kussen kan ook gebruikt worden bij zijligging. Het kussen dient elke dag opgeschud te worden voor optimaal functioneren.



**Dynamisch liggen:**

Dit betekent: "de vorm van het ligmiddel past zich aan, aan de houding en de houdingsveranderingen van de ligger. De druk op de huid blijft daarbij gelijk."

Het is alleen geschikt voor passieve zorgvragers die zich zelf niet meer kunnen bewegen. Zorgvragers met een buiging in de knieën van 20° - 90° of meer zijn aangewezen op korrelkussens of een D.L.M. ( Dynamisch Lig Middel)



De matras bestaat uit een hoofdkussen en een zak die gevuld zijn met ca. 150 liter polystyreenkorrels. Zodra iemand op een D.L.M. wordt neer gelegd, vloeien de korrels in hun ruime soepele en waterdichte omhulsel weg van de plaats waar de druk optreedt. Zo komen de korrels terecht op de plaats waar de minste druk wordt uitgeoefend.

Bijv. in rugligging is dit in de holte van de knieën. Op deze manier worden alle lichaamsdelen van de zorgvrager ondersteund. Zodra de positie van de zorgvrager verandert door wisselgging of het afnemen van de afweerspanningshouding ten gevolge van de ondersteuning van de korrels, past de matras zich weer aan.

**Comfort ligstelsel:**

Is een unieke combinatie van harde en zachte materialen van het comfort ligstelsel zorgt ervoor dat de zorgvrager zo symmetrisch, ontspannen, comfortabel en veilig mogelijk in verschillende posities wordt gesteund en ondersteund. Zie bijlage

### **Samenvatting:**

Decubitus en flexiëneigingen in de benen zijn, vaak in combinatie met elkaar, de meest voorkomende problemen bij het liggen van passieve zorgvragers. Het is dan ook belangrijk dat er een optimale ondersteuning van het lichaam wordt bereikt. Ontspanning van de buigspieren en een goede drukverdeling op de huid is hiervan het gevolg.

Het bewaken van de lighouding in bed is een taak die multidisciplinair moet worden uitgevoerd. Het liggen is niet los te zien van andere PDL factoren. De diverse soorten van hulpmiddelen stellen ook eisen aan de wijze van gewassen, gekleed, of verplaatst worden.

## **2.2 Zitten**

Ook bij het zitten is de problematiek van de passieve zorgvrager bekend: Het hangen in de stoel, onderuit schuiven, flexiëneiging, soms een grote motorische onrust maar meestal een algehele krampachtige houding. Bovendien geeft deze gebogen houding de zorgvrager een slechte positie voor eten en drinken, voor de ademhaling en het is moeilijker oogcontact te maken met de omgeving. Bij gedwongen passief zitten kan de druk op de stuit en de ellebogen te groot worden, decubitus is dan het gevolg.

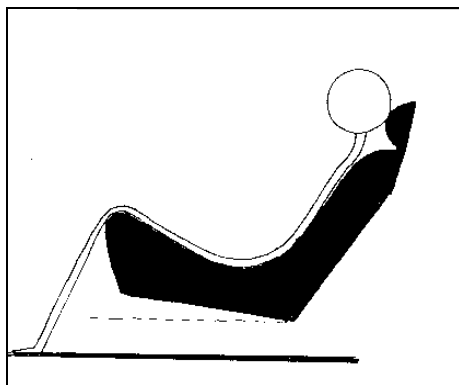
De problemen die het gevolg zijn van passief zitten zijn:

- Decubitus.
- Buig(flexie)neiging.
- Belemmering van de ademhaling / verslikgevaar.
- Kans op onderuit zakken of vallen.

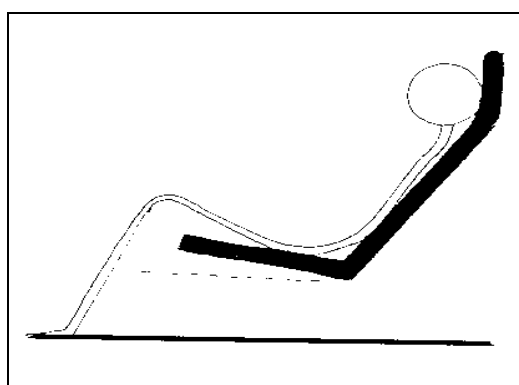
Er zijn diverse PDL maatregelen en voorzieningen om deze problemen te voorkomen:

- Gelijke drukverdeling van schouders tot kniekuil.
- Vergroting van de neighoek.
- Regelmatige afwisseling van de neig hoek / tijdens de maaltijd de stoel in rechte houding zetten.
- Zijwaartse ondersteuning van benen, bekken, romp.

### **Gelijke drukverdeling van schouders tot kniekuil:**



Een dynamisch zitmiddel.



Een statisch zitmiddel.

### **Vergroting van de neig hoek:**

Bij neighoek vergroting wordt de druk op de zitknobbels minder en neemt de druk op de rug toe. Bij neighoeken boven de 10°, is onderuitzakken met het daarbij horende schuifeffect onmogelijk geworden.

Door de neighoek vergroting treden wel nieuwe problemen op:

- Door het achteruitglijden van het zitvlak is de kans groter dat de voorrand van de zitting in de kniekuil gaat drukken.
- Bij ontspanning is de kans groot dat het hoofd neigt achterover te vallen.
- Voor de zorgvrager is het moeilijker om naar voren te komen.

Voor een passieve zorgvrager die nog wel een sta- of loop functie heeft, is het belangrijk dat de stoel een neighoek heeft van 10° - 15° en dat er vloercontact is voor de voeten. Een passieve zorgvrager zonder sta- of loop functie heeft minder belang bij vloercontact. Als een gelijkmatige drukverdeling over rug en zitvlak belangrijk is in verband met decubitus preventie, is een neighoek van 25° - 50° aan te bevelen. Ook onrust en restactiviteit in de benen kan een reden zijn om een grotere neighoek aan het zitmiddel te geven om val gevaar te voorkomen, dit kan met de variabel instel hendel van de stoel.

#### **Regelmatige afwisseling van de neighoek:**

De zitmiddelen hebben een continu variabele neighoek instelling waarmee je gemakkelijk de neighoekhouding kunt veranderen. Dit is gemakkelijk bij zorgvragers met decubitus of sterk wisselende mate van passiviteit en heeft hetzelfde effect als wisselgeving.

#### **Zijwaartse ondersteuning van benen, bekken, romp:**

De zijwaartse steun wordt meestal gezocht in de arMLEuning. Bij passief zitten heeft de actieve arMLEuning meer na dan voordelen. Als de romp tegen de harde leuning aanzakt, kan dit veel ongemak, blauwe plekken en decubitus veroorzaken. Bij passief zitten is het belangrijk zijwaartse steun aan benen, bekken en romp te geven.

#### **Dynamische zitmiddelen**

Als actief verzitten mogelijk is zijn vele statische objecten geschikt als zitmiddel. Als verzitten niet meer lukt dan moet er een maximale drukverdeling mogelijk zijn. Dit kan d.m.v. dynamische zitkuipen.

Deze kuipen passen zich aan aan de houding van de zittende. De druk op de huid blijft gelijk. De eigenschappen van een dynamisch zitmiddel maken het mogelijk om toe te geven aan houdingsveranderingen die het gevolg zijn van afname van spierspanning. Deze afname vindt plaats als gevolg van de gelijkmatige lichaamssteuning.

#### **Samenvatting:**

Bij het zitten treden als directe dreigingen decubitus en mobiliteitsverlies op de voorgrond. Ook belemmering van de ademhaling en kans op vallen kunnen problemen opleveren. Met behulp van dynamische zitmiddelen kunnen deze problemen worden voorkomen.



## Hoofdstuk 3

### 3.1 Gewassen worden

Zowel voor de zorgvrager als de zorgverlener kan de dagelijkse wasbeurt de nodige problemen opleveren. Bij het wassen van passieve zorgvragers is het belangrijk volgens een individueel bepaald, vast systeem te werken.

Het ongemak voor de zorgvrager tijdens het wassen bestaat uit:

- Het laten hanteren van ledematen, omdat de zorgvrager zelf niet kan mee helpen.
- Het niet kunnen tegen houden van dreigende pijnlijke handelingen of bijverschijnselen van deze handelingen. Bijv., zeep in de ogen.

