

Schriftelijke Verantwoording

Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen

Unit de Bongerd



Door: Chrissy Hoebergen
Lennart Jansen
Sharon Linders
Lia Vlemmings

Opdrachtgever: Jelle van de Haring
Procesbegeleider: Mieke van Bers
Meelezer: Ine van Wijlen

Fontys Hogeschool Verpleegkunde, Eindhoven, 2012



VOORWOORD

Deze schriftelijke verantwoording is geschreven door vier studenten van Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven. Dit product is geschreven naar aanleiding van een afstudeeropdracht op de Bongerd, een unit van Providentia Kempenhaeghe Expertisecentrum voor epileptologie, slaapgeneeskunde en neuroncognitie, te Sterksel. Op unit de Bongerd verblijven bewoners met een verstandelijke beperking met epilepsie en ouderdomsproblematiek.

De projectgroep is bezig geweest met dit project gedurende de periode van februari 2012 tot en met juni 2012. Dit verslag beschrijft de implementatie van de methode Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen (PDL) op unit de Bongerd.

De leden van de projectgroep hebben nauw samengewerkt en elkaar feedback gegeven op stukken, waardoor er overeenstemming bestond en men op de hoogte was van alle onderdelen van de schriftelijke verantwoording.

De projectgroep heeft ondersteuning en begrip gekregen van alle betrokkenen op unit de Bongerd. Hiervoor bedankt de projectgroep de medewerkers van de unit: de clustermanager, de paramedici, de communicatiedienst, de bewoners en hun familie en/of wettelijk vertegenwoordiger.

De projectgroep bedankt de PDL gecertificeerde instellingen 'De Blaauwe Hoeve' en 'De Stelle' waar de projectgroep open werd ontvangen en veel informatie heeft gekregen over zowel praktische als theoretische zaken op het gebied van PDL.

Voor de feedback, de ondersteuning en begeleiding tijdens het project wil de projectgroep de projectbegeleidster Mieke van Bers bedanken. Zij heeft aangedragen om actieonderzoek te doen op unit de Bongerd. Hiervoor is het nodig geweest om de structuur vanuit school los te laten. Ine van Wijlen wordt bedankt voor de feedback en de beoordeling van het project.

Projectgroep DOT 53, Eindhoven, 2012

Chrissy Hoebergen

Lennart Jansen

Sharon Linders

Lia Vlemmings

SAMENVATTING

Aanleiding

Het project 'Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL)' is tot stand gekomen naar aanleiding van een afstudeeropdracht van Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven. Vier studenten (de onderzoekers) hebben gedurende 5 maanden in nauwe samenwerking met unit de Bongerd, een woongroep binnen Kempenhaeghe, gewerkt aan de implementatie van de methode PDL.

Vanuit de Bongerd is de vraag gekomen voor een theoretische onderbouwing voor het toepassen van PDL bij verstandelijk beperkte bewoners met epilepsie en ouderdomsproblematiek. Tevens wilde de clustermanager kennis en vaardigheden voor de medewerkers vergroten met betrekking tot het toepassen van de methode bij deze doelgroep

Methode

Er is kwalitatief onderzoek gedaan volgens de methode Actieonderzoek (AO)) AO bestaat uit vijf fases die in elkaar verweven zijn. In [bijlage 2.1](#) staat een uitgebreide omschrijving van AO. In de voorfase is de projectgroep op zoek gegaan naar algemene informatie over verstandelijke beperking en PDL. Voor de voortgang van het onderzoek is al in de voorfase een werkgroep samengesteld die nauw verbonden is met de afdeling. Deze bestaat uit verschillende disciplines. Tijdens de oriëntatiefase is onderzoek gedaan op de afdeling, de doelgroep en de problematiek aan de hand van observaties, PDL indicatie formulieren en werkgroep bijeenkomsten. In deze fase heeft de projectgroep kennis opgedaan in PDL gecertificeerde instellingen. In de diagnostische fase is aan de hand van de oriëntatiefase en het Visgraatmodel de probleemstelling tot stand gekomen, welke als volgt luidt:

'Medewerkers op unit de Bongerd geven aan meer kennis en vaardigheden nodig te hebben met betrekking van PDL bij de dagelijkse zorg van de ouder wordende bewoner'.

Vanuit de probleemstelling zijn deelvragen en doelstellingen opgesteld. In de ontwikkelingsfase heeft de projectgroep een werkplanframe gemaakt dat vanuit actieonderzoek wordt aangedragen. Dit bestaat uit tien stappen. Iedere stap is apart uitgewerkt om overzichtelijk te maken welke stappen er nodig zijn om de methode PDL te implementeren op unit de Bongerd. Er zal eerst gestart worden met een pilot op één van de vier afdelingen van de Bongerd. In de actiefase heeft de projectgroep een start gemaakt met het uitvoeren van alle stappen volgens het werkplanframe.

Resultaten

Uit de observaties is gebleken dat Bewoners pijn en ongemakken ervaren tijdens de zorg. Er wordt al gebruik gemaakt van verschillende onderdelen vanuit de methode PDL maar het is nog niet geïntegreerd in de dagelijkse zorg. Medewerkers geven aan hun kennis en vaardigheden te willen verbeteren ten behoeve van PDL. De medewerkers maken gebruik van diverse hulpmiddelen die ook gebruikt worden voor de methode PDL om de zorg te makkelijker te maken.

De projectgroep heeft 41 PDL Indicatie Formulieren verspreid over de 4 afdelingen van de Bongerd om de zorg te observeren. Er is een respons geweest van 37. Hiervan blijken 27 bewoners baat te hebben bij de methode PDL. Op Bongerd 4 zullen de meeste bewoners gebaat zijn bij de methode PDL omdat zij de meeste PDL factoren, PDL symptomen en PDL signalen geven.

Conclusie

PDL blijkt een passende methode te zijn voor unit de Bongerd. Uitgaande van de visie van unit de Bongerd, oriënterende gesprekken met clustermanager, observatie op unit de Bongerd, PDL indicatieformulieren, werkgroep bijeenkomsten en theoretische onderbouwing blijkt dat PDL een kwaliteitsverbetering kan opleveren voor een aantal bewoners en medewerkers van unit de Bongerd.

Aan de hand van de resultaten heeft de projectgroep gebruik gemaakt van een werkplanframe waarin overzichtelijke de stappen zijn terug te vinden om de methode PDL te implementeren op unit de Bongerd. Er zal klein worden begonnen door het starten van een pilot op Bongerd 4. Stap 1 en 2 van het werkplanframe zijn door de werkgroep uitgevoerd. Daarna is de projectgroep begonnen met het uitvoeren van onderdelen van de overige stappen. De stappen die nog ondernomen moeten worden zijn geschreven als aanbevelingen. Dit wordt overgedragen aan unit de Bongerd.

INHOUD

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inleiding	8
1. Voorfase	10
1.1 inleiding	10
1.2 Visie van unit de Bongerd.....	10
1.2.1 Visie van Providentia Kempenhaeghe	10
1.2.2 Visie van unit de Bongerd.....	11
1.3 Literatuurstudie.....	11
1.3.1 Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen	11
1.3.2 verstandelijk beperkte bewoner met epilepsie en ouderdomsproblematiek	13
1.4 Probleembeschrijving	14
1.4.1 Voorlopige probleemstelling	15
1.4.2 Voorlopige wenselijke situatie	15
1.4.2 Voorlopige doelstelling.....	15
1.5 Eerste ideeën beoogd product.....	16
1.6 Bruikbare theorieën en modellen	16
1.7 Samenstellen van de werkgroep	17
2. Oriëntatiefase.....	18
2.1 Inleiding	18
2.2 Interview clustermanager	18
2.3 Observaties op de bongerd	19
2.4 PDL indicatieformulieren.....	20
2.5 Meeloopdagen op PDL gecertificeerde instellingen	21
2.5.1 De Blaauwe Hoeve.....	21
2.5.2 De Stelle.....	21
2.6 De werkgroep bijeenkomsten	22
2.7 Theoretische onderbouwing	23
2.8 Conclusie	27
3. Diagnostische fase	28
3.1 Inleiding	28
3.2 Probleemanalyse	28
3.2.1 visgraatanalyse	30
3.2.2 Conclusie	31
3.3 Probleemstelling.....	31

4. Ontwikkelingsfase	32
4.1 Werkplanframe	32
5 Actiefase	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Acties	38
5.2.1 Medewerkers informeren over de voortgang van het project	38
5.2.2 Familie/ wettelijk vertegenwoordigers van de bewoners informeren over de zin van PDL	38
5.2.3 Coördineren van de voortgang en behoudt van PDL	38
5.2.4 Handvaten bieden en zorgen voor een eenduidige aanpak	39
5.2.5 Eenduidige aanpak per individuele bewoner	39
5.2.6 Gebruik maken van nodige voorzieningen	39
5.2.7 Kennis over PDL vergroten bij medewerkers om PDL te implementeren	39
5.2.8 Een Pilot uitvoeren op Bongerd 4	40
5.2.9 Procesevaluatie	40
5.2.10 Effectevaluatie	40
Verklarende woordenlijst	41
Nawoord	47
Literatuurlijst	48
Bijlagen	53
Bijlage 1 Plan van Aanpak	53
Bijlage 2 Deelvragen	61
2.1 Wat is actieonderzoek?	61
2.2 Extra informatie PDL	63
2.3 Met welke wet- en regelgeving heeft unit de Bongerd te maken?	64
Bijlage 3 Observatie op Unit de Bongerd	67
3.1 Verantwoording Meelopen op De Bongerd	67
3.2 Verantwoording voor de Observatiemethoden	67
3.3 Observatie invulijst door studenten:	69
3.4 Observatie vragenlijst	70
3.5 Conclusie Observaties op de Bongerd	71
Bijlage 4 PDL Indicatieformulier	73
4.1 Verantwoording PDL Indicatieformulier	73
4.2 PDL indicatieformulier	74
4.3 Uitkomsten PDL Indicatieformulieren	75
Bijlage 5 Meelopen gecertificeerden PDL instellingen	81
5.1 verantwoording open interview PDL instellingen	81

5.2 De Blaauwe Hoeve.....	82
5.3 De Stelle.....	84
Bijlage 6 Uitwerking Visgraatmodel	86
6.1 Bewoners.....	86
6.2 Medewerkers.....	87
6.3 Organisatie	88
6.4 Methode	88
6.5 Materiaal	88
Bijlage 7 Richtlijnen Keypoints en schommelingen van de ledematen.....	89
Bijlage 8 Benodigde voorzieningen	90
8.1 Benodigde materialen	90
8.2 Uitwerking aanwezige materialen.....	91
Bijlage 9 Werkgroep bijeenkomsten	93
9.1. Werkgroep bijeenkomst 1	93
9.2 Werkgroep bijeenkomst 2	94
9.3 Werkgroep bijeenkomst 3	94
9.4 Werkgroep bijeenkomst 4	95
9.5 Werkgroep bijeenkomst 5	95
Bijlage 10 Implementatiestrategie	96

INLEIDING

Eén van de leden van de projectgroep heeft stage gelopen op Providentia Kempenhaeghe. De afstudeeropdracht is tot stand gekomen na contact te hebben gehad met Fons van de Gevel, unithoofd zorg en dienstverlening. Tijdens dit contact zijn achtergronden en ervaringen van de projectleden besproken. Aan de hand van dit contact heeft het unithoofd een passende opdracht gevonden op unit de Bongerd, een woon unit van Providentia Kempenhaeghe.