Ook voor de zorgverlener treden ongemakken op:

- Het moeten omgaan met spasme/paratonie/apraxie
- Fysieke belasting

Ongemakken bij of ten gevolge van het wassen vinden hun oorzaak in:

- Bestaande contracturen of voorkeurshouding.
- Pijn en koude.
- Afweerspanning, overgewicht en spasme.
- Angst of onwil als uitingen van psychische weerstand.
- Niet weten wat er gaat gebeuren.
- Ligmiddelen.

#### Handelingen:

Sommige zorgvragers bieden tijdens het wassen weerstand in de vorm van:

- Spasme
- Paratonie (onvermogen tot willekeurige ontspanning van de spieren)
- Diverse vormen van agressie als uitingen van psychische weerstand.

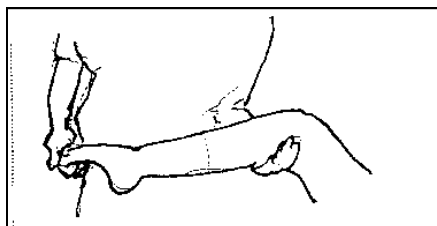
#### Sleutelpunten

Tijdens het wassen volgens PDL wordt gebruik gemaakt van (sleutelpunten). Het geeft aan dat een beweging of een combinatie van bewegingen worden ingezet ( letterlijk geopend) door gebruik te maken van reflexwerking, waardoor de zorgvrager zich ontspant.

In de PDL wordt op 4 plaatsen sleutelpunten toegepast:

*Voor het openen van arm- en handbeweging bij spastische aandoeningen en bij sterke afweerspanning vanuit psychische oorsprong.*

- a) Probeer de duim zo ver mogelijk uit de vuist naar buiten te halen.
- b) Probeer daarna de vingers voorzichtig zover mogelijk te strekken.
- c) Prikkel zo min mogelijk de handpalm.
- d) Geef een zo vol en warm mogelijke hand.
- e) Houd dit handcontact tijdens alle handelingen aan arm/hand.
- f) combineer dit sleutelpunt met lichte schommel- en draaibewegingen van het Lichaam af.



*Voor het buigen van benen die strekspasme vertonen.*

- a) Probeer met je duim voorzichtig de grote teen naar beneden te duwen.
- b) Zet vier vingers onder holte van de voet (niet onder de bal vd voet)
- c) Zet een volle hand in de kniekuil van hetzelfde been.
- d) Buig het been.

*Voor het buigen van de benen die afweerspanning vertonen.*

- a) Leg een hand om het been, net onder de knieholte (ondersteunen, niet grijpen)
- b) Haal het been met lichte schommelbeweging, vanuit de heupen, naar je toe.
- c) Waarna er ruimte ontstaat om de schaamstreek te verzorgen.

*Voetbelasting is bij liggen, zitten, staan en lopen ook een sleutelpunt. Dit wil zeggen voorwaarde om ongewenste spanning in benen te verminderen.*

- a) In lig: bij gebogen benen rusten de voeten zo plat mogelijk op de onderlaag, zo nodig door enige extra druk op de knieën.
- b) In zit: een voetzool die in zit volledig wordt ondersteund geeft tijdens het zitten meer ontspanning aan de beenspieren en vormt ook een belangrijke voorwaarde om van zit tot staan te komen als er (enige) sta-functie is.
- c) Bij staan en lopen: het vermogen tot volledig contact tussen voetzool en vloer lokt strekreacties uit in de benen. Bovendien neemt bij voetbelasting tijdens staan en lopen de informatie voor het evenwicht belangrijk toe.

### Handzettingen

Tijdens de diverse PDL-handelingen en zeker bij wassen op bed van zorgvragers met afweerspanning of spasme zijn de handzettingen als uitgangspunt genomen voor de het PDL-handelingsschema bij het wassen van de arm, handen, borst en bovenbuik.

Bij het wassen van de onderbuik, de schaamstreek en de benen zijn bovenstaande manieren om te ontspannen soms onmisbaar.

Het blijkt voor verzorgenden heel goed mogelijk om van fysiotherapeuten handzettingen en sleutelpunten te leren. Deze zijn nodig om met spasme en paratonie (het verschijnsel dat een patiënt zich stijf houdt en zich niet goed kan ontspannen) zodanig om te kunnen gaan dat tijdens de was handelingen armen en benen voldoende kunnen worden bewogen. Zorgvragers er verzorgenden hebben door de handelwijze tijdens het wassen beiden direct profijt van de mobiliserende effecten die in de dagelijkse zorg zijn geïntegreerd.

### Wassen op bed:

Het wassen op bed van passieve zorgvragers vraagt meestal een combinatie van wassen en aankleden op bed. Bij het wassen wordt gestreefd naar optimale ontspanning voor de zorgverlener en de zorgafhankelijke, onder andere door de zorgvrager zo min mogelijk te draaien. Met het handelingsschema van PDL kan een zorgvrager door één verzorgende worden verzorgd op een voor de zorgvrager prettige en voor de verzorgende weinig belastende wijze.

Aandachtspunten het wassen en aankleden op bed zijn:

- Voordat je de slaapkamer binnengaat: Zorg voor rust in en bij jezelf. Zaken die spelen op de afdeling...buiten de slaapkamer laten. Daar verander je op dat moment toch niets aan.
- Bedenk dat jouw lichaamstaal, stemintonatie en manier van handelen de bewoner voortdurend beïnvloedt, zowel op een positieve als een negatieve manier.
- Ga tijdens de verzorging uit van: "verzorg de bewoner zoals je zelf verzorgd zou willen worden."
- Zorg ervoor dat je zo min mogelijk gestoord wordt tijdens de verzorging.
- Kom rustig binnen, doe een klein lampje aan.
- Wek daarna de bewoner, geef hem/haar tijd om wakker te worden.
- Indien de bewoner het prettig vindt: Zet rustige muziek aan.
- Leg alle benodigheden klaar. Voorkom daarmee dat je tussentijds onnodig moet weglopen bij de bewoner. Zet indien mogelijk ook de tillift klaar.

- Voer de verzorging uit volgens het handelingschema uit de zorgkaart.
- Voorkom negatieve factoren zoals het onnodig bloot leggen van de bewoner. Kou veroorzaakt afweer.
- Let de bewoner voortdurend uit wat je gaat doen en geef hem/haar de tijd om te reageren op je handelingen. Zo wordt de bewoner in de gelegenheid gesteld mee te helpen waar hij/zij kan.
- Handel vooral niet gehaast en te heftig! Dat veroorzaakt alleen maar afweer.

#### Schommelend baden:

Bij afweerspanning kan bij passieve zorgvragers schommelend baden in een hoog-laagbad de afweerspanning sterk verminderen. De zorgvrager wordt met de lift in het bad getild en gaat zover in het water dat het zitvlak niet de bodem raakt. Het schommelen gebeurt door de voeten van de zorgvrager met 1 hand op de bad bodem te fixeren, en met de andere hand op de knieën beweegt de zorgverlener deze ritmisch op en neer. Door de combinatie met het warme water ontspannen de beenspieren en de knieën.

Na deze handeling is de zorgvrager ontspannen en eenvoudiger te wassen.

#### **PDL voorzieningen.**

Er is een aantal hulpmiddelen, die geschikt zijn voor de zorg van passieve zorgvragers.

De voornaamste bij het wassen zijn:

- Douchestoel.
- Hoog-laagbad.
- Douchebrancard.

#### **Samenvatting:**

Bij de PDL- factor gewassen worden spelen de sleutelpunten en handzettingen uit de fysiotherapie een grote rol. Mede door de warme zorg benadering worden de basisvaardigheden bij het wassen drastisch gewijzigd. Ook kledingaanpassingen en PDL kleedtechnieken spelen een grote rol. Voor de juiste uitvoering van deze handelingen zijn goede voorzieningen belangrijk.

In alle aandachtsgebieden is het belangrijk dat je als verzorgende tijdens je werkzaamheden:

- Zorgt voor eenduidigheid.
- Streeft naar een één op één situatie.
- Bewonersgericht werkt en niet handelsgericht.
- Accepteren van de passiviteit.

### **3.2 Gekleed worden**

Gekleed worden is voor mensen die lijden aan een bepaalde mate van passiviteit een dagelijks terugkerende ervaring waarbij inbreuk op privacy en ongemak onvermijdelijke bijverschijnselen zijn.

Het doel van deze PDL methode is om de grotendeels passieve zorgvrager met zo min mogelijk moeite en pijn aan en uit te kunnen kleden. Deze handelingen moeten uitgevoerd kunnen worden door één persoon.

Ook zijn er ingenieuze kledingaanpassingen ontwikkeld die handig in gebruik zijn en waarin de zorgvrager er toch netjes uit kan zien.

#### Ongemak bij het kleden bestaat voor de zorgvrager uit:

- Het laten hanteren van ledematen die de zorgvrager zelf niet mee kan laten werken vanwege verlamming, contracturen e.d.
- Het niet kunnen tegenhouden van dreigende pijnlijke handelingen of bijverschijnselen van deze handelingen, zoals per ongeluk aan de haren getrokken worden bij het aan of uitdoen van kledingstukken.

- Het niet zelf kunnen gladstrijken van kleding zoals plooiën en vouwen onder het zitvlak of de rug.

Oorzaak van problematiek bij het kleden van passieve zorgvragers zijn voornamelijk pijn, contracturen en afweerspanning. De PDL methode kent een handelingsschema waarnaar gestreefd is naar het zo min mogelijk draaien van de passieve zorgvrager. Tevens is het streven naar een zo'n optimaal mogelijke ontspanning van de zorgvrager.

Het gemakkelijk verlopen van de kledinghandelingen hebben vooral te maken met de handzettingen bij bewegingsbeperkingen. Deze handzettingen bij bewegingsbeperkingen zijn onderverdeeld in;

- Bewegingsbeperkingen in de gewrichten; deze leiden tot meer afweerspanning
- Neurologische bewegingsbeperkingen, vaak bij spasticiteit, parkinsonistische verschijnselen en *paratonie* = (onvermogen tot willekeurige ontspanning van de spieren)
- Psychische bewegingsbeperkingen; belangrijk is de benadering in zijn geheel, hierbij staat *haptonomie* = (tast naar gevoel en gevoelsleven.)

Aangepaste kleding is dan buiten de bewegingshandelingen één van de oplossingen van de problematiek bij het kleden.

In de praktijk blijkt vaak dat kleding die aanvankelijk goed voldeed, totaal ongeschikt is voor zorgvragers die na verloop van tijd zijn gaan lijden aan ernstige passiviteit.

Zorgverleners hebben dagelijks te maken met de kleding en alles wat daarmee te maken heeft, zoals voorraad, het wassen van de kleding en de aanpassingen aan kleding.

Het doorvoeren van deze maatregelen vraagt veel begeleiding, begrip en tact omdat deze maatregelen vooral voor de naaste familie nogal ingrijpend kunnen zijn en extra kosten met zich meebrengen.

Bij deze maatregelen kunnen we denken aan:

- Openknippen van jurken en broeken (d.m.v. een grote split te maken aan het achterpand waardoor de zorgvrager met minimale bewegingen in het kledingstuk kan.
- Verwijderen van voeringen uit jurken. (voering gaat vaak gedraaid zitten)
- Aanschaffen van lange kousen met brede boorden in plaats van panty's.
- Aanschaffen van speciaal ondergoed.
- Aanschaffen van bovenkleding met rekbare tricot

Als we overgaan tot het aanschaffen van speciale kleding beschikt de markt naast onder en nachtkleding ook over een uitgebreid assortiment van functionele bovenkleding. De broeken, jurken, rokken, blouses, hemden en jassen kunnen allemaal aangepast worden aan zorgvragers met bepaalde beperkingen. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Ondergoed met drukknopsluiting in het kruis, dat het verschonen vergemakkelijkt.
- Hemd met drukknopen op de schouders: gemakkelijk aan en uit te doen.
- Hansop: pyjama uit één stuk met ritssluiting in de rug, speciaal bedoeld voor zorgvragers die zich regelmatig ontkleden.
- Broek met verhoogde rug voor zorgvragers die met een gewone broek vaak met ontblote rug zitten.
- Broek met deelbare ritsen, deze zijn speciaal voor zorgvragers waarbij het aan en uitkleden een zwaar probleem wordt.
- Wikkelrokken.
- Knopen met magneetsluiting.

Bij de PDL factor "gekleed worden" spelen handzettingen in de bewegingsbeperkingen en de benaderingswijze een grote rol. Belangrijk is dat deze handelingen tijdens de verzorging dagelijks uitgevoerd worden. Ondersteuning van fysiotherapie is hierbij erg belangrijk. Kledingaanpassingen zijn onmisbaar als voorziening bij een aantal vormen van passiviteit.

Alle bovengenoemde oplossingen bij “het kleden” dragen ertoe bij dat de zorgvrager met zo min mogelijk moeite en pijn verzorgd kan worden. Door middel van aangepaste kleding is de zorgvrager minder beperkt in zijn bewegingsvrijheid en kan er toch goed gekleed uit zien.



Aangepaste kleding tijdens open dag in zorgcentrum ‘De Lisse’ verzorgd door Meditex

Uit onderzoek naar aangepaste kleding, dat in januari 2005 door LOCOmotion in opdracht van het Ministerie van SWZ is gepresenteerd, blijkt dat de fysieke belasting voor zorgverleners met gemiddeld 30 procent afneemt ten opzichte van het wisselen van normale kleding. Dit komt vooral doordat er minder in ongunstige houdingen gewerkt wordt en tal van zware transfers achterwege kunnen blijven. Dit heeft zeker invloed op het ziekteverzuim, WAO instroom en het vroegtijdig verlaten van zorgverleners van de zorgsector wegens te zware fysieke belasting. Doordat zorgvragers meer zelf kunnen doen, leidt het gebruik van aangepaste kleding ook tot verlaging van de werkdruk. Zie bijlage



### 3.3 Verschoond worden

Verschoond worden is voor mensen met een bepaalde mate van passiviteit een enkele keren per dag terugkerende ervaring. Inbreuk op privacy en ongemak zijn hierbij onvermijdelijke bijverschijnselen. Bij passiviteit kan privacy vaak niet meer door de betrokkene worden bewaakt.

Doel van de PDL methode bij toiletgang en verschonen is om confronterende gevoelens van de zorgvrager tot een minimum te beperken.

Met verschonen bedoelen we alle handelingen die direct samenhangen met de uitscheiding bij passieve mensen. *Incontinentie* is hiervan een onderdeel wat we regelmatig bij passieve zorgvragers tegenkomen en niet kunnen voorkomen.

De verschoningshandelingen kunnen als volgt worden verdeeld:

- Het bieden van hulp bij het toiletbezoek
- Vervangen van incontinentiemateriaal
- Wassen van de zorgvrager na incontinentie
- Vervangen van kleding

Bij de PDL methode gaat men er in de regel vanuit dat de zorgvrager door één persoon geholpen kan worden.

Voorzieningen zoals kledingaanpassingen, incontinentiemateriaal en transfer ondersteunende middelen zijn onmisbaar om het toilet en verschoningsgedeelte zo effectief mogelijk te laten verlopen.

Omdat blaastraining grenzen heeft is het erg belangrijk om regelmatig samen met de zorgvrager een bezoek aan het toilet te brengen en ook het tijdig reageren wanneer de zorgvrager hier zelf om vraagt. Het incontinentiemateriaal bestaat uit een ruim assortiment, is gemakkelijk in gebruik en goed hersluitbaar.

Wat voor soort incontinentiemateriaal er gebruikt wordt hangt af van de mate waarin de zorgvrager incontinent is, zodat de zorgvrager niet met grote regelmaat verschoond hoeft te worden. Dit varieert van lichte tot volledige incontinentie.

Wanneer iemand verschoond moet worden kun je dit het beste in een niet al te kleine ruimte doen omdat vaak ook de kleding vervangen moet worden.

Wat betreft het vervangen van de kleding is het verstandig om kleding te gebruiken die gemakkelijk aan en uit te doen is, en bovendien goed wasbaar is.

De benaderingswijze speelt een belangrijke rol in het verschonen en de toiletgang.

Hierbij moet vooral gedacht worden aan de functies die een zorgvrager wel of niet meer heeft.

De sta-functie is een belangrijk onderdeel bij de toiletgang omdat dit een goede gelegenheid is om zorgvragers gebruik te laten maken van de sta-functie die ze nog hebben, dit kan met of zonder behulp van een sta-lift.

Bij zorgvragers zonder sta-functie wordt gebruik gemaakt van een passieve lift in combinatie met toiletband. Dit heeft alleen maar zin wanneer de zorgvrager de uitscheiding beheerst.

Als dit niet het geval is kan men beter gebruik maken van het bed om de zorgvrager te verschonen. Dit komt veel voor bij mensen die weerstand bieden door afweerspanning.