Om de opdracht helder te krijgen is de projectgroep in gesprek gegaan met Jelle van de Haring, de clustermanager van unit de Bongerd. Uit het gesprek blijkt dat de verstandelijk beperkte bewoners op unit de Bongerd een ouder wordende populatie is. Deze bewoners krijgen door het ouder worden, te maken met ouderdomsverschijnselen. In dit product wordt nagegaan welke aanpassingen gemaakt kunnen worden om de Algemene Dagelijkse Levensbehoefte (ADL) voor de bewoners te verbeteren. De implementatievraag vanuit de clustermanager is;

‘Wat is de theoretische onderbouwing van de methode Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen (PDL), met de link naar verstandelijk beperkten en hoe kan de methode PDL in de praktijk gehanteerd worden?’

De projectgroep heeft onderzoek gedaan of deze methode één op één toepasbaar is voor de doelgroep op unit de Bongerd. Om dit te onderzoeken is er gebruik gemaakt van literatuurstudie, hebben de projectleden meegelopen en zijn er open interviews gehouden op PDL gecertificeerde instellingen. In de voorfase zal het gesprek met de clustermanager breder worden omschreven. Ter verdieping van het onderwerp heeft de projectgroep een themabijeenkomst over PDL bijgewoond op Providentia Kempenhaeghe. Na afloop heeft de projectgroep een scriptie ‘PDL in de zorg voor ouder wordende mensen met een verstandelijke beperking’ gekregen van Marlou Janssen, woonbegeleider van unit de Bongerd.

Op unit de Bongerd werken Sociaal Pedagogisch Hulpverleners (SPH- ers) en verpleegkundig geschoolde medewerkers. In dit verslag zal de term medewerkers gebruikt worden. Hiermee worden seniorbegeleiders, persoonlijke begeleiders en woonbegeleiders bedoeld. Dit kunnen zowel SPH- ers als verpleegkundigen of verzorgende zijn.

De projectgroep is te werk gegaan volgens de methode actieonderzoek (AO). Er is gekozen voor deze vorm omdat het van belang is dat iedereen betrokken wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de producten die worden ingevoerd om de methode PDL in te voeren op unit de Bongerd. Er is een werkgroep samengesteld. Daarbij is in samenwerking met de leden van de werkgroep in kaart gebracht, wat de problemen zijn die medewerkers ervaren rondom de verstandelijk beperkte bewoner met epilepsie en ouderdomsproblematiek en hoe dit verbeterd kan worden.

In deze schriftelijke verantwoording komen de volgende fasen vanuit AO in afzonderlijke hoofdstukken aanbod: de voorfase, de oriëntatiefase, diagnostische fase, de ontwikkelingsfase en de actiefase.

In de voorfase heeft de projectgroep een eerste indruk gekregen van unit de Bongerd, het probleem en het product. In deze schriftelijke verantwoording wordt gestart met de visie van Providentia Kempenhaeghe en unit de Bongerd zodat de projectgroep het project kan laten aansluiten op de visie van de organisatie. Hierna is de projectgroep gestart met het bestuderen van literatuur voor een oriëntatie op het onderwerp. Er wordt een voorlopige probleemstelling beschreven met daarbij aansluitende doelstelling, aan de hand van de eerste indrukken.

In de oriëntatiefase heeft de projectgroep zich verder georiënteerd op unit de Bongerd en is er onderzoek gedaan naar het probleem aan de hand van interviews, observaties, vragenlijsten en zijn gegevens verkregen door samenwerking met leden van de werkgroep. Daarnaast hebben de leden van de projectgroep PDL gecertificeerde instellingen bezocht in Zeeland om informatie te krijgen over kennis en vaardigheden met betrekking tot PDL.

In de diagnostische fase heeft de projectgroep de probleemanalyse die naar voren is gekomen vanuit de werkgroep verwerkt in het visgraatmodel. Vanuit de conclusies uit de oriëntatiefase en het visgraatmodel heeft de projectgroep de volgende probleemstelling geformuleerd:

‘Medewerkers op unit de Bongerd geven aan meer kennis en vaardigheden nodig te hebben met betrekking van PDL bij de dagelijkse zorg van de ouder wordende bewoner.’

Aan de hand van de probleemstelling is de projectgroep, samen met de werkgroep op zoek gegaan naar de oplossing, die gebaseerd is op de volgende doelstelling:

‘Medewerkers van unit de Bongerd geven tijdens de effectevaluatie aan dat ze over kennis en vaardigheden beschikken met betrekking tot PDL en hiermee aansluiten op de dagelijkse behoeften van de bewoners.’

In de ontwikkelingsfase heeft de projectgroep in samenwerking met de werkgroep een werkplanframe opgesteld waarin overzichtelijk de planning is weergegeven van alle stappen die ondernomen moeten worden om de doelstelling te bereiken. De stappen uit het werkplanframe zijn uitgewerkt in het product ‘werkplanframe’.

In de actiefase is de projectgroep gestart met het uitvoeren van de stappen van het werkplanframe. Het was voor de projectgroep niet haalbaar om alle stappen van het werkplanframe in zijn geheel uit te voeren. De projectgroep heeft aanbevelingen geschreven voor de vervolgstappen uit het werkplanframe.

Omdat sommige begrippen verheldering nodig hebben is er gekozen om een verklarende woordenlijst te ontwikkelen. Deze is terug te vinden achter in de schriftelijke verantwoording.

1. VOORFASE

1.1 INLEIDING

In de voorfase heeft de projectgroep een eerste indruk gekregen van unit de Bongerd, het probleem en het product. In deze schriftelijke verantwoording wordt gestart met literatuur voor een oriëntatie op het onderwerp. Er wordt een voorlopige probleemstelling beschreven met bijbehorende doelstelling aan de hand van de eerste indrukken. Voor het gemak van de lezer en om het implementatieproject aan te laten sluiten bij de visie, wordt in dit hoofdstuk eerst de visie van Kempenhaeghe en unit de Bongerd beschreven. Paragraaf 1.3 beschrijft literatuuronderzoek over Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL). Daarna wordt verstandelijke beperking, epilepsie en ouderdomsproblematieken beschreven, om inzicht te krijgen in het onderwerp. Deze informatie biedt kennis ter ondersteuning van de eerste indruk van unit de Bongerd en het probleem. Aan de hand van het gesprek met de clustermanager en een literatuurstudie heeft de projectgroep een probleembeschrijving geschreven, een voorlopige probleemstelling, voorlopige wenselijke situatie en (sub)doelstelling(en) opgesteld. Na het in kaart brengen van deze onderdelen heeft de projectgroep de eerste ideeën van het product en bruikbare theorieën en modellen beschreven. Het laatste onderdeel van de voorfase is het samenstellen van de werkgroep.

1.2 VISIE VAN UNIT DE BONGERD

In deze paragraaf staat de visie van Kempenhaeghe beschreven, gevolgd door de visie van de afdeling. De visie wordt beschreven om het implementatieproject te kunnen aansluiten bij de visie van Providentia Kempenhaeghe en unit de Bongerd. De visie van Providentia Kempenhaeghe en unit de Bongerd is letterlijk overgenomen uit het jaarplan 2012.

1.2.1 VISIE VAN PROVIDENTIA KEMPENHAEGHE

De sector Zorg & Dienstverlening van het epilepsiecentrum van Kempenhaeghe wil verantwoorde doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte woonzorg leveren aan mensen met chronische epilepsie en bijkomende handicaps. De sector Zorg & Dienstverlening richt zich op verblijf, behandeling, begeleiding, verzorging, verpleging en welzijn van bewoners. Daarbij klinken respect, zorgvuldigheid, tijd en aandacht door in de bejegening en de manier van werken. De sector wil een zo breed mogelijk scala van woonzorgvormen bieden. In de uitwerking van beleid, vragen specifieke punten bijzonder aandacht:

- Uitbreiding van capaciteit voor meervoudig complex gehandicapte bewoners
- Het uitkristalliseren van de kijk op de zorg voor mensen met epilepsie en moeilijk verstaanbaar gedrag
- Uitwerking van de visie op woonzorg voor langdurig opgenomen kinderen met epilepsie en een verstandelijke beperking
- Het (naar aanleiding van 'vragen uit de markt') vormgeven van de begeleiding van epilepsiepatiënten in de samenleving

Om Providentia leefbaar te houden heeft Kempenhaeghe een visie ontwikkeld op de toekomst van het terrein. Het doel is de leefbaarheid problematiek voor de lange termijn aan te pakken. Kern van het concept is het interesseren van andere doelgroepen dan de huidige bewoners voor wonen op het terrein. Met daaraan gekoppeld het realiseren van een voldoende mate van levendigheid door het creëren van voorzieningen voor terreinbewoners en voor buurtgenoten. Uiteindelijk moet een nieuwe leefgemeenschap ontstaan waarin nieuwe doelgroepen zich net zo thuis voelen als oorspronkelijke bewoners (Hove, 2012).

1.2.2 VISIE VAN UNIT DE BONGERD

De zorgverlening binnen Bongerd richt zich op ondersteuning van de individuele bewoner bij het omgaan met veranderingen in hun functioneren op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Het accent ligt op het in stand houden van praktische en sociale vaardigheden waar mogelijk en het overnemen van handelingen waar nodig, met respect voor de eigen keuze, de individuele gewoontes en het eigen tempo. Om goed antwoord te kunnen geven op verschillende niveaus van functioneren en bijkomende beperkingen is elk team woonbegeleiders en elke activiteitenbegeleider specifiek geschoold op een bepaald gebied. Deze gebieden zijn; groepsprocessen bij mensen met een verstandelijke beperking, communicatie met bewoners met een meervoudige (ernstige) verstandelijke beperking, dementie en moeilijk verstaanbaar gedrag. Daarnaast is het leveren van een bijdrage aan klinisch relevant wetenschappelijk en/of verpleegkundig onderzoek een belangrijk streven (Castelijns & Landsheer, 2010).

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking kunnen zich vaak alleen maar uiten door hun gedragingen en hun lichaamstaal. Een taal die niet iedereen verstaat. Betrokkenen hebben vaak door ervaring geleerd hoe ze kunnen communiceren. Deze ervaringskennis is onderzocht door Roemer en Van Dam, 2004 en vertaald naar een cursus met als doel: 'begeleiders leren hoe ze kunnen communiceren met zeer ernstig verstandelijk gehandicapte mensen'. (Dam, Henriëtte, & Roemer, 2004)

1.3 LITERATUURSTUDIE

De projectgroep heeft literatuurstudie gedaan door gebruik te maken van boeken, internet en artikelen. Er is gezocht naar wetenschappelijke literatuur over PDL, verstandelijke beperking, epilepsie en bijkomende ouderdomsproblematiek om inzicht te krijgen in het onderwerp.

De projectgroep heeft de literatuurlijst gebruikt uit het verslag van woonbegeleidster, Marlou Janssen (2010), om gericht te zoeken naar literatuur. Via de zoekmachines Google Scholar, Cochrane, Pubmed, Invert, Felix, Picarta en Cinahl, is er gezocht naar literatuur voor de theoretische onderbouwing en verantwoording. Er is gezocht met de zoektermen 'Aging with disability', 'Epilepsie', 'Mentally Retarded', 'Ouderdomsproblematiek', 'Passiviteiten Dagelijks Leven', 'PDL', 'Powerless in daily living', 'Belevingsgerichte zorg', 'Haptonomie', 'Dementie' en 'Verstandelijk beperkten'. In de databanken Google Scholar, Cochrane en Pubmed is bruikbare literatuur gevonden.

De literatuur biedt kennis ter ondersteuning van de eerste indruk van unit de Bongerd en het probleem. De projectgroep heeft in verschillende databanken gezocht naar artikelen in de verstandelijk beperkte sector waarbij PDL wordt toegepast.

1.3.1 PASSIVITEITEN DAGELIJKSE LEVENSVERRICHTINGEN

In de onderstaande paragraaf wordt uitleg gegeven over PDL met de daarbij behorende factoren, symptomen en signalen. Er wordt uitgelegd welke voorwaarden er nodig zijn om PDL toe te passen en welke disciplines hierbij nodig zijn.