#### Toilet of niet?

Belangrijk is steeds weer kritisch te blijven kijken wat toiletbezoek oplevert voor de zorgvrager zelf. Soms bieden zorgverleners, met risico voor valpartijen en overbelasting van hun eigen lijf, de zorgvrager de kans om nog iets door een toiletbril heen te laten doen terwijl de betreffende zorgvrager al geruime tijd bewijst dat de uitscheiding niet meer wordt beheerst. Dit vraagstuk kan worden opgelost door acceptatie van incontinentie.

Gevoelsmatig is dit net als bij acceptatie van andere vormen van passiviteit eerder een probleem voor de zorgverlener dan voor de zorgvrager.

Geaccepteerde incontinentie in combinatie met geaccepteerde sanitaire zorg op bed wegens onbetrouwbare sta functie biedt drie extra voordelen:

- kwaliteit van sanitaire zorg krijgt meer kans;
- zorgrelatie met één zorgverlener wordt beter mogelijk;
- minder lichamelijke belasting voor de zorgverlener.

### **3.4 Verplaatst worden**

Zich verplaatsen speelt in het leven van de mens een belangrijke rol. Voor actieve mensen zijn er vele hulpmiddelen waarmee zij zich kunnen verplaatsen. Bij al deze verplaatsingen is de mens min of meer actief betrokken.

Verplaatst worden is voor mensen met een bepaalde passiviteit een dagelijks terugkerende ervaring waarbij inbreuk op privacy en ongemak onvermijdelijke bijverschijnselen zijn.

Ongemak bij verplaatst worden bestaat voor de zorgvrager uit:

- Het laten hanteren van ledematen die zelf niet kunnen meehelpen.
- Het niet kunnen tegenhouden van dreigende pijnlijke handelingen of bijverschijnselen van deze handelingen zoals met het voorhoofd tegen een juk van een tillift stoten of het ongemakkelijk op de oksels moeten hangen.

Als de zorgvrager deze ongemakken kenbaar kan maken en met verbale communicatie kan beïnvloeden, zijn de ongemakken terug te brengen en te accepteren. Als de zorgvrager geen invloed kan uitoefenen op deze ongemakken is het vormen van afweerspanning nog het enige antwoord. Deze afweerspanning vergroot helaas alleen maar de genoemde ongemakken. Reduceren hiervan is optimaal mogelijk als transfers juist worden uitgevoerd.

Voor goede transfers kan gebruik gemaakt worden van diverse PDL-handelingen, handzettingen, transferprincipes en transfer ondersteunende middelen.

#### Handelingen:

Maak gebruik van goede handzettingen tijdens een transferhandeling, vraag advies bij de fysiotherapeut

Neem de transferprincipes in acht.

#### Maatregelen:

Per zorgvrager er per situatie moet een keuze gemaakt worden voor het bij hem/haar passende hulpmiddel en transferhandeling. Daarbij is van belang dat er overleg plaatsvindt tussen de verschillende disciplines over de toe te passen transfers.

#### Voorzieningen:

Maak gebruik van de aanwezige voorzieningen zoals hoog-laagbed, douchestoel, glijzeil, glijrol, tillift.turner.

## Hoofdstuk 4

### 4.1 Gevoed worden

Bij de factor gevoed worden ligt, sterker dan bij andere PDL-factoren, het accent op het genoeg dat de psychogeriatrische zorgvrager in zijn dagelijkse leven kan ervaren. De plaats, interactie, houding, welbevinden en sfeer zijn erg belangrijk tijdens het eten. Eten en drinken komen meerdere malen terug op een dag en is voor mensen erg belangrijk, niet alleen om het lichaam in een goede conditie te houden maar ook voor sociale contacten. Om bij passieve zorgvragers privacy en voldoening tot hun recht te laten komen, is het erg belangrijk dat de zorgverlener hier aandacht en tijd investeert om dit doel te bereiken. Als er moeilijkheden zijn met eten en drinken kan dit direct gevolgen hebben voor de voedingstoestand van de zorgvrager. De kans op verslikken, knoeien met eten, eten dat koud wordt omdat het eten moeizaam verloopt, beïnvloedt de eetlust in negatieve zin. Het is belangrijk dat je als zorgverlener deze problemen tijdig signaleert. Er kan een aantal problemen zijn:

- Het vermogen om het voedsel en de handeling van het eten herkennen is weg.
- De functie om het voedsel in de mond te brengen is verstoord.
- Problemen in de verschillende fasen van het slikken.
- Het eettempo is te laag
- Er wordt teveel met voedsel geknoeid wat ten koste gaat van de inname.
- Geestelijke achteruitgang waardoor iemand niet goed meer in staat is om zelf te eten.

Een algemene oplossing is er niet voor deze problemen met eten en drinken.

Voedingsproblematiek bij passiviteit kent zeer veel aspecten:

- Interne problemen.
- Lichaamshouding.
- Omgevingsfactoren.
- Houding en attitude van de zorgverlener.
- Wijze van het aanbieden van het eten en drinken.
- Het slikproces.
- Soort voeding
- Na de maaltijd.

Met de PDL methode wordt geprobeerd per voedingsprobleem een oplossing te vinden.

#### 4.2 Interne problemen:

Hiermee worden de factoren bij de zorgvrager zelf bedoeld, die invloed hebben op het gevoed worden. Dit kan zijn, vermoeidheid, pijn, spanning, angst. Het is belangrijk dat je door goed te observeren ontdekt welke negatieve prikkels invloed hebben op het gevoed worden.

In sommige situaties kan medisch handelen afdoende zijn, bijvoorbeeld een pijnstillert. Blijven de interne prikkels belemmerend bij het eten, probeer dan om de aandacht af te leiden door praten of zingen. Bij voedsel weigering is het belangrijk dit proberen te verklaren op grond van informatie van familie over de voedingsgewoonten van de zorgvrager en op grond van observatie en teamoverleg. Zo verkrijgt je een goed beeld van de belevingswereld van de zorgvrager.

Is vermoeidheid een probleem dan is het belangrijk voldoende rustmomenten te geven. Of je kunt het tijdstip van het eten verschuiven naar verder op de dag als de zorgvrager wakker is.

#### 4.3 Lichaamshouding:

Meestal beïnvloedt een slechte lichaamshouding het eten en drinken negatief. Een verkeerde zithouding en / of verkeerde hoofdbalans verstoren de fijnere mondbewegingen. Het veranderen van deze houding kan het risico op verslikken voorkomen. De beste lichaamshouding bij het eten en drinken is rechtop.



De juiste positie van het hoofd tijdens het eten en drinken.



Onjuiste houding van het hoofd er is teveel strekking van de nek.

Het strekken van de nek ( ook een geringe strekking) bemoeilijkt het slikken en vergroot de kans op verslikken. Volgens de PDL zijn er een aantal oplossingen voor de problematiek bij het eten. Het is belangrijk dat je op een goede eet-, zithouding let in het bijzonder op de positie van de benen, romp, schouders en hoofd. Een goede basishouding houdt in:

- Het gehele lichaam wordt goed gesteund.
- Symmetrie in het lichaam.
- Het hoofd in een ontspannen positie waarbij de nek lang en de kin enigszins in de richting van de borst is.

Het is van groot belang tijdens het eten de lichaamshouding van de zorgvrager goed te observeren en als het nodig is te corrigeren in overleg met de ergo of fysio therapeut. Zit de zorgvrager in een rolstoel dan is het belangrijk dat de armen kunnen steunen op de tafel of op het blad van de rolstoel. Het is altijd belangrijk dat je oogcontact houdt met de zorgvrager. Heeft de stoel een verstelbare neighoek dan is het belangrijk dat deze zoveel mogelijk rechtop wordt gezet.

Eet de zorgvrager in bed dan is het belangrijk dat de hoofdsteun zo recht mogelijk wordt gezet. Als het nodig is kan het lichaam ondersteund worden door kussens. Het is belangrijk dat het hoofdkussen voldoende steun geeft aan de schouders en de nek.

Om een zo goed mogelijke lichaamshouding te krijgen wordt er volgens de PDL gebruik gemaakt van een aantal hulpmiddelen:

- Een zitelement met een verstelbare neighoek.
- Hoofdkussens.
- Korrelkussens.
- V-kussens/hoefijzerkussens

#### 4.4 Omgevingsfactoren:

Het is belangrijk dat zorgvragers tijdens het eten en drinken in een rustige omgeving zitten, dit is belangrijk omdat ze zich goed moeten kunnen concentreren. Lawaai kan agitatie en stress bij de zorgvrager veroorzaken. Dit kan leiden tot een onaangenaam verloop van de maaltijd, een verminderde eetlust, verminderende voedselinname en uiteindelijk een slechte voedingstoestand. Er moet rekening gehouden worden met wat de zorgvrager prettig vindt, eten in een groep of liever apart.

Ook hier is het weer belangrijk goed te observeren hoe het gaat en een gepaste oplossing voor de zorgvrager te vinden, dit ook dan weer goed observeren of het het gewenste resultaat heeft.

PDL heeft een aantal maatregelen waar mee je rust creëert tijdens het eten en drinken:

- Luidruchtige apparatuur aanpassen of verplaatsen of uitzetten.
- Handelingen die je doet rustig doen, bijv. stoel verschuiven, deur sluiten.

- Praat niet te luid en voer geen gesprekken onderling.
- Loop zo min mogelijk achter zorgvragers langs, praat niet achter zorgvragers.
- Praat alleen tegen de zorgvragers.
- Maak afspraken over het uitdelen van de maaltijden, zodat er niet teveel personen rond lopen. Laat bijvoorbeeld één persoon alles uit delen en opruimen.
- Zorg dat de tafels compleet gedekt zijn, dit voorkomt ook veel geloop.

Het kan wel helpen om ontspannende achtergrond muziek aan te zetten, dit heeft een positieve invloed op psychogeriatrische zorgvragers waardoor de maaltijd ook beter verloopt. Het is ook belangrijk om een huiselijke sfeer te creëren die niet te groot is.

Er zijn een aantal PDL voorzieningen die kunnen helpen bij het creëren van een rustige omgeving:

- Rustige achtergrond muziek.
- Relaxende muziek.
- Speciale plek voor lage/hoge zitmiddelen.
- Schuifwand.

#### **4.5 Houding en attitude van de hulpverlener:**

De zorgvrager is voor het eten en drinken compleet afhankelijk van de zorgverlener. Voeden is meer dan de juiste voeding tot zich nemen. Het heeft tevens een belangrijke sociale, psychologische, symbolische en communicatieve functie. Het is belangrijk dat deze functies de aandacht krijgen tijdens het gevoed worden want dan zal de zorgvrager het eten en drinken als een waardevolle bezigheid ervaren. Het is belangrijk dat je tijdens het eten geven contact houdt met de zorgvrager zowel verbaal als non-verbaal.

PDL heeft een aantal handelingen, die helpen bij deze problematiek.

- Door een respectvolle bejegening ontstaat er een sfeer van vertrouwen dat een goed contact mogelijk maakt.
- Aandacht voor de manier waarop men aanraakt, volume van de stem draagt bij aan de sfeer waarin de handeling wordt uitgevoerd.
- Ga zo zitten dat je hoofd op gelijke hoogte is met dat van de zorgvrager en zodat je oogcontact hebt.
- Ligt de zorgvrager op bed, zorg dan dat dit hoog staat zodat je ook op gelijke hoogte bent met de zorgvrager en oogcontact kan houden. Sta je naast het bed kun je door zelf tegen het bedhek te leunen er voor zorgen dat je wervelkolom minder wordt belast tijdens het geven van eten.
- Naast het bed zitten straalt meer rust uit, maar het is meer belastend voor je rug.
- Vertel aan de zorgvrager wat er gegeten en gedronken gaat worden. De reukzin kan geactiveerd worden door ze te laten ruiken aan het voedsel. Geef met je houding goed aan wat je van plan bent en vermijd snelle bewegingen.
- Geef verbale instructies over het afhappen, kauwen en doorslikken.
- Pas je spreken aan aan het niveau van de zorgvrager bijv., afasie, dementie, slechthorendheid.
- Help één zorgvrager tegelijk en geen twee.
- Zorg dat het eten niet teveel afkoelt.

Er is ook een aantal PDL maatregelen die belangrijk zijn:

- Ook andere disciplines en familieleden kunnen helpen bij het geven van eten en drinken, mits er geen verslikingsgevaar is.
- Geef regelmatig dezelfde zorgvrager te eten, het gedrag van de zorgvrager wordt dan beter begrepen en signalen worden beter opgemerkt.

- Door middel van maaltijden kan structuur aangeboden worden. Je kunt zorgvragers voorbereiden op de maaltijd door de tafels te dekken en te bidden.

#### 4.6 Wijze van het aanbieden van het eten en drinken:

Het aanbieden van eten en drinken op een manier die niet is aangepast aan de behoefte van de zorgvrager heeft een negatieve invloed op het gevoed worden. Het transporteren van het voedsel van de mond naar de keelholte kan soms door bepaalde technieken vergemakkelijkt worden.

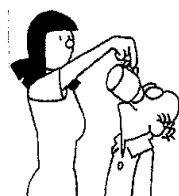
Door tijdens het eten de lepel langs de bovenlip af te schrapen overprikkel je de sensibiliteit van de mondmotoriek waardoor deze verstoord raakt. Het zelf afhappen stimuleert de lipactiviteit. Ook het gebruik van een te grote diepe lepel bemoeilijkt het afhappen.

PDL heeft hiervoor een aantal oplossingen:

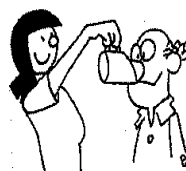
- Neem de tijd om iemand te helpen bij het eten en drinken.
- Neem maatregelen tegen het morsen.
- Zorg dat het gebit goed op zijn plaats blijft zitten.
- Laat zien en vertel wat er gegeten wordt.
- Pas je aan aan het tempo van de zorgvrager.
- Geeft niet te grote happen en slokken om verslikken te voorkomen.
- Bied de lepel recht van voren horizontaal aan.
- Laat iemand zoveel mogelijk met de bovenlip van de lepel afhappen.
- Bied het eten aan aan de kant waar de zorgvrager op gericht is.
- Wacht met het aanbieden van de volgende hap of slok op de slik en de naslik.
- Dep zonodig rondom de mond schoon. Niet met de lepel langs de mond schrapen.

Er moet natuurlijk altijd per individu gekeken worden hoe er gehandeld moet worden. Er is ook een aantal PDL voorzieningen:

- Drinken uit een gewone beker stimuleren om zoveel mogelijk te komen tot een normaal slik proces.
- Maak gebruik van schuine bekertjes. De hulpverlener ziet dan goed wat hij geeft en de zorgvrager kan het hoofd in de juiste positie houden.
- Gebruik zo nodig een warmwaterbord om het eten goed warm te houden.
- Neem een niet te grote ondiepe lepel om het afhappen te vergemakkelijken. Gebruik eventueel een kleine plastic lepel.
- Als zorgvragers nog een goede zuigreflex hebben kan er ook gekozen worden voor een zuigfles.



Om het laatste deel uit een kopje gaat het hoofd achterover omdat de neus in de weg zit.



Bij het gebruik van een schuine beker kan het hoofd in de juiste positie blijven.

#### **4.7 Het slikproces:**

Om goed te kunnen eten en drinken moeten de primaire mondfuncties (bijten, kauwen, zuigen en slikken) intact zijn. Tijdens het eten en drinken zijn de spieren van de lippen, kaken, tong en gehemelte actief. Dit gaat bewust. De slikbeweging is een complex van gecoördineerde bewegingen die voor een deel uit willekeurige en voor een deel uit onwillekeurige spiercontracties bestaat.

Er moet een hoestreflex zijn om de luchtwegen te beschermen tegen het verslikken.

Symptomen die wijzen op slikproblemen zijn:

- Hoesten en of kokhalzen.
- Speekselverlies.
- Achterblijvende voedselresten.
- Gevoelstoornissen.
- Pneumonie.
- Ondervoeding.
- Schorre hese stem na het slikken.
- Reflux. ( het terugkomen van etensresten)
- Lang met het voedsel in de mond blijven zitten.
- Infantiel slikgedrag: tijdens het kauwen en slikken maakt de tong voorwaartse bewegingen waarbij de tong tussen de tanden naar buiten komt. Hierdoor wordt het voedsel weer uit de mond gewerkt.

De oplossing volgens de PDL is dat je met behulp van goede observatie de symptomen die wijzen op de stoornissen in de primaire mondfuncties. Als blijkt dat hier het probleem zit zal de logopedist ingeschakeld moeten worden. Deze kan dan adviseren in het geven van de juiste voeding.

#### Soort voeding:

De zorgvrager is voor het handhaven van een goede voedingstoestand afhankelijk van de voeding die de zorgverlener aanbiedt. Daarnaast hebben ook ziekten en medicijnen invloed op de voedingstoestand. Met het ouder worden daalt de energiebehoefte maar niet de behoefte aan voedingsstoffen. Zorgvragers die veel hulp nodig hebben bij het eten zitten vaak aan de ondergrens van de opname van voldoende voedingsstoffen. Ook overgewicht kan samen gaan met een slechte voedingstoestand.