Passiviteiten dagelijkse levensverrichtingen

Miljoenen zorgbehoeftigen zijn niet in staat tot gerichte zelfzorgactiviteiten, zelfredzaamheid, reactivering of revalidatie. Passiviteit is bij deze mensen een kenmerk van hun dagelijks leven geworden. Voor deze mensen en hun verzorgenden kunnen zeer belastende situaties ontstaan bij de dagelijkse zorg. Om deze zorg zo goed mogelijk te kunnen geven, zal de passiviteit eerst geaccepteerd moeten worden. Een interdisciplinaire analyse van de zorg- en behandelproblemen heeft geleid tot een gestructureerde aanpak: Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen (PDL).

Bij deze methode gaat het om:

- Specifieke zorgvaardigheden in geval van spanning bij de cliënt
- Een respectvolle bejegening van de cliënt
- Het reduceren van onrust en angstgevoelens bij de cliënt
- Het toepassen van specifieke voorzieningen zoals dynamische lig- en zitmiddelen, ergonomische kleding en hoogwaardige transferapparatuur
- Het voorkomen van contracturen en decubitus
- Een multidisciplinaire aanpak van de passiviteitproblematiek

De PDL methode is van toepassing op alle mensen met ernstige (deel) passiviteitproblemen die verpleegd en verzorgd worden in verpleeghuizen, zorgcentra, instellingen voor lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapten en in de thuiszorg (Stichting PDL, 2011). De zorg is gericht op zo min mogelijk stress momenten voor de cliënt tijdens de dagelijkse zorgmomenten en activiteiten. (Dijk G. v., 2008).

Definitie van PDL

Passiviteiten Dagelijks Leven: Het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet zijn terug te dringen (Halem, Herpen, & Rooyen, 2011).

PDL is primair gericht op zorgsituaties in het dagelijks leven. De zorgsituaties zijn onderverdeeld in zeven aandachtsgebieden, PDL factoren genoemd. Deze factoren zijn: liggen, zitten, gevoed worden, gewassen worden, gekleed worden, verschoond worden en verplaatst worden. Voor iedere persoon wordt de mate van passiviteit ten aanzien van de zeven factoren bepaald en van daaruit wordt voor iedere passieve cliënt, individueel aangepaste maatregelen, handelingen en voorzieningen vastgelegd.

Voorwaarden voor het toepassen van PDL

De belangrijkste voorwaarde om PDL toe te passen is dat de bewoner passief is en er geen perspectief meer is op verbetering. PDL gaat uit van passiviteiten van een bewoner om de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarom zal ook acceptatie van de passiviteit bij zowel bewoner als voor de hulpverlener moeten worden erkend. (Dijk G. v., 2008) Ook het onderzoek van Marlou Janssen (2010), benadrukt acceptatie van passiviteiten in haar scriptie op unit de Bongerd. Zolang de activiteit bovenaan staat en medewerkers passiviteiten niet kunnen accepteren, blijft de weg naar nieuwe inzichten geblokkeerd. Medewerkers moeten zich bewust worden van wat nog wel kan om zo beter te kunnen reageren (Janssen, 2010).

De in het proefschrift van Van Dijk (2008) geformuleerde voorwaarden voor het succesvol toepassen van PDL, waarover consensus bestaat, zijn als volgt geïntegreerd in de totale zorg van de cliënt; de beschikbaarheid en indien nodig betrokkenheid van de volgende disciplines: verzorgende, ergotherapeut, fysiotherapeut en verpleegkundige, in PDL geschoolde medewerkers, ondersteuning door het afdelingsmanagement en het hogere management, aandacht voor het creëren van sfeer op de afdeling (Dijk G. v., 2008).

Van medewerkers worden specifieke competenties verwacht. Er volgt een opsomming van de competenties; inlevingsvermogen, samenwerking en observatie, goed contact kunnen leggen met individuele cliënten, sfeer kunnen creëren, flexibel in kunnen spelen op de wensen van de cliënt, en het kunnen observeren van wat een cliënt wel of niet prettig vindt, gericht op het centraal stellen van de cliënt en multidisciplinair kunnen samenwerken (Dijk G. v., 2008). Door PDL te hanteren zullen medewerkers een lagere draaglast ervaren tijdens het uitvoeren van PDL. Zo blijkt uit het proefschrift van Van Dijk (2008). Door gebruik te maken van verschillende hulpmiddelen, vaardigheden en maatregelen wordt de draaglast minder zwaar, zelfs bij de voorwaarde om één op één zorg te verlenen.

Een andere voorwaarde om PDL toe kunnen passen in de praktijk is dat het direct systematisch wordt toegepast binnen de totale zorgverlening en wordt geïntegreerd in het zorgplan (Dijk G. , 2009).

PDL indiceren

Voor iedere vaardigheid, maatregel en voorziening zijn er protocollen beschikbaar vanuit de stichting PDL. Deze zijn bedoeld als doorgeefluik van kennis en kunde en zijn terug te vinden op de website van de stichting PDL. (Stichting PDL, 2011). Deze protocollen bank bevat een indicatieformulier ontwikkeld om bewoners te scoren op PDL. Het indicatieformulier is opgesteld voor de medewerkers om problemen te signaleren bij een bewoner. Aan de hand hiervan wordt gekeken of een bewoner gebaat zou zijn bij de methode PDL. In [bijlage 4](#) staan de PDL indicatieformulieren die gebruikt worden om bewoners te indiceren op PDL. In deze formulieren worden PDL factoren, symptomen en signalen benoemd om problemen op te scoren. De zorgmomenten waarin PDL wordt toegepast zijn onderverdeeld in zeven PDL factoren. Dit zijn; liggen, zitten, wassen, verschoond worden, gekleed worden, verplaatst worden en gevoed worden. Er zijn zeven symptomen die kenmerkend zijn waarbij PDL toegepast kan worden. Dit zijn; Decubitus, contracturen, afweerspanning, afweerspanning bij aanraking, afwijzend gedrag, onrust/roepen en agressie. (Stichting PDL, 2011)

Betrokkenen bij PDL

PDL bevat specifieke kenmerken vanuit andere disciplines, zoals de ergotherapie, fysiotherapie en zijn geïntegreerd in zorgmomenten van verpleegkundigen of verzorgers. De fysiotherapeut wordt op verzoek ingeschakeld om specifieke vaardigheden als keypoints, schommelende bewegingen, haptonomische tiltechnieken en transfermogelijkheden te demonstreren. (Kloosterhuis, 1977) In [bijlage 7](#) is een protocol geformuleerd over het toepassen van keypoints en het maken van schommelende bewegingen. De ergotherapeut wordt ingeschakeld om te zorgen voor aangepaste voorzieningen. De logopedist wordt betrokken om technieken aan te leren met betrekking tot eten, drinken en communiceren. (Stichting PDL, 2011)

Benaderingswijze bij PDL

Bij de methode PDL zijn verschillende benaderingswijze toepasbaar. Dit is mede afhankelijk van het effect op de individuele bewoner. Te denken valt aan warme zorg, Validation, ROT (Realiteits Oriëntatie Training), Fenomenologische benaderingswijze. Ook Marlou Janssen (2010) benadrukt in haar scriptie dat PDL andere benaderingswijzen niet uitsluit maar juist omarmt. Dit wordt tevens bevestigd in de PDL gecertificeerde instelling de Stelle en de Blauwe Hoeve. In hoofdstuk 2 wordt hierop terug gekomen.

1.3.2 VERSTANDELIJK BEPERKTE BEWONER MET EPILEPSIE EN OUDERDOMSPROBLEMATIEK

Hieronder wordt een korte beschrijving gegeven van problemen waar bewoners op unit de Bongerd mee te maken hebben. Een uitgebreidere omschrijving van alle onderwerpen staat in de [bijlage 2](#) uitgewerkt.

Verstandelijke beperking

Een verstandelijke beperking kenmerkt zich door zowel een significante beperking van de intelligentie als van het adaptief gedrag, zoals conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Voorbeelden van conceptuele vaardigheden zijn: taal en lezen en schrijven. Voorbeelden van sociale vaardigheden zijn: verantwoordelijkheid en het volgen van regels. Voorbeelden van praktische vaardigheden zijn: eten, aankleden en geldbeheer. Een IQ lager dan 70 is een voorwaarde, maar niet voldoende voor de diagnose 'verstandelijke beperking' (Twint & Kouwen, 2010) Hieronder staat schematisch weergegeven welke classificaties er bestaan. Op de Bongerd komen licht tot matig verstandelijk beperkingen voor.

Classificatietabel van verstandelijke beperking en (cognitieve) ontwikkelingsleeftijd:

DSM-IV-TR	(Cognitieve) ontwikkelingsleeftijd
Zwakbegaafd IQ*= 70-84	> 11 jaar
Lichte VB** IQ= 50-55 tot 70	± 6 – 11 jaar
Matige VB IQ= 35-40 tot 50-55	± 3, 5 – 6 jaar
Ernstige VB IQ= 20-25 tot 35-40	± 1,5/2 – 3,5 jaar
Zeer ernstige VB IQ= <20-25	0 – 1,5/2 jaar

* IQ = Intelligentie Quotiënt

** VB = Verstandelijk Beperkt

Uit de literatuur blijkt dat bij verstandelijk beperkten vaak pijnlijke aandoeningen voor komen zoals spasmen en contracturen, die pijn bij bewegen veroorzaakt. Bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking kunnen een veranderde pijnbeleving en pijnuitingen voorkomen. Dit kan leiden tot onderschatting van pijn bij deze groep. (Integraal Kankercentrum, 2012)

Epilepsie

Bij bewoners op unit de Bongerd komt epilepsie voor. Epilepsie is het gevolg van een stoornis in de hersenen. Hersencellen geven elkaar elektrische signalen door. De overdracht van signalen is normaal nauwkeurig geregeld. Echter bij epilepsie is sprake van een stoornis waarbij deze overdracht ontregeld raakt. Iemand krijgt pas de diagnose epilepsie als hij of zij bij herhaling last heeft van epileptische aanvallen. Er zijn verschillende vormen van epilepsie. (Werkgroep Richtlijnen Epilepsie, 2005)

Moeilijk verstaanbaar gedrag

Op unit de Bongerd komt moeilijk verstaanbaar gedrag voor in verschillende mate. Bij mensen met een verstandelijke beperking spreekt men vaak van 'moeilijk verstaanbaar gedrag', als het gaat om gedragsproblemen. Het is lastig om te achterhalen waardoor bepaald gedrag ontstaat en wat een cliënt ermee wil zeggen. Toch is het belangrijk om gedragsproblemen zo goed mogelijk te begrijpen en in de goede context te plaatsen. Gedragsproblemen zijn lastig en kunnen leiden tot dwangmaatregelen. Een goed begrip van het gedrag kan helpen om de problemen onder controle te krijgen of, liever nog, te voorkomen en op die manier dwang te voorkomen. (Dwang in de zorg, 2010)

Ouderdomsproblematiek

Bij de doelgroep op de Bongerd komt steeds meer ouderdomsproblematiek voor doordat de leeftijd steeds meer toeneemt. Wanneer men ouder wordt, krijgt men te maken met verschillende ouderdomsproblematiek. Dit geldt ook voor de oudere verstandelijk beperkte mensen. Veel voorkomende problemen zijn dementie, apathie, claimen, agressie, dwangmatig gedrag, bewegingsstoornissen, roepen, depressief, achterdocht, angst en affectabiliteit (Allewijn & Miesen, 2010). Evenhuis (2002) stelt dat diegenen die ook een ernstige motorische beperking hebben, vanaf de kinderleeftijd een verhoogd risico hebben op secundaire gewrichtsproblemen, vergroeiingen, osteoporose en daardoor botbreuken, reflux van maaginhoud en daardoor slokdarmontsteking, chronische problemen met de ontlasting, verslikken en daardoor ondervoeding (Evenhuis H. , 2002). Decubitus, contracturen, afweerspanning en spasmen zijn voorbeelden van bewegingsstoornissen. Deze stoornissen komen ook voor op unit de Bongerd.