#### Consistentie:

Een niet aangepaste consistentie van de voeding kan bij het kauwen en slikken problemen veroorzaken. De consistentie van de voeding hoort aangepast te zijn aan de zorgvrager.

Verdeling:

- Normaal
- Gesneden vlees
- Gemalen
- Dik vloeibaar
- Mix voeding
- Zachte voeding

De gevolgen van de aanpassing van de consistentie is dat er door het mixen en pureren van de voeding er vitamine verlies is en het volume neemt toe terwijl men daarbij niet meer gaat eten. Het eten ziet er minder aantrekkelijk uit en is soms niet herkenbaar en de smaak is anders.

### Temperatuur:

Warm eten dient ook warm aangeboden te worden. Afgekoeld voedsel eet moeilijker, is minder smakelijk en stimuleert minder. Over het algemeen werken warme spijzen spierontspannend.

De gevoeligheid in de mond wordt door kou (ijs) extra gestimuleerd wat stoornissen van de slikreflex kan verminderen. Het gebruik van ijs met dit doel moet altijd in overleg met of op advies van de logopedist worden toegepast.

### Maatregelen:

- Raadpleeg voor voedingsproblemen de diëtist
- Raadpleeg voor kauw- en slik problemen de logopedist.
- Controleer regelmatig het lichaamsgewicht van de zorgvrager.

### Na de maaltijd:

Achtergebleven voedselresten in de mond kunnen later ingeademd worden. Onvoldoende mond hygiëne beïnvloedt de eetlust en ontstekingen in de mond bemoeilijken het kauwen en slikken. Als er geen goede mond hygiëne is kan er slijmvorming ontstaan na de maaltijd.

Als je de zorgvrager die je op bed hebt geholpen bij het eten meteen weer plat legt, is er geen kans om het eten voldoende te laten zakken. Er kan dan reflux (het terug komen van etensresten) ontstaan waarin de zorgvrager zich alsnog kan verslikken.

PDL voorzieningen die kunnen helpen zijn:

- Stimuleer de zorgvrager de achtergebleven voedselresten weg te slikken, eventueel met behulp van water.
- Lukt dit niet, verwijder dan zelf de resten en maak de mond goed schoon.
- Reinig na iedere maaltijd het gebit.
- Laat iemand die heeft gegeten nog een poosje rechtop zitten ± 15minuten.



Schuine beker



Warmhoudbord

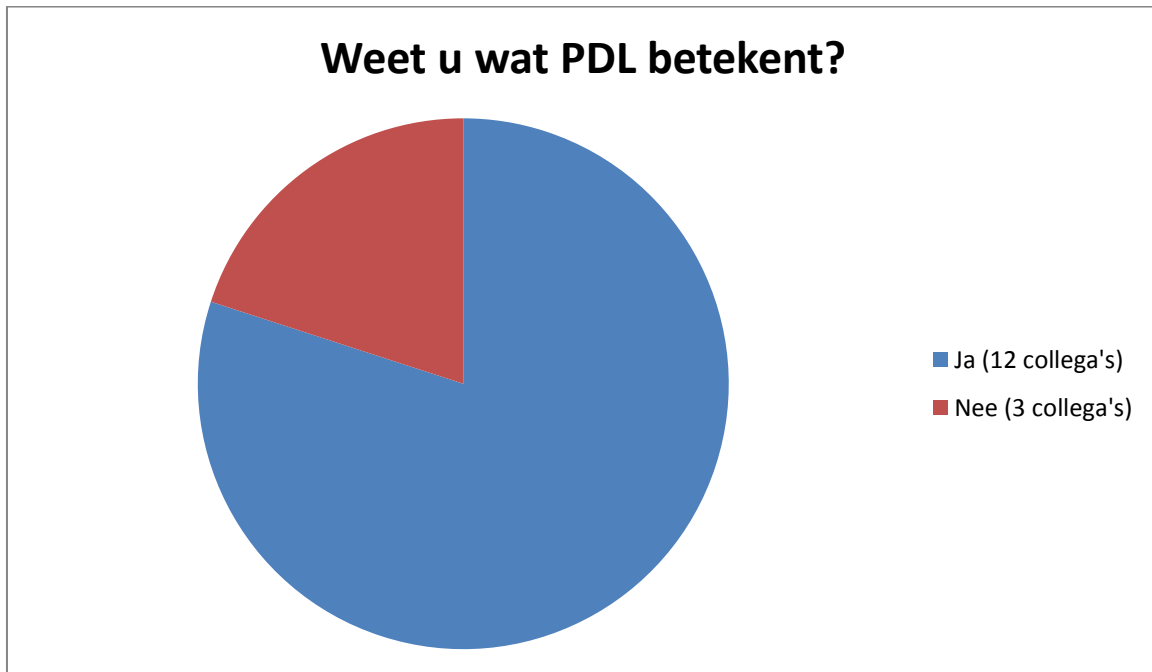


## Hoofdstuk 5

### Enquête

Ik heb vijftientig enquêtes verspreid en heb zeventien ingevulde enquêtes teruggekregen en de antwoorden heb ik hieronder verwerkt.

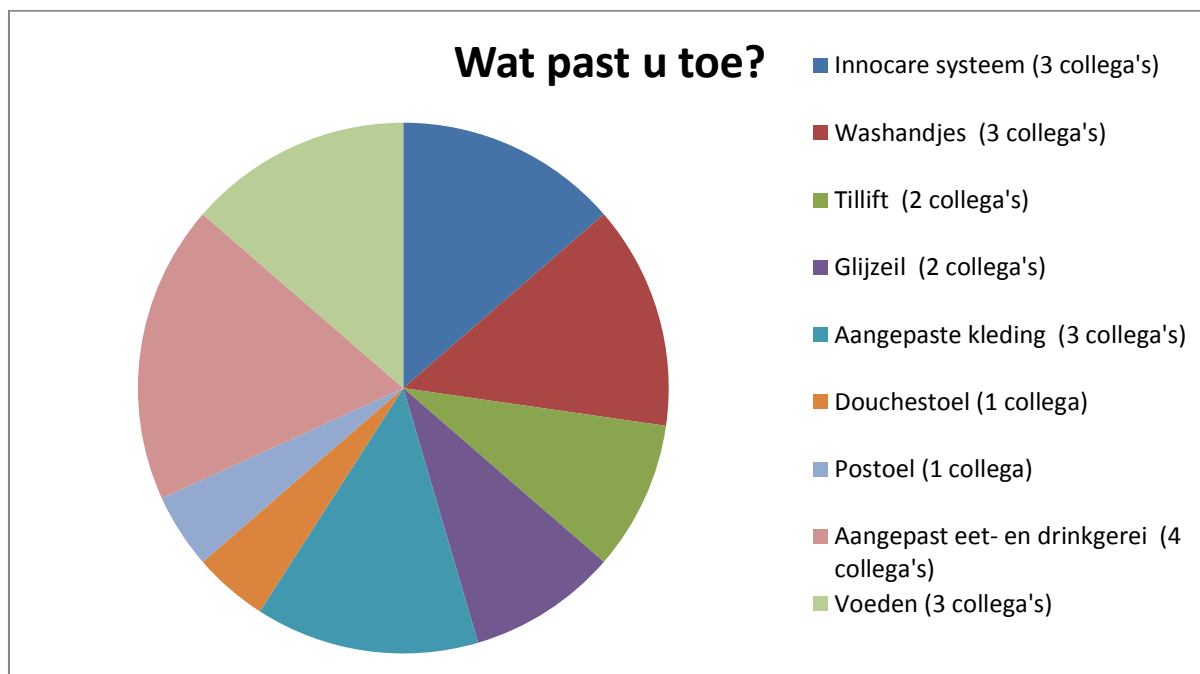
#### 1 Weet u wat PDL betekent?



#### 2 Wat betekent PDL voor jouw ?

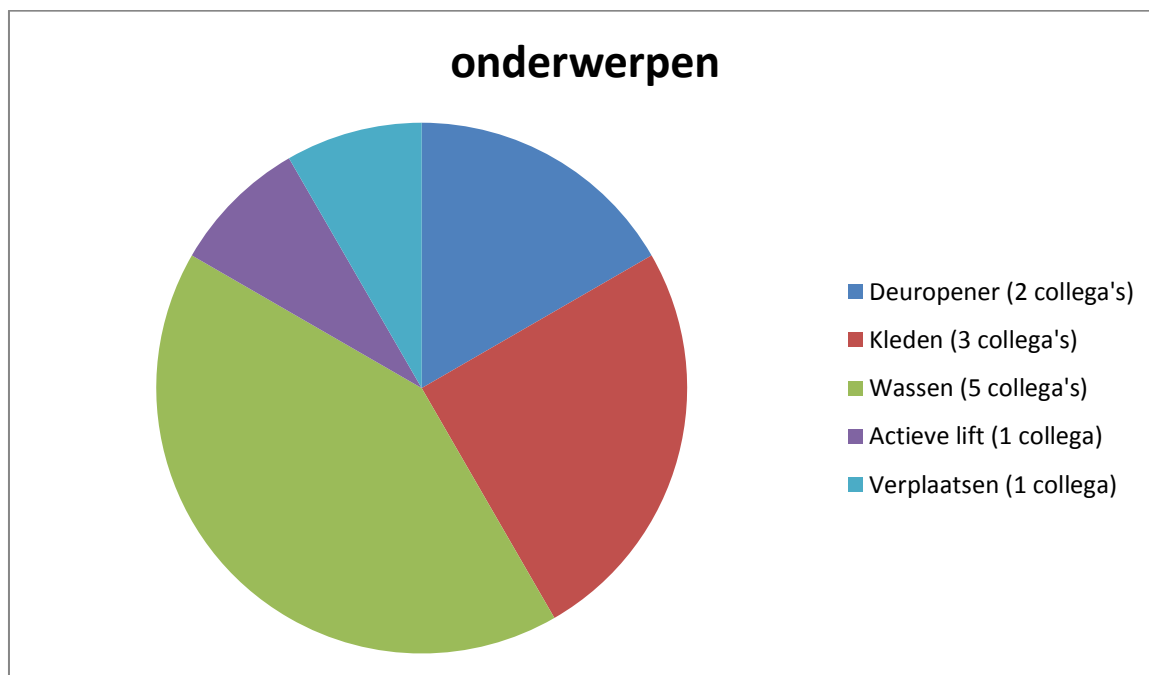
- ✓ De klant zo gemakkelijk mogelijk verzorgen, zo aangenaam mogelijk dus minder belastend
- ✓ Tijdbesparend, minder belastend
- ✓ Warme zorg
- ✓ Een op een gerichte zorg
- ✓ Extra hulp geven
- ✓ Verzorging op maat met de juiste hulpmiddelen
- ✓ Aanpassing in verzorging en voeding
- ✓ Klant langer zelfstandig laten functioneren, en minder pijn met aan/uitkleden
- ✓ Kwaliteitszorg
- ✓ Optimale begeleiding bij verzorging en verpleging
- ✓ Rust en regelmaat bij verzorging
- ✓ Aanvulling op BGZ
- ✓ Meerwaarde voor de verpleging en de klant
- ✓ Geeft rust en wekt ziekteverzuim verminderen
- ✓

### 3 Wat past u toe en op welke wijze en wat vindt u ervan ?

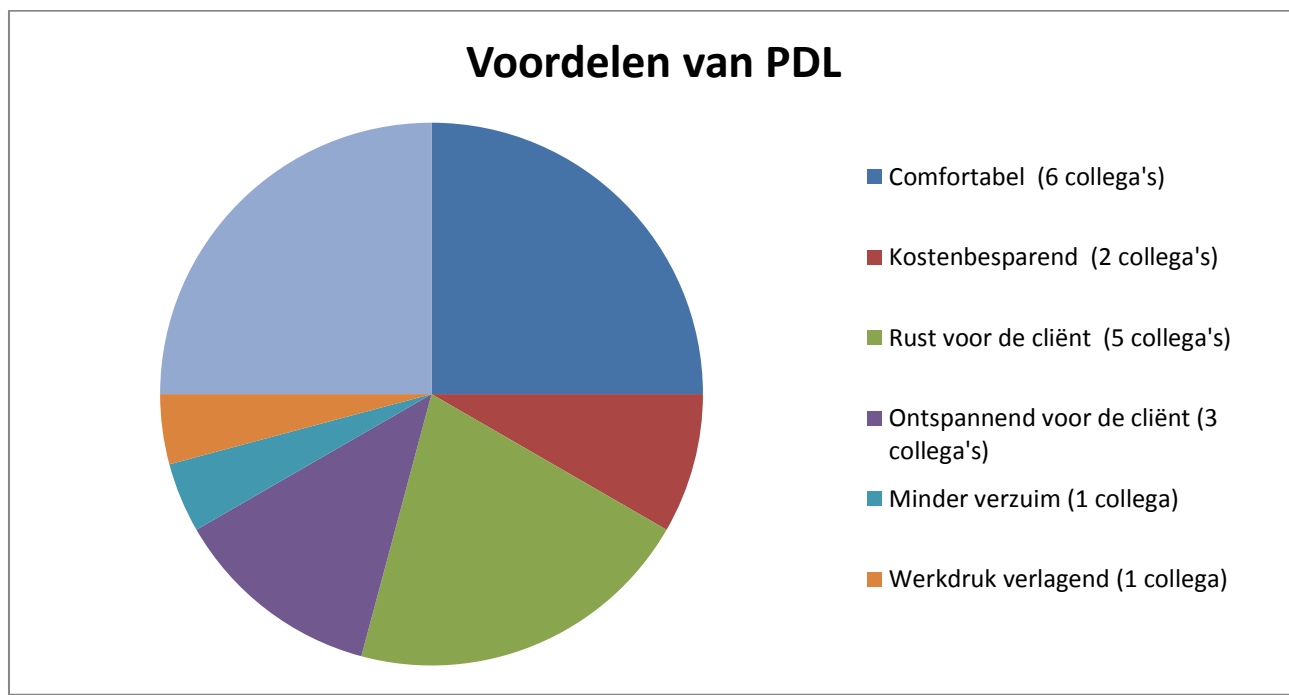


11 collega's antwoordde dat het rust geeft en de verzorging minder belastend en aangenamer is voor de cliënt.

### 4 Zo , ja welke onderwerpen ?



### 5 Noem de voordelen van PDL?



### 6 Wat vind u van de belevingsgerichte zorg op u afdeling en leg uit waarom ?

Het merendeel van collega's vinden belevingsgerichte zorg goed en belangrijk, een collega heeft hierop niet geantwoord. De volgende argumenten werden benoemd:

- ✓ Levert veel op voor cliënt en verzorgende
- ✓ Meegaan in de beleving van de cliënt
- ✓ Zorg aan passen per cliënt, dus belevingsgericht werken
- ✓ Client houdt regie langer in eigen hand
- ✓

## **Hoofdstuk 6**

### **6.1 Conclusie en aanbeveling**

Mijn centrale vraag is:

#### **Welke voordelen heeft passiviteit in het dagelijks leven voor zorgvrager en verzorgende?**

##### **Conclusie :**

Tijdens het onderzoek dat ik heb verricht, ben ik erachter gekomen dat PDL veel meer inhoudt dan alleen verzorgen. Je doet dit de hele dag gedurende de zorg.

Ik ben begonnen met onderzoek naar PDL in het algemeen, en wat daar allemaal bij komt kijken. Uit mijn onderzoek blijkt dat zorgvragers verzorgd worden met PDL, op een manier die bij die individu past.

Het is een belevingsgerichte manier van verzorgen, die gelijker tijd ook winst boekt op allerlei gebied: een op een contact met de zorgvrager, tijdswinst, betere zorg en minder ziekte verzuim van verzorgenden. .

Wanneer je te maken hebt met zorgvragers bij wie je PDL kunt toepassen, heb je te maken met, mensen die kwetsbaar zijn. Wij als verzorgende hebben de taak om de mensen veilig te laten voelen volgens de PDL-methode.

Door het enquête-onderzoek onder collega's uit te voeren heb ik conclusies getrokken. Collega's weten nog te weinig af van de PDL-methode, dit kan door middel van scholing verbeterd worden. Men staat open voor meer informatie over de PDL-methode, en is van mening dat het effectief werkt.