1.4 PROBLEEMBESCHRIJVING

Deze paragraaf geeft een beschrijving van de eerste oriëntatie op probleem waarvoor unit de Bongerd een verbetering in de zorg wil zien. Op basis van een open interview en contact via de mail met de clustermanager is de aanleiding van het probleem breder omschreven. De projectgroep maakt gebruik van een open interview om snel informatie te krijgen en onmiddellijk door te kunnen vragen.

De probleembeschrijving is aangevuld met literatuur om het probleem te onderbouwen. De probleembeschrijving vormt voor de projectgroep de basis voor verder onderzoek.

De verstandelijk beperkte bewoners met epilepsie op unit de Bongerd is een ouder wordende populatie. Uit literatuur blijkt dat de levensverwachting van mensen met verstandelijke beperkingen de laatste decennia duidelijk is toegenomen. Dit komt door betere levensomstandigheden, betere medische omstandigheden en betere hulpverlening. Door de toegenomen levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt het aantal ouderen onder hen toe. Bij mensen met een verstandelijke beperking komen ouderdomsaandoeningen op jongere leeftijd voor en deze zijn vaak ernstiger dan bij personen zonder een verstandelijke beperking. Dat komt mede doordat veel mensen met verstandelijke beperkingen al hun hele leven lang chronische aandoeningen hebben. Bij de bestaande chronische aandoeningen komen de ouderdomsaandoeningen voor, en/of de aanwezige aandoeningen worden erger (Maaskant & Hoekman, 2007).

Medewerkers ervaren problemen tijdens de zorg voor de Algemene Dagelijkse Levensbehoeften (ADL) met de bewoners. De ADL is bij sommige bewoners belastend voor zowel bewoner als medewerker. Bewoners laten tijdens de ADL blijken pijn en ongemakken te ervaren, zowel verbaal als non-verbaal. Symptomen die bewoners uiten zijn roepen, gillen, zich klein maken of slaan bewegingen maken. Uit literatuur blijkt dat bij verstandelijk beperkten vaak pijnlijke aandoeningen voor komen zoals spasmen en contracturen, die pijn bij bewegen veroorzaakt (Evenhuis, 2008). De clustermanager geeft aan dat vaardigheden door eerder genoemde veranderingen verbeterd kunnen worden. De clustermanager die bekend is met de methode Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL), door het volgen van een cursus over PDL en eigen ervaringen in de ouderensector, ziet een mogelijke kwaliteitsverbetering voor zowel de bewoners als medewerkers door implementatie van PDL binnen unit de Bongerd. De projectgroep gaat onderzoeken of het kunnen toepassen van PDL een bijdrage kan leveren bij de ADL zorg voor bewoners en medewerkers.

1.4.1 VOORLOPIGE PROBLEEMSTELLING

Naar aanleiding van de bovenstaande probleembeschrijving, inzichten die de projectgroep heeft verkregen door het doen van literatuuronderzoek en een kennismakingsgesprek op de Bongerd, heeft de projectgroep een voorlopige probleemstelling geformuleerd.

<i>Op welke wijze kunnen medewerkers van unit de Bongerd PDL toepassen bij de ADL voor de ouder wordende bewoner?</i>

1.4.2 VOORLOPIGE WENSELIJKE SITUATIE

Naar aanleiding van de probleembeschrijving zijn wensen geformuleerd die de opdrachtgever terug wil zien in het uiteindelijke product in de voorlopige wenselijke situatie.

Unit de Bongerd heeft te maken met een ouder wordende verstandelijke beperkte bewoners met epilepsie. Een passende methode om de zorg bij deze groep bewoners te verbeteren zou PDL kunnen zijn. Dit is in de ouderenzorg een methode die steeds meer toegepast wordt omdat dit een positief effect heeft op bewoners en medewerkers (Dijk G. , 2009). Het is wenselijk dat medewerkers op unit de Bongerd een theoretische onderbouwing over deze methode hebben. Het is wenselijk voor de afdeling, dat de projectgroep in samenwerking met de werkgroep, een vertaalslag kan maken van PDL vanuit de ouderenzorg naar de verstandelijk beperkte bewoners op unit de Bongerd. Daarnaast is het wenselijk dat medewerkers handelingsbekwaam zijn, in het werken volgens de principes van PDL met bijbehorende protocollen.

1.4.2 VOORLOPIGE DOELSTELLING

De projectgroep heeft naar aanleiding van de wensen die bekend zijn van unit de Bongerd de volgende doelstelling geformuleerd;

Medewerkers van unit de Bongerd geven na 21 weken aan PDL toe te passen bij de ADL voor de ouder wordende bewoner.

Uit de bovenstaande doelstelling heeft de projectgroep de volgende subdoelen geformuleerd die hierop van toepassing zijn;

- Binnen 21 weken is een theoretische onderbouwing beschreven die aangeeft dat PDL toepasbaar is bij de doelgroep van unit de Bongerd.
- Binnen 21 weken geven medewerkers op unit de Bongerd aan over kennis van PDL beschikken met betrekking tot de ouder wordende bewoner.
- Binnen 21 weken geven medewerkers op unit de Bongerd aan over vaardigheden van PDL te beschikken met betrekking tot de ouder wordende bewoner.
- Binnen 21 weken is er een pilot gedraaid met één bewoner van de Bongerd om het effect van PDL te evalueren

1.5 EERSTE IDEEËN BEOOGD PRODUCT

In deze paragraaf beschrijft de projectgroep de eerste ideeën die zijn ontstaan over het product. Hierbij wordt het verwachte proces in het kort beschreven aan de hand van middelen die de projectgroep kan gaan gebruiken om tot het eindproduct te komen. Tevens worden ideeën over het uiteindelijke product beschreven. Het doel hiervan is om een globaal overzicht te verkrijgen van het project en om overeenstemming te creëren binnen de projectgroep. Een bredere omschrijving over de implementatie strategie is te vinden in [bijlage 10](#).

De projectgroep gaat gedurende het project te werk volgens de methode van actieonderzoek (AO) meer informatie over AO is te vinden in [bijlage 2](#). Er is gekozen om te werken met actieonderzoek omdat hiermee iedereen betrokken wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de producten die worden ingevoerd om de methode PDL in te voeren op unit de Bongerd. Door de betrokkenheid die wordt nagestreefd zorgt de projectgroep ervoor dat iedereen op de hoogte is van het onderzoek en ieder zijn inbreng kan geven. Door het gebruik van actieonderzoek worden er verschillende invalshoeken en ideeën opgenomen in het maken en onderbouwen van keuzes. Actieonderzoek moedigt de betrokkenen aan zelf verantwoordelijkheid te (leren) dragen. De projectgroep heeft een werkgroep opgesteld om deze betrokkenheid te creëren. Verdere uitleg over de werkgroep wordt in paragraaf 1.7 gegeven. De projectgroep zal onderzoek doen door mee te lopen op PDL gecertificeerde afdelingen om informatie te krijgen over kennis en vaardigheden met betrekking tot PDL. De projectgroep zal voor een theoretische onderbouwing van PDL, met een link naar de doelgroep van unit de Bongerd, Evidence Based Practice (EBP) gebruiken. Door de theoretische onderbouwing en het meelopen op PDL gecertificeerde instellingen onderzoekt de projectgroep of de methode PDL één op één toepasbaar is voor de doelgroep op unit de Bongerd. Een voorbeeld van een onderdeel van een eindproduct dat de projectgroep aan het eind van de periode zal kunnen leveren aan 'de Bongerd' zijn PDL protocollen en een klinische les over het toepassen van PDL in de praktijk.

1.6 BRUIKBARE THEORIEËN EN MODELLEN

In deze paragraaf staan de theorieën en modellen beschreven die gebruikt kunnen worden gedurende dit project.

Om een helder beeld te krijgen op welke manier de methode PDL kan aansluiten op de ouder wordende populatie met specifieke zorgbehoeften op unit 'de Bongerd' van de instelling Kempenhaeghe, zal gebruik gemaakt worden van literatuuronderzoek. Om onderzoeksartikelen te analyseren, zal gebruik worden gemaakt van de Empirische cyclus. Hiermee kan de kwaliteit van het onderzoek beoordeeld worden. De vijf stadia van de Empirische Cyclus zijn; aanleiding, vraagstelling, methode, resultaten en conclusie/discussie (Leygraaf, 2010). In [bijlage 11](#) is meer informatie te vinden over de Empirische cyclus.

Mogelijke hulpmiddelen die de projectgroep kan gebruiken tijdens AO is Mindmappen voor het maken van een probleemanalyse en thematiseren voor gezamenlijke besluitvorming van de probleemfactoren (Migchelbrink, 2007). De projectgroep zal gebruik maken van intranet om het project bekendheid te geven binnen de instelling.

1.7 SAMENSTELLEN VAN DE WERKGROEP

In actieonderzoek ondersteunt de projectgroep de medewerkers van de Bongerd met AO om hun situatie of handelen te verbeteren. Tijdens de voorfase heeft de projectgroep met behulp van de clustermanager een werkgroep opgesteld. De werkgroep is opgesteld om empowerment en wederkerige adequaatheid te creëren, waardoor het implementatietraject effectiever zal zijn. De begrippen zijn terug te vinden in de verklarende woordenlijst. Leden van de werkgroep zijn: de projectgroep, twee seniorverpleegkundigen, een ergotherapeut en een diëtiste. Voor de methode PDL is inbreng van verschillende disciplines nodig. Daarom heeft men gekozen voor twee disciplines van de paramedische dienst in de werkgroep. De werkgroep houdt zich actief bezig met onderzoek, handelen, reflectie en veranderen. Het doel hiervan is om kennis te verkrijgen om beter of daadwerkelijk anders te kunnen gaan handelen. Het gaat hierbij om een nauwe samenwerking met het werkveld door middel van een werkgroep (Migchelbrink, 2007).

De projectgroep maakt deel uit van de werkgroep en heeft als rol om te regisseren en faciliteren. Daarnaast biedt de projectgroep waar het nodig is nieuwe kennis en ondersteuning in het bieden van nieuw aan te leren vaardigheden. De leden binnen de werkgroep hebben de rol om problemen te benoemen, oplossingen aan te dragen en het nieuwe handelen uit te voeren. De leden binnen de werkgroep zullen een link vormen van de werkgroep naar de praktijk. Er zullen vier werkgroep bijeenkomst plaats vinden.

2. ORIËNTATIEFASE

2.1 INLEIDING

In de voorfase heeft de projectgroep een eerste indruk gekregen van unit de Bongerd, het probleem en het product. In dit hoofdstuk oriënteert de projectgroep zich verder op unit de Bongerd en het probleem door middel van een open interview met de clustermanager. Ook heeft ieder lid van de projectgroep een dag meegelopen op een afdeling binnen unit de Bongerd. Hier zijn semi gestructureerde observaties gedaan door de projectleden. Daarnaast hebben medewerkers PDL indicatieformulieren ingevuld om problemen te signaleren bij de bewoners. Aan de hand hiervan wordt gekeken welke bewoners gebaat zouden zijn bij de methode PDL. De projectgroep heeft zich georiënteerd op PDL omdat dit als passende oplossing is aangedragen door de clustermanager. De projectgroep heeft informatie ingewonnen bij twee PDL gecertificeerde instellingen. Op deze manier is een beter beeld verkregen over hoe PDL wordt toegepast in de praktijk. Tijdens de werkgroep bijeenkomsten heeft de werkgroep overeenstemming bereikt over de problemen en oplossingen bij de ouder wordende bewoner op unit de Bongerd. De clustermanager heeft aangegeven dat hij theoretische onderbouwing wil zien van de zorgmethode PDL met de link naar verstandelijk beperkten. De projectgroep is hiernaar op zoek gegaan. Vanuit deze bovenstaande onderwerpen is een conclusie getrokken.

2.2 INTERVIEW CLUSTERMANAGER

De projectgroep heeft drie oriënterende open interviews gehad met de clustermanager van de Bongerd. Tijdens deze open interviews is informatie verkregen over de doelgroep, medewerkers en problemen op de Bongerd. Er is gekozen voor een open interview zodat de projectgroep snel informatie krijgt over de onderwerpen en onmiddellijk door kan vragen als daartoe aanleiding bestaat. Hieronder staat de essentie van de interviews.

Bewoners

De Bongerd is een woonunit op de locatie Providentia van Kempenhaeghe. Unit de Bongerd is onderverdeeld in vier afdelingen: Bongerd 1, 2, 3 en 4. Momenteel wonen er 41 bewoners. Op de Bongerd wonen mensen met een verstandelijke beperking en epilepsie, variërend in leeftijd van 50 tot 85 jaar. Deze bewoners worden geconfronteerd met veranderingen in hun functioneren op lichamelijk, psychische en sociaal gebied. Er zijn bewoners die te maken hebben met bijkomende problematiek zoals verlamming, dementie, contracturen en spasmen. De aard en omvang van deze veranderingen verschilt per individu, maar in zijn algemeenheid is er sprake van afnemende vitaliteit in mentale en/of lichamelijke functies en soms verlies van sociaal netwerk. Gezien de leeftijd van de bewoners zijn de ouders, broers en/of zussen vaak overleden. Dit heeft invloed op het sociale netwerk van de bewoners. Het zorgzwaartepakket (zzp) ligt voor bewoners op de Bongerd op 6 en 8. Meer informatie over het zorgzwaartepakket en andere wet en regelgeving wat doelgroep op unit de Bongerd betreft zie [bijlage 2](#).

Medewerkers

Op unit de Bongerd werken 70 medewerkers die directe zorg aan de bewoners leveren. Iedere afdeling heeft een eigen team. Op de Bongerd wordt continuïteit van zorg geleverd door medewerkers. Er wordt 24uurs zorg geleverd door medewerkers van verschillende diensten: onder andere de ochtendienst, avonddienst, nachtdienst en piekdiensten. De nachtdienst is een vast team van medewerkers die werkzaam zijn vanuit een ander gebouw op het terrein van Providentia Kempenhaeghe. Bij wisseling van dienst wordt er zowel een schriftelijke als mondelinge overdracht gehouden. De volgende medewerkers werken op de Bongerd in de zorg: seniorbegeleider (niveau 5),

persoonlijke begeleiders (niveau 4 of 5) en woonbegeleiders (minimaal niveau 3). Woonbegeleiders kunnen verzorgenden, verpleegkundigen of SPH-ers zijn. Daarnaast zijn er activiteitenbegeleiders, de paramedische dienst, stagiaires, invalkrachten en vrijwilligers werkzaam. Verschillende medewerkers werken al jaren op de Bongerd en kennen de bewoners en collega's goed.

De zorgverlening binnen de Bongerd richt zich op ondersteuning van de individuele bewoner. Het accent ligt op het in stand houden van praktische en sociale vaardigheden waar mogelijk en het overnemen van handelingen waar nodig, met respect voor de eigen keuze, de individuele gewoontes en het eigen tempo.

2.3 OBSERVATIES OP DE BONGERD

De projectgroep heeft een dagdienst meegelopen op de Bongerd. Ieder lid van de projectgroep heeft op één afdeling van unit de Bongerd meegelopen om te observeren. Het doel is een beeld te vormen van de Bongerd: de doelgroep, de medewerkers, hoe er wordt gewerkt en tegen welke problemen men aan loopt. De projectgroep heeft gekozen voor een directe en semigestructureerde observatie. Hiervoor is gekozen zodat de projectgroep de ervaringen van de medewerkers delen. Een conclusie met de uitkomsten van de observaties op de Bongerd en de opgestelde observatielijsten zijn terug te vinden in [bijlage 3](#). Hieronder wordt een per onderdeel een beschrijving gegeven van wat er tijdens de observaties is opgemerkt.

Bewoners.

Zoals in de probleembeschrijving benoemd wordt, laten bewoners tijdens de ADL blijken pijn en ongemakken te ervaren, zowel verbaal als non-verbaal. Ook observaties van de projectgroep bevestigen dit. De problemen uiteten zich in roepgedrag, zich samen te trekken, angstig kijken en slaande bewegingen. Uit de literatuur blijkt dat bovenstaande gedragingen pijnuitingen kunnen zijn (Erasmus, 2008).

Tijdens de observaties is gebleken dat bewoners elkaar in enkele gevallen negatief beïnvloeden. Wanneer bewoners elkaar negatief beïnvloeden worden hiervoor maatregelen getroffen door de medewerkers. Bijvoorbeeld wanneer een bewoner in de gezamenlijke woonkamer roepgedrag vertoont en medebewoners hierdoor merkbaar onrustig worden, wordt deze bewoner tijdelijk naar zijn slaapkamer gebracht.

Medewerkers

De medewerkers benaderen de bewoners vriendelijk en rustig. De meeste medewerkers geven aan wat ze komen doen en bij handelingen wordt aangegeven wat er gaat gebeuren. In een aantal gevallen wordt er bewust voor gekozen om niet aan te geven wat er gaat gebeuren in verband met het veroorzaken van onrust.

Wanneer bewoners pijn of ongemakken laten blijken, reageert het personeel hierop door de bewoners af te leiden, complimenten te geven of door weg te gaan en het later opnieuw te proberen. Het komt ook voor dat bewoners pijn of ongemakken uiteten terwijl de bewoner niet of nauwelijks wordt aangeraakt. Wanneer dit voor komt, wordt de bewoner hierop aangesproken. Medewerkers die werkzaam waren tijdens de meeloopdag, gaven aan dat de zorg voor sommige bewoners belastend is voor bewoner en medewerker.

Medewerkers geven aan gehoord te hebben van PDL en onbewust al gebruik van te maken van een aantal technieken zoals de keypoints. Dit merkten medewerkers op na de thema bijeenkomst over PDL die op 16 februari 2012 heeft plaatsgevonden. Zij denken dat PDL een passende methode is bij passiviteiten van bewoners op unit de Bongerd.

Materiaal

De projectgroep heeft onderzoek gedaan naar welke materialen gebruikt worden die betrekking hebben op PDL, bij het toepassen van PDL en in welke mate deze aanwezig zijn op de Bongerd. Twee leden van de projectgroep zijn één ochtend teruggekomen om samen met een medewerker de aanwezige materialen in kaart te brengen (zie [bijlage 8](#)).

Op de Bongerd maken medewerkers gebruik van verschillende hulpmiddelen die ook binnen PDL gebruikt kunnen worden, zoals incontinentiemateriaal, glijzeilen, tilliften (passief en actief), rolstoelen met blad, Swash doekjes, verzwaarde dekens, decubitus matrassen en fleece dekens.

2.4 PDL INDICATIEFORMULIEREN

Om te kijken of PDL een passende methode is voor unit de Bongerd heeft de projectgroep de PDL indicatieformulieren laten invullen door medewerkers voor alle bewoners op de vier afdelingen. Deze PDL indicatieformulieren zijn officiële formulieren van de stichting PDL om een zorgvrager te indiceren op PDL (Stichting PDL, 2011). Deze formulieren zijn terug te vinden in [bijlage 4](#). De formulieren zijn onderverdeeld in drie PDL kenmerken; factoren, symptomen en signalen. Deze kenmerken staan in paragraaf 1.3.1 uitgewerkt. De zorgswaarte die in de formulieren staan, worden op een schaal van 1 (minst zwaar) tot 10 (meest zwaar) aangegeven. Hieronder is per afdeling een analyse gemaakt over de uitkomsten van de PDL indicatieformulieren. Ook is er een algemene conclusie geschreven over unit de Bongerd. Er zijn 41 formulieren verspreid. Hiervan zijn 37 PDL indicatieformulieren geretourneerd. In [bijlage 4](#) zijn de statistieken en tabellen van de PDL indicatieformulieren terug te vinden.

Bongerd 1

Bij Bongerd 1 blijkt dat bij vijf van de acht bewoners minimaal één van de zeven PDL factoren aanwezig zijn. De factoren 'gewassen worden', 'gekleed worden' en 'verschoond worden' komen het meest voor en de factor 'zitten' het minst. De zorgswaarte op Bongerd 1 wordt door de persoonlijke en woonbegeleiders gemiddeld ervaren als een 5. Bij vier van de acht bewoners komen 'contracturen', 'afweerspanning bij aanraking', 'afwijzend gedrag', 'onrust/roepen' en 'agressie' of één van deze symptomen voor. Bij deze bewoners komt geen 'decubitus' en 'afweerspanning' voor. Uit de PDL indicatieformulieren blijkt dat bij vier van de acht bewoners zich minimaal één PDL signaal voordoet. Één bewoner scoort op bijna alle PDL signalen. Het signaal 'de bewoner zit onderuit of scheefgezakt' komt het meest voor.

Bongerd 2

Bij Bongerd 2 blijkt dat bij tien van de twaalf bewoners meer dan twee PDL factoren voorkomen. Bij deze tien bewoners zijn 'gewassen worden' en 'gekleed worden' het grootste probleem. 'Liggen' is hierbij het minst voorkomende probleem. Voor de zorgswaarte wordt door de persoonlijke en woonbegeleiders gemiddeld een 6 gegeven. Bij zes van de twaalf bewoners komen symptomen voor. De meest voorkomende symptomen zijn 'afweerspanning bij aanraking' en 'afwijzend gedrag'. 'Decubitus' en 'onrust/roepen' komen het minste voor. In de PDL indicatieformulieren is aangegeven dat twaalf van de zestien signalen bij bewoners voorkomen. De twee meest voorkomende signalen 'zitten is vermoeiend voor de bewoner' en 'transfers zijn (te) zwaar/onplezierig voor de verzorgende'.

Bongerd 3

Op Bongerd 3 zijn er bij acht van de tien bewoners minimaal vijf van de zeven PDL factoren aanwezig. De overige twee bewoners komen niet in aanmerking voor PDL. Deze bewoners scoren op geen van de PDL factoren en hebben een zorgswaarte van 1 of 2. De gemiddelde zorgswaarte is 6. De PDL factoren waarop het meeste gescoord is, zijn 'gewassen worden', 'gekleed worden' en 'verschoond

worden'. Uit de PDL indicatieformulieren blijkt dat bij vijf van de tien bewoners PDL symptomen voorkomen. 'Agressie' en 'decubitus' komt bij geen van deze bewoners voor. 'Afweerspanning bij aanraking' en 'onrust/roepen' komt het meest voor. Het blijkt dat bij acht van de tien bewoners minimaal één PDL signaal voor komt. Drie bewoners hiervan score op bijna alle PDL signalen. De overige twee bewoners scoren op geen van de PDL signalen. Dit zijn dezelfde twee bewoners die bij de PDL factoren naar voren kwamen en ook niet in aanmerkingen kwamen voor PDL. Er wordt het hoogste gescoord op 'de toiletgang/het verschonen is (te) zwaar/onplezierig voor de bewoner' en 'transfers zijn (te) zwaar/onplezierig voor de verzorgende'

Bongerd 4

Het blijkt dat bij zeven van de acht bewoners minimaal twee van de zeven PDL factoren aanwezig zijn. De meest voorkomende factoren zijn 'gewassen worden', 'gekleed worden', 'verschoond worden', 'verplaatst worden' en 'gevoed worden'. De zorgzwaarte wordt gemiddeld als een 7 ervaren. Uit de PDL indicatie formulieren blijkt dat bij zes van de zeven bewoners PDL symptomen voor komen. 'Contracturen' en 'afweerspanning' komen hierbij het meest voor. 'Decubitus' komt het minst voor. Uit de PDL indicatieformulieren blijkt dat bij zeven van de acht bewoners minimaal één signaal voorkomt. Het meest voorkomende signaal is 'bewoner ligt niet ontspannen'. Het minst voorkomende signaal is 'de toiletgang/het verschonen is (te) zwaar/onplezierig voor de bewoner. Eén bewoner scoort op bijna alle PDL signalen.