##### **Eindconclusie:**

Ik kan mijn vraagstelling met ja beantwoorden omdat:

- ✓ Door als verzorgende begeleiding en ondersteuning te bieden aan de zorgvrager kun je de belevingsgerichte zorg verbeteren
- ✓ Als verzorgende het belangrijk is om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen of andere informatie over PDL.
- ✓ Door als verzorgende begeleiding en ondersteuning te bieden aan de zorgvrager kun je de kwaliteit van zorg verbeteren.
- ✓ Scholing opzetten voor verzorgende binnen Savant
- ✓ Door het toepassen van PDL je het ziekteverzuim terug kan dringen

## 6.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen die ik naar aanleiding van mijn onderzoeken heb gevonden zijn:

- ✓ Scholing voor verzorgende, zodat PDL op de juiste manier wordt toegepast. Daarom heb ik mijn teamleidster benaderd met dit onderwerp, dit heeft zij opgepakt door een werkgroep PDL samen te stellen bestaande uit verzorgende, teamleiders en ergo coaches. Er is inmiddels een offerte aangevraagd bij Novicare. Novicare is een zorgonderneming die specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten in dienst heeft. De behandelaars van Novicare hebben allen als specialisatie het begeleiden van mensen met complex chronische zorg. Novicare is hiermee de eerste zelfstandige dienst behandeling en begeleiding voor verpleeghuizen in Nederland.
- ✓ Structureel er op na zien dat PDL wordt uitgevoerd door elkaar erop te blijven attenderen
- ✓ Melding van PDL in het ZLP, door de PDL-handeling te melden in het ZLP kan iedere handeling die wordt toegepast terug gelezen worden in het ZLP en werkt iedere verzorgende op dezelfde manier
- ✓ Benaderen van bedrijven die aangepaste kleding maken en folders aanvragen, zodat je informatiemateriaal kunt aanbieden aan familie of mantelzorg
- ✓ Op de hoogte stellen van familieleden d.m.v. een informatiebrief met daarin toelichting en een uitnodiging voor een informatieavond en/of modeshow met aangepaste kleding
- ✓ Informatie vragen aan de fysiotherapeut hoe om te gaan met spasme en afweerspanning. Zij kan verzorgende voorlichting geven over bewegingen die je toe kunt passen om cliënten te laten ontspannen
- ✓ Als je denkt dat je de zorg kan optimaliseren voor een cliënt, contact opnemen met ergotherapeut

## Hoofdstuk 7

### Nawoord

Het werd voor mij in mijn stage op de verpleegafdeling van zorgcentrum 'De Lisse al wel duidelijk dat ik mij wou verdiepen in belevings gerichte zorg. Daar heb ik ondervonden wat het is om een zorgvrager aan te kleden die passief is vandaar mijn klinische les ging over aangepaste kleding. Toen is het balletje gaan rollen, je gaat steeds meer opzoeken wat de mogelijkheden zijn en ben uiteindelijk uitgekomen bij PDL. Gedurende die periode heb ik veel positieve feedback gekregen van mijn collega's.

Het gevraagd worden om deel te nemen aan de PDL-werkgroep heb ik als zeer prettig ervaren. Je creëert zo met mensen uit verschillende disciplines het juiste plan van aanpak.

Als PDL daadwerkelijk wordt toegepast op de afdeling zal het een en ander gaan veranderen, dit wordt niet altijd door iedereen als prettig ervaren. Uiteindelijk zal het voor de zorgvrager en zorgverlener profijt opleveren. Het plan van aanpak van de werkgroep PDL is voorgelegd, en wacht op een goedkeuring.

Tenslotte wil ik de mensen bedanken voor de bijdrage aan mijn profilering. Het enthousiasme van de meeste mensen die ik gevraagd heb om mee te werken, heeft aanstekelijk gewerkt en uiteindelijk geleid tot een onderzoek met aanbevelingen, waar we allemaal beter van kunnen worden. Ik dank iedereen die mij geholpen heeft. Speciale dank aan mijn klasgenoten, met hen heb ik gedurende mijn opleiding een speciale band gekregen. En niet te vergeten mijn gezin en mijn ouders, die tijdens soms heftige tijden mij steunden en zich schikten naar mij.

Bedankt !!!

## **Hoofdstuk 8**

### **Bronvermelding:**

De wondere wereld van dementie

Auteur: Anneke van de Plaats

ISBN: 9789035230194

1e druk 2008

Uitgever : Reed Business

[www.stichting PDL.nl](http://www.stichting PDL.nl)

[www.meditex.nl](http://www.meditex.nl)

[www.moderne-dementiezorg.nl](http://www.moderne-dementiezorg.nl)

[www.btsg.nl/infobulletin/pdl.html](http://www.btsg.nl/infobulletin/pdl.html)

<http://www.ziekenverzorgende.nl>

**Bijlage 1 :**

**Reflectie door de student (STARR)**

(reflectie) Formulier C

Aan de hand van minimaal 1 competentie van formulier A.

Naam:	Wilma Sevenich-Jacobs Reflectie over mijn profilering 26-11-2012
-------	--

Situatie Wat was de situatie? Wie was er, behalve jijzelf, bij betrokken?  
Waar en wanneer was het?

Voor mijn profilering heb ik het onderzoek en opdrachten uitgevoerd op de werkvloer, thuis en op het ROC. Samen met mijn collega's, docenten, medeleerlingen, teamleidster, praktijk opleidster en zorgvragers.

Taak Wat was de taak van jou als stagiaire? Aan welke competentie wilde je werken?

Mijn opdracht was om een vraagstelling te kiezen wat betrekking heeft op de afdeling waar ik werk en dit te verwerken tot een profilering. Je komt tot een conclusie en aanbeveling door middel van bevindingen die voortkomen uit een onderzoek (zoals literatuur, onderzoek, een enquête en praktijkervaringen.) De profilering behoort samen met het eindgesprek en de praktische en theoretische bewijzen tot het behalen van het diploma verzorgende-IG

Actie Hoe heb je het aangepakt? Wat voelde je daarbij? Wat denk je erbij?

In mij stage op de verpleegafdeling 'het huukse' kreeg ik te maken met zorgvragers die je moeilijk kon verzorgen en aankleden. Dit was voor mij de aanleiding om mijn klinische les te houden over aangepaste kleding. Vanaf die tijd is het balletje gaan rollen , en ben ik me meer gaan verdiepen in passiviteit van de zorgvrager. Zo kwam ik uit bij PDL passiviteit in het dagelijks leven en de 7 onderdelen die daarbij horen. Ik ben hiermee naar mijn teamleidster gegaan en heb dit aan haar voorgelegd, daaruit is het idee voortgekomen om een PDL-werkgroep te starten zodat het uiteindelijk kan worden toegepast op de werkvloer. De werkgroep –PDL heeft een plan van aanpak gemaakt en dit voorgelegd aan een commissie, dit wacht nu op goedkeuring. Dit plan omvat ook een scholing voor de verzorgende op de afdeling.



Resultaat Wat was het resultaat van jouw handelen? Hoe reageerde de zorgvrager op jouw handelen? Hoe reageerde de werkbegeleider op jouw handelen?

Mijn centrale vraag is geworden : **Welke voordelen heeft passiviteit in het dagelijks leven voor zorgvrager en verzorgende?**

Met mijn profilering hoop ik dat het werken volgens PDL normen uitgevoerd kan worden op de werkvloer, en dat de dingen waar ik tegenaan ben gelopen op de verpleegafdeling opgelost kunnen worden. Zoals het minder belasten van een zorgvrager door PDL toe te passen, en het minder belastend voor ons als verzorgenden.

Reflectie Ben je tevreden over je handelen? Heb je geleerd wat je wilde leren?  
Wat zou je een volgende keer anders doen?

Ik ben tevreden over mijn handelen, omdat ik door het kiezen van deze onderzoeksvraag meerwaarde kan geven op de afdeling. Het was een hele opgave het schrijven van een profilering, maar gaande weg kreeg het vorm. Ik vond het wel leuk om te doen, omdat dit een vraagstelling was waarvan ik meer te weten wou komen. Dit is aardig gelukt ik heb alle theorie mooi uit kunnen werken, en hoop dat er in de praktijk wat mee gedaan kan worden. Ik heb ook gemerkt dat van ik ermee bezig was, vaak gevraagd werd door collega's, hoe gaat het met je profilering? . Ook zijn er vragen gekomen naar aanleiding van de stand op de markt met aangepaste kleding voor zorgvragers.

Gezien door:

Paraaf:

Datum:

## **Bijlage 2 :**

Beste collega,

In verband met mijn profilering , met het onderwerp PDL houd ik een enquête.  
Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen.  
Je kunt ze in mijn postvak leggen op het kantoor op 1.  
Alvast bedankt voor jullie medewerking.

Groeten,

Wilma Sevenich BBI-leerling

1 Weet u wat PDL betekent ?

2 Wat betekent PDL voor jouw ?

3 Wat past u toe en op welke wijze en wat vindt u ervan ?

4 Zo , ja welke onderwerpen ?

5 Noem de voordelen van PDL ?

6 Wat vind u van de belevingsgerichte zorg op u afdeling en leg uit waarom ?