2.5 MEELOOPDAGEN OP PDL GECERTIFICEERDE INSTELLINGEN

De projectgroep heeft PDL gecertificeerde instellingen bezocht. Op 'De Blaauwe Hoeve' in Oostburg heeft de projectgroep een dag meegelopen en op 'De Stelle' in Hulst is er deelgenomen aan een informatiedag. De projectgroep heeft gebruik gemaakt van open interviews om snel informatie te krijgen en onmiddellijk door te kunnen vragen als daartoe aanleiding bestaat. Op deze manier is een beter beeld verkregen over hoe PDL wordt toegepast in de praktijk.

2.5.1 DE BLAAUWE HOEVE

De Blaauwe Hoeve is de eerste PDL gecertificeerde instelling in Nederland. Dit verpleeghuis is ingedeeld in diverse afdelingen; een revalidatieafdeling, een somatische afdeling en een psychogeriatrische afdeling. Voordat de projectgroep in de praktijk ging kijken is er eerst een interview geweest met de opleidingscoördinator en een medewerker waarin veel informatie is verkregen.

PDL brengt veel verandering met zich mee. Dit vraagt veel van het team en familie/wettelijk vertegenwoordiger. Er ligt een lading op PDL. PDL wordt namelijk toegepast bij passieve bewoners. De (deel) passiviteit van de bewoners zal geaccepteerd moeten worden door de medewerkers en familie. Deze zorgmethode wordt geïntegreerd in het zorgplan zonder hier een stempel aan te geven. Dit kan namelijk een spanningsveld geven voor familie/wettelijk vertegenwoordigers of medewerkers. De medewerkers zien veel voordelen in de PDL- methode zowel voor bewoner als voor het team. De bewoner is meer ontspannen en de methode heeft een positieve uitwerking op het gedrag. Wanneer de medewerkers eenduidige handelen zal er vertrouwen worden gecreëerd.

PDL specialisten bij de Blaauwe Hoeve hebben aangegeven dat PDL een passende methode zou zijn voor verstandelijk beperkte bewoners. Er zijn een aantal bruikbare tips gegeven voor het invoeren en toepassen van PDL. De volledig notulen zijn terug te vinden in [bijlage 5](#).

2.5.2 DE STELLE

De Stelle is een verpleeghuis waar mensen verblijven die meestal langdurige verpleging, behandeling en verzorging nodig hebben. Er wordt verzorging geboden aan mensen met zowel lichamelijke als psychische stoornissen. Er is gestart met theorie over PDL in de ochtend en na de middag is de projectgroep met oefeningen met betrekking tot PDL aan de slag gegaan. De essentie is hieronder beschreven.

De instelling maakt gebruik van de PDL protocollen van de stichting PDL. Het protocol geeft een duidelijke uitleg over de handeling. De instelling maakt aan bed gebruik van geheugensteun kaartjes voor de PDL protocollen omdat de bestaande protocollen erg uitgebreid zijn. Één keer per jaar worden medewerkers getoetst op kennis en vaardigheden.

De PDL methode wordt niet bij alle bewoners toegepast. Alleen bij (deels) passieve bewoners. De PDL factoren worden in het MDO afgesproken. Er wordt afgesproken op welke (deel) factoren PDL kan worden toegepast. Naast de methode PDL wordt er met de benaderingswijze belevingsgericht gewerkt. De PDL specialist van de Stelle benadrukte het belang van haptonomie.

Medewerkers geven aan dat er veel verschil is gemerkt voor en na het gebruik van PDL, zowel voor de bewoners als voor de medewerkers. Door de PDL methode wordt de bewoner onder andere minder gedraaid. Vooraf worden folders gegeven aan familie/wettelijke vertegenwoordigers over het gebruik van de PDL methode.

De opleidingscoördinator gaf aan dat PDL goed bruikbaar is binnen de verstandelijk beperkten sector. De volledige notulen is terug te vinden in [bijlage 5](#).

2.6 DE WERKGROEP BIJEENKOMSTEN

Aan het begin van het afstudeerproject is er een werkgroep opgericht. Deze bestaat uit een ergotherapeut, diëtiste, twee senior begeleiders en de projectgroep. Er zijn vijf werkgroep bijeenkomsten geweest. Vanuit actieonderzoek wordt aangegeven dat het belang van werkgroep bijeenkomst in relatie staat tot het creëren van empowerment/wederkerige adequaatheid en draagkracht/probleem analyse (Migchelbrink, Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn, 2007). Hieronder staan de uitkomsten opgesomd. Zie [bijlage 9](#) voor de volledige uitwerking.

Werkgroep bijeenkomst 1

Tijdens de eerste werkgroep bijeenkomst is er kennis gemaakt met de werkgroepleden. Daarnaast is er uitleg gegeven over actieonderzoek. Aan de hand van een Mindmap heeft de werkgroep zich georiënteerd op problemen die er liggen op de Bongerd. Als centraal onderwerp is gekozen voor 'De ouderwordende bewoner op de Bongerd'. Rondom dit onderwerp zijn alle problemen beschreven die genoemd zijn door leden van de werkgroep. Alle problemen die genoemd zijn, zijn verwerkt in een visgraatmodel die terug te vinden is in de diagnostische fase. Ook zijn er een aantal oplossingen genoemd die meegenomen zullen worden bij de implementatie. Aan het einde van de bijeenkomst zijn concrete vervolgafspraken gemaakt met betrekking tot het aanleveren van stukken, feedback geven en verwerken en geëvalueerd op de bijeenkomst.

Werkgroep bijeenkomst 2

Tijdens de tweede werkgroep bijeenkomst is er terug gekomen op het probleem om meer duidelijkheid te creëren. Er werd gestreefd naar een gezamenlijke probleemstelling. Er is gebleken dat er meer onderzoek nodig is omdat nog niet duidelijk is waar alle problemen liggen met betrekking tot voorzieningen en maatregelen. Er moet door de projectgroep gekeken worden welke materialen aanwezig zijn op de afdeling, zodat in beeld gebracht wordt of men beschikt over de

juiste materialen om met PDL te kunnen werken. Tevens zal de projectgroep uitzoeken welke maatregelen toepasbaar zijn om continuïteit op unit de Bongerd te waarborgen.

Werkgroep bijeenkomst 3

Doordat niet alle doelen zijn behaald aan het einde van de vorige werkgroep bijeenkomst is de werkgroep verder gegaan met de opgestelde doelen van werkgroep bijeenkomst 2. Er is een definitieve probleemstelling vastgesteld. Aansluitend op de probleemstelling, is er een doelstelling opgesteld met deelvragen die zullen leiden naar de oplossing.

Daarna is er gekeken naar oplossingen en acties aan de hand van het werkplanframe (zie ontwikkelingsfase). Er is gekeken gebrainstormd over mogelijke oplossingen en wie betrokken zullen moeten worden voor de implementatie. Omdat er niet genoeg tijd was, is er afgesproken dat de projectgroep de gegevens invult in het werkplanframe en deze stuurt naar de overige leden van de werkgroep om te verifiëren of iedereen het hiermee eens is.

Werkgroep bijeenkomst 4

Tijdens de vierde bijeenkomst heeft de werkgroep het werkplanframe besproken. De stappen uit het werkplanframe zijn één voor één doorlopen. Tijdens dit overleg is kritisch gekeken naar alle punten. De projectgroep heeft gezien de tijd, geen tijd meer gehad om de procesevaluatie en effect evaluatie van het werkplanframe te bespreken. Daarom is er een extra bijeenkomst gepland om het volledig af te kunnen ronden.

Werkgroep bijeenkomst 5

Tijdens de vijfde werkgroep bijeenkomst is het werkplanframe doorgesproken. Hierin heeft de werkgroep per stap de laatste feedback van de werkgroep, na de aanpassingen door de projectgroep, besproken en de laatste dingen kortgesloten wat er gedaan moet worden voor de laatste weken van het afstudeerproject. Hierin is een overeenstemming bereikt. Er zijn concrete punten uitgekomen waar de projectleden mee aan de slag konden gaan om het werkplanframe tot een goed eindresultaat te brengen.

2.7 THEORETISCHE ONDERBOUWING

De clustermanager heeft aangegeven dat hij theoretische onderbouwing wil zien van de zorgmethode PDL met de link naar verstandelijk beperkten. De projectgroep is hiernaar op zoek gegaan. Via de zoekmachines Google Scholar, Cochrane, Pubmed, Invert, Felix, Picarta en Cinahl, is er gezocht naar literatuur voor de theoretische onderbouwing en verantwoording. Er is gezocht met de zoektermen 'Aging with disability', 'Epilepsie', 'Mentally Retarded', 'Ouderdomsproblematiek', 'Passiviteiten Dagelijks Leven', 'PDL', 'Powerless in daily living', 'Belevingsgerichte zorg', 'Haptonomie', 'Dementie' en 'Verstandelijk beperkten'. In de databanken Google Scholar, Cochrane en Pubmed is bruikbare literatuur gevonden.

Definitie PDL

Dit is het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet zijn terug te dringen (Halem, Herpen, & Rooyen, 2011).

PDL kent een aantal hoofddoelen die nagestreefd worden bij het toepassen van de methode:

- Optimaal behoud van mobiliteit in de gewrichten en volledige ondersteuning van het lichaam waarbij decubitus en contracturen worden uitgesloten of in ieder geval beperkt. De bloedsomloop wordt tevens bevorderd
- Streven naar optimale leefbaarheid voor de passieve mens
- Verbetering van de kwaliteit van zorg

- Het streven dient gericht te zijn op optimale leefbaarheid voor de passieve mens. Hoe kleiner iemands leven wordt, des te zwaarder gaan de factoren wegen die de leefbaarheid van dat “kleine(re)” leven bepalen (Dijk G. v., Care of people who are Powerless in Daily Living, 2008)

Haptonomie als basis voor PDL

Om te komen tot een verduidelijking van de relatie tussen PDL en haptonomie worden de definities van beide begrippen uitgelegd. De definitie van PDL staat al eerder beschreven in deze theoretische onderbouwing (Beeftink, 2006).

Haptonomie is wetenschap van de affectiviteit. Men houdt zich bezig met de relatie tussen de tast en het gevoelsleven, en is zowel lichaam- als mensgericht. Het toepassen van haptonomie is te beschouwen als een benaderingswijze, waarbij er sprake is van een persoonlijke ontmoeting van mens tot mens (Veldman, 2003).

Hoewel het menselijke contact bij beide centraal staat, is PDL praktisch van aard. Haptonomie zegt, door een voortdurende wisselwerking tussen theoretische doordenking en praktische verkenning, een wetenschappelijk karakter te hebben en is beleving- en gevoelsgericht (Veldman, 2003).

Wat PDL en haptonomie binden, is een overlappende mensvisie, waarbij wordt uitgegaan van het accepteren van de passiviteiten en beperkingen, dat hoort bij de mens (Beeftink, 2006).

(Wetenschappelijk) onderzoek

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effecten van PDL. In het proefschrift van Gea van Dijk is de zorgverlening volgens ‘Passiviteiten Dagelijks Leven’ (PDL) beschreven. PDL wordt in toenemende mate toegepast in de Nederlandse en Vlaamse ouderenzorg en men ervaart hierbij positieve effecten op de kwaliteit van leven van de cliënt. Het sluit aan bij het huidige denken over zorg en de ontwikkelingen binnen de zorg. Met PDL wordt vraaggericht antwoord gegeven op de zorgvraag van cliënten met een hoge of volledige zorgafhankelijkheid waarbij geen genezing of herstel mogelijk is. Het uitgangspunt bij PDL is het loslaten van het idee van genezing of herstel in situaties waarin dat niet mogelijk is. Men richt zich hierbij op kwaliteit van leven, maakt maximaal gebruik van restactiviteit en verleent zo prettig mogelijke zorg. In het proefschrift staat beschreven dat PDL gebruikt kan worden in verpleeghuizen en andere zorginstellingen, zoals in de thuiszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten (Dijk G. v., 2008).

In 2008 heeft Gea van Dijk kwantitatief onderzoek gedaan, gericht op het inzichtelijk maken van de bekendheid met PDL, de mate waarin en de wijze waarop PDL wordt toegepast, de betrokkenheid van diverse disciplines, de cliënt of diens familie bij PDL, scholing ten aanzien van PDL, het inzichtelijk maken van de ervaren meerwaarde van PDL voor de cliënt, diens familie en de betrokken zorgverlener. Dit onderzoek heeft ook als artikel in ‘Nederlands tijdschrift voor Fysiotherapie’ gestaan. Hier is een analyse gemaakt volgens de empirische cyclus. Meer informatie over de empirische cyclus is te vinden in [bijlage 11](#). Er is gebruik gemaakt van twee gestructureerde vragenlijsten die ontwikkeld zijn voor dit onderzoek. De eerste algemene vragenlijst is gericht op bekendheid met PDL en de mate waarin PDL wordt toegepast. De tweede vragenlijst is gericht op de wijze van toepassen van PDL.

Het onderzoek heeft inzicht gegeven in de stand van zaken van PDL. De resultaten geven aan dat bekend met en gebruik van PDL onder de respondenten groot is. Er is sprake van een gestructureerde belevingsgerichte werkwijze met betrokkenheid van meerdere disciplines. Meerwaarde wordt vooral ervaren in de zin van een verhoging van het welzijn en tevredenheid van de cliënt, de familie en de medewerkers. Hieronder staan de effecten die tijdens dit onderzoek waargenomen zijn bij het toepassen van PDL (Dijk G. v., 2008).

Effecten op patiënten:	Nederland N = 50	België N = 23	totaal N = 73
Minder spanning	98%	91%	96%

Hogere tevredenheid/welzijn	90%	87%	89%
Beter functioneren, positieve gedragsveranderingen	60%	48%	56%
Minder decubitus	38%	83%	52%
Minder contracturen	44%	65%	51%
Minder medicatie	28%	17%	25%
Meer greep op het dagelijks leven	8%	13%	10%
Anders	16%	9%	14%
Effecten op familie:	N = 42	N = 18	N = 60
Hogere tevredenheid	74%	79%	77%
Betere communicatie met zorgverleners	43%	37%	42%
Meer houvast	21%	21%	22%
Anders	17%	16%	17%
Effecten op medewerkers:	N = 49	N = 21	N = 70
Meer betrokkenheid	85%	81%	84%
Hogere arbeidssatisfactie	79%	43%	68%
Betere interdisciplinaire samenwerking	60%	86%	68%
Onzekerheidsreductie	19%	14%	18%
Lager ziekteverzuim	13%	0%	9%
Anders	15%	14%	15%

Tabel 2 Ervaren effecten op patiënten, familie en zorgverleners (PDL, 2007)

In 2005 heeft Gerrit de Graaf kwalitatief onderzoek gedaan naar de effecten van PDL binnen Zorggroep Solis (psychogeriatric) bij zowel hulpvragers als hulpverleners. De conclusie van dit onderzoek is dat PDL volledig gedragen en geïntegreerd is, waardoor hulpverleners zich volledig instellen op de belevingswereld van hulpvragers. PDL hulpmiddelen dragen bij tot vermindering van de lichamelijke en geestelijke belasting van hulpverleners, doordat bewoners minder belast worden. Het toepassen van PDL heeft positieve invloed op rust en ontspanning van hulpverleners. Één op één benadering is positief van invloed op de angstbeleving door hulpvragers. Hulpvragers richten zich op die ene hulpverlener en door de rustige omgeving neemt angst af. Het vermijden en voorkomen van onverwachte geluiden draagt eraan bij dat er geen angstgevoelens worden opgeroepen. Het minder trekken aan bewoners, tijdens de hulpverlening, draagt er aan bij dat hulpverlening door middel van soepele bewegingen gebeurt, met als gevolg een afname van abrupte bewegingen die angst kunnen oproepen bij hulpvragers. PDL heeft een positieve invloed op het welbevinden van psychogeriatricische hulpvragers. Doordat er geen verwachtingen zijn ten aanzien van inzet door de hulpvrager, met betrekking tot de dagelijkse levensverrichtingen, is de kans dat er sprake is van overbelasting van de hulpvrager minimaal. Dit uit zich in een toename van ontspanning. Door deze non verwachtingen en de rustige omgeving worden er geen omstandigheden gecreëerd waarop hulpvragers hoeven te reageren met angst. Doordat er geen angstgevoelens opgeroepen worden heeft dit een positief effect op het voorkomen van onrust. In relatie met elkaar is het te zien als een ketenreactie waarin sprake is van een verhoogde ontspanning, met als effect voorkomen van angst, wat leidt tot afname van onrust. De relatie tussen hulpvrager en hulpverleners is in intensiteit toegenomen door te werken volgens PDL. De kwaliteitsbeleving van het werk is verbeterd na invoering PDL (Graaf, 2006).

Pilot

Lenneke Waterschoot is werkzaam als ergotherapeut binnen Stichting Prisma. Prisma ondersteunt mensen met een verstandelijke, meervoudige en lichamelijke beperking in Midden- en West Brabant. Lenneke had ervaring met PDL in de verpleeghuissector en ze was ervan overtuigd dat veel cliënten van Prisma baat konden hebben bij PDL. Door gesprekken met haar collega's te voeren en een presentatie te houden wist ze mensen op de werkvloer en bij het management te enthousiasmeren,

dat besloten werd een PDL pilot te starten. Er is een multidisciplinaire werkgroep PDL opgericht en samen met het Albeda College werden scholingsplannen gemaakt. In 2004 is er een pilot gestart met drie cliënten in verschillende woonvoorzieningen. Alle drie de cliënten zijn meervoudig complex gehandicapt met een ontwikkelingsniveau van 2 tot 3 maanden. Bij deze drie cliënten zijn veel medewerkers betrokken, die in PDL werden geschoold. Zowel in de woonvoorzieningen als de activiteitencentra en in later stadium ook bij de nachtverzorgers. Tijdens de scholing raakten velen enthousiast. Niet alleen over hun pilotcliënten, maar tegelijk over iedereen. Inmiddels worden allerlei PDL technieken op meerdere cliënten toegepast. De pilot leidde tot veel discussies op de werkplek. Het spanningsveld tussen het activeren van restmogelijkheden en het accepteren van passiviteit vormde het belangrijkste onderwerp. Sommigen hadden de angst dat cliënten nog passiever zouden worden en achteruit zouden gaan als je ze niet meer zou prikkelen tot actie, zoals het zetten van een paar stappen. De praktijk liet het omgekeerde zien. Door iemand in een (deel)passiviteit te accepteren, ontstond er rust, ruimte en energie voor andere dingen. Doordat communicatie met deze cliënten moeilijk is, is het belangrijk om ervaringen uit te wisselen met het cliëntennetwerk, waaronder familie en wettelijk vertegenwoordiger (PDL, 2007).

Link PDL met betrekking tot verstandelijk beperkten

‘Door de toegenomen levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking neemt het aantal ouderen toe’ (Maaskant & Hoekman, 2007).

De ouderenpopulatie van mensen met een verstandelijke beperking is qua behoefte aan verpleegzorg te vergelijken met de populatie van verpleeghuizen. De zintuiglijke stoornissen die bij mensen met een verstandelijke beperking optreden als gevolg van het ouder worden, treden even vaak op als bij de algemene bevolking. Echter zijn de stoornissen bij verstandelijk beperkten vaak ernstiger dan bij andere ouderen (Zorginstellingen, 2003). Dat komt doordat veel mensen met verstandelijke beperkingen vaak hun hele leven chronische aandoeningen hebben. Bij de bestaande chronische aandoeningen komen de ouderdomsaandoeningen voor, en/of de aanwezige aandoeningen worden erger (Maaskant & Hoekman, 2007). In het onderzoek ‘Veroudering bij mensen met verstandelijke beperkingen’ van Maaskant en Hoekman wordt dit nogmaals bevestigd.

Wanneer men ouder wordt, krijgt men vaak te maken met verschillende ouderdomsproblematiek. Dit geldt ook voor de oudere verstandelijk beperkte mensen. Veel voorkomende problemen zijn dementie, apathie, claimen, agressie, dwangmatig gedrag, bewegingsstoornissen, roepen, depressief, achterdocht, angst en affectlabiliteit (Allewijn & Miesen, 2010).

Belevingsgerichte zorg

‘Belevingsgerichte zorg richt zich op de zorg voor mensen met dementie, maar is ook in ontwikkeling op afdelingen voor somatische verpleeghuiszorg, bij de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en in de psychogeriatrische thuiszorg’ (Hornman & Kersten, 2011).

De groei van het aantal ouderen in de intramurale zorg heeft ook tot gevolg dat binnen de gehandicapte zorg, in algemene zin, het accent van de zorg gaat verschuiven. Het gevolg hiervan is een toenemende behoefte aan andersoortige zorgvoorzieningen (snoezelruimte in verband met dementie, etc.) Deze behoefte zal in de toekomst alleen maar verder toenemen naarmate de levensverwachting van deze grotere groep ouder wordende verstandelijk gehandicapten groeit.

Daarnaast komen samenwerkingsverbanden met verpleeg- en verzorgingshuizen, met name voor dementerende verstandelijk gehandicapten van de grond. Deze samenwerking bestaat voornamelijk uit het in gebruik nemen van de voorzieningen van het verpleeg-/verzorgingshuis en het samen organiseren van dagbesteding (Zorginstellingen, 2003).

Uit het onderzoek ‘Meerwaarde en kosten van belevingsgerichte zorg bij dementie’ van Dröes en Finnema, is gebleken dat belevingsgerichte benaderingen de tevredenheid van mensen met dementie vergroten, de communicatie verbeteren en inactiviteit, agressie, agitatie, angstig en paranoïde gedrag en nachtelijke onrust verminderen.

In de omgang met mensen met dementie kunnen zorgverleners verschillende benaderingswijzen en methoden toepassen. In geïntegreerde belevingsgerichte zorg is sprake van toepassing van verschillende belevingsgerichte benaderingswijzen bij het maken van contact met de dementerende. Naast (non-) verbale empathische communicatietechnieken uit de validation worden communicatiestrategieën toegepast uit de realiteitsoriënterende benadering (ROB) en reminiscentie. Er wordt ook lichamelijk contact gemaakt, zoals bij snoezelen en PDL. Een deel van deze benaderingen wordt als losse interventie aangeboden, maar de meeste worden in de dagelijkse zorg toegepast, zowel apart als geïntegreerd in de zorg (B&B, 2005).

2.8 CONCLUSIE

De projectgroep heeft naar aanleiding van de oriëntatiefase onderzocht of PDL toepasbaar is bij de ouderwordende bewoners op unit de Bongerd. Vanuit bovenstaande paragrafen is een algemene conclusie beschreven.

PDL blijkt een passende methode te zijn voor unit de Bongerd. Uitgaande van de visie van unit de Bongerd, oriënterende gesprekken met clustermanager, observatie op unit de Bongerd, PDL indicatieformulieren, werkgroep bijeenkomsten en theoretische onderbouwing kan PDL een verlengstuk vormen op de Bongerd. Deze methodiek zou voor een aantal bewoners en ook voor hun begeleiders nu en later aanvullende kwaliteitsverbetering kunnen opleveren. Uit de PDL indicatieformulieren blijkt dat bij 27 van de 37 bewoners PDL toepasbaar is. De zorgzwaarte wordt door de medewerkers gemiddeld beoordeeld met een 6 op een schaal van 1 op 10. Uit de observaties is gebleken dat medewerkers van unit de Bongerd onbewust al gebruik maken van een aantal PDL technieken zoals de keypoints en schommelbewegingen.

3. DIAGNOSTISCHE FASE

3.1 INLEIDING

De projectgroep heeft zich in de oriëntatiefase verder georiënteerd op unit de Bongerd, het probleem en onderzocht of PDL toepasbaar is bij de ouderwordende bewoners op unit de Bongerd. In de diagnostische fase wordt gekeken naar de probleemanalyse waar een probleemstelling uit voortgekomen is. De projectgroep gaat hierbij in op de problemen die naar voren zijn gekomen in de oriëntatiefase en het Visgraat model. In eerste werkgroep bijeenkomst, heeft de werkgroep zich georiënteerd op de problemen van unit de Bongerd met behulp van Mindmappen. Om de problemen die naar voren zijn gekomen aan de hand van Mindmappen overzichtelijk weer te geven heeft de projectgroep het Visgraatmodel gebruikt om de problemen te clusteren en de oorzaken te achterhalen. Hierbij heeft de projectgroep ook gekeken naar de problemen die naar voren zijn gekomen in de oriëntatiefase. Alle onderdelen in het visgraatmodel zijn apart uitgewerkt per probleem. Dit is hieronder kort weergegeven. De uitgebreide uitwerkingen zijn te vinden in [bijlage 6](#). In de werkgroep zijn de problemen besproken en is er onderscheid gemaakt in hoofdproblemen en subproblemen. Dit komt terug in de conclusie. Aan de hand van de oriëntatiefase en het visgraatmodel is de probleemstelling opgesteld in werkgroep bijeenkomst vier. Bij de probleemstelling zijn deelvragen opgesteld, gevolgd door de doelstelling.

3.2 PROBLEEMANALYSE

Uit de werkgroep bijeenkomsten zijn een aantal problemen en oorzaken benoemd, die door de projectgroep zijn onderbouwd met theorie en geclusterd in de onderwerpen bewoners, medewerkers, organisatie, methode en materiaal. Hieronder staat een korte omschrijving van de problemen per cluster. De complete uitwerking is terug te vinden in [bijlage 6](#).

Bewoners

Op de Bongerd wonen bewoners met verstandelijke beperking en epilepsie met bijkomende ouderdomsproblematiek. Problemen waarmee bewoners steeds meer te maken krijgen zijn cognitieve, fysieke en zintuiglijke achteruitgang en sensorische integratie. Het wordt voor hen steeds moeilijker om te communiceren, zowel met medewerkers als medebewoners. Hierdoor wordt ook hun sociale netwerk steeds beperkter. De bewoners gaan ander gedrag vertonen, dat men 'moeilijk verstaanbaar gedrag' noemt. Doordat ze ouder worden krijgen ze met allerlei ouderdomsziektes te maken waardoor zij steeds beperkter worden in wat ze kunnen. Iedere bewoner heeft zijn eigen individuele benadering nodig.

Medewerkers

Voor medewerkers op unit de Bongerd geldt dat zij hun benaderingswijze moeten aanpassen tijdens zorgmomenten. Dit kan voor en probleem zorgen omdat iedereen een andere wijze benadert, maar bewoners hebben behoefte aan eenduidige benadering. Er werken mensen met verschillende functies en dus is er verschil in deskundigheid. Er is in de werkgroep aangegeven dat er tekort is aan haptonomische benaderingswijzen en ergonomisch handelen. Hierin zou winst behaald kunnen worden. Passiviteiten dienen geaccepteerd te worden. Volgens de werkgroep voelen medewerkers een hoge werkdruk en is er weinig tijd. Medewerkers moeten vaak keuzes maken en kunnen niet op alle behoeftes ingaan. De fysieke belasting wordt steeds zwaarder voor medewerkers.

Organisatie

Hedendaagse bezuinigingen in de gezondheidszorg zijn een actueel probleem. Er is weinig geld beschikbaar voor scholing en middelen. Ook de clustermanager geeft aan dat goede theoretische

onderbouwing nodig is om de nodige scholing, middelen of andere maatregelen die nodig zijn voor implementatie door te drukken.

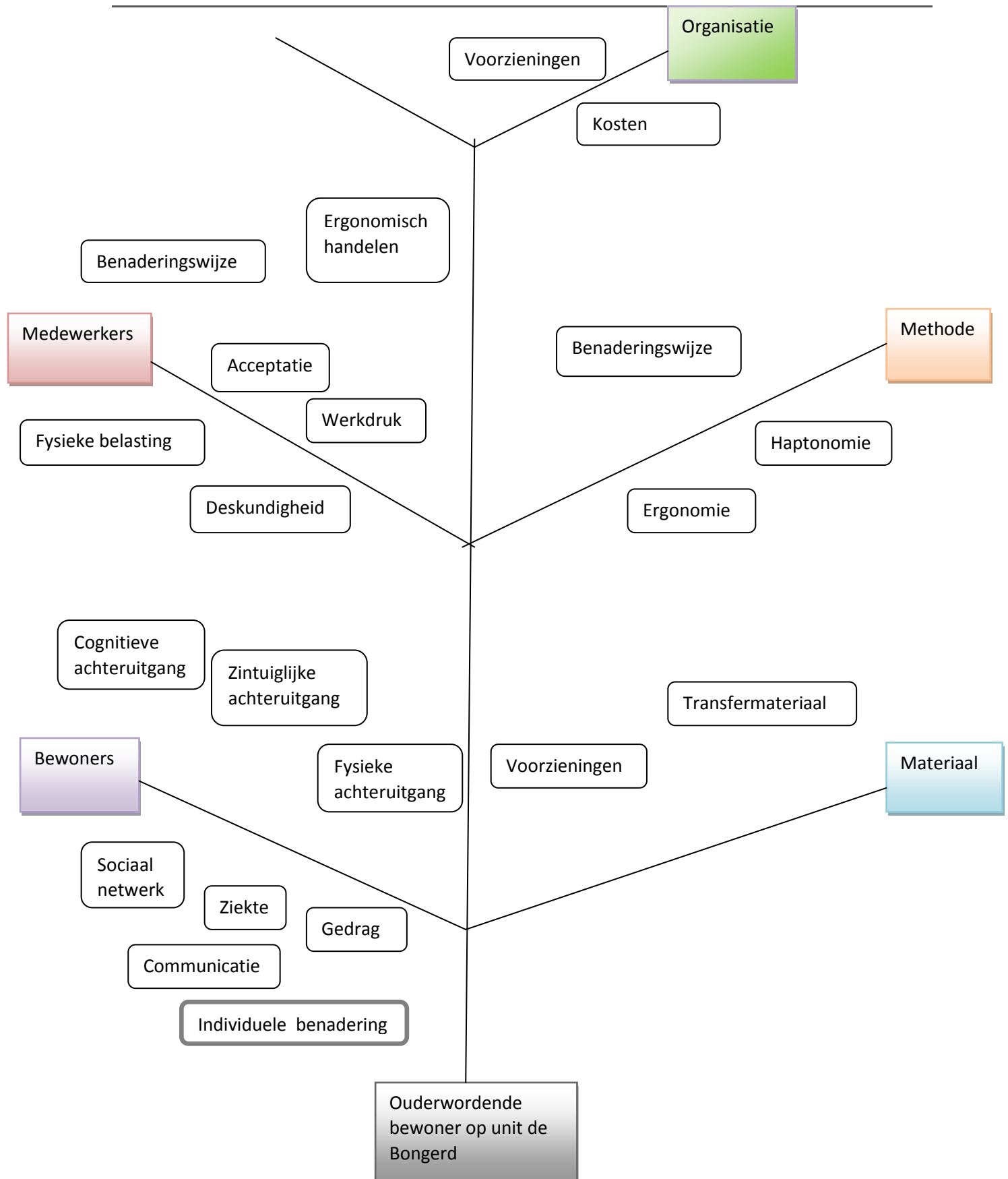
Methode

Iedere bewoner heeft een andere benaderingswijze. Op de Bongerd worden verschillende wijzen toegepast. Medewerkers dienen rekening te houden met gevoelsbeleving van de bewoners. Medewerkers hebben haptonomische verplaatsingstechnieken, maar zijn zich er niet bewust van dat dit een onderdeel is van PDL. Er kan winst behaald worden door ergonomisch te werken. Dit scheelt tijd.

Materiaal

Personeel geeft aan dat de ADL waaronder transfers bij een aantal bewoners zwaar is. Sommige bewoners worden verzorgd met twee personen, omdat het lastig is om de zorg (met transfers) alleen te verlenen. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende materialen om het werk te verlichten zoals passieve tillift. Er zijn materialen aanwezig die bij PDL gebruikt kunnen worden.

3.2.1 VISGRAATANALYSE



3.2.2 CONCLUSIE

Aan de hand van het visgraatmodel en de expertise van de leden in de werkgroep heeft de projectgroep kunnen concluderen dat PDL een oplossing kan bieden bij de benoemde problemen. Bewoners op unit de Bongerd ervaren ouderdomsproblemen en passiviteiten komen frequenter voor op de afdeling. Volgens de ervaringen van de verschillende deelnemers in de werkgroep blijkt dat het ouder worden van de bewoners op unit de Bongerd gepaard gaat met fysieke, cognitieve en zintuiglijke achteruitgang. Op basis van de theoretische onderbouwing en literatuuronderzoek over PDL concludeert de projectgroep dat PDL een oplossing biedt voor de ouder wordende bewoner en benoemde problemen. Tijdens de werkgroep bijeenkomsten is ook gebleken dat door werknemers winst kan worden behaald op het ergonomisch handelen en het eenduidig handelen bij bewoners. Ook de werkdruk vormt een probleem voor medewerkers op unit de Bongerd. Er zijn niet genoeg werknemers om aan alle behoeften van alle bewoners te voldoen. Volgens onderzoek in de voorgaande fases, is PDL een oplossing voor medewerkers. Het effect dat de methode PDL oplevert door het structureel toepassen van vaardigheden, maatregelen en voorzieningen is volgens onderzoek positief voor medewerkers.

Echter benadrukt de werkgroep dat er niet genoeg deskundigheid en kennis onder werknemers aanwezig is om PDL in de praktijk toe te passen. Het is een voorwaarde om kennis en deskundigheid over PDL onder werknemers van unit de Bongerd te vergroten, om de methode PDL in te voeren. Daarnaast moeten andere voorwaarden, benoemt in voorgaande fases, worden doorgevoerd.

3.3 PROBLEEMSTELLING

De projectgroep beschrijft in dit hoofdstuk de probleemstelling. De voorlopige probleemstelling is aangepast tot de huidige probleemstelling, nadat er onderzoek gedaan is. De probleemstelling is gevormd aan de hand van het interview met de clustermanager, de participerende observaties van de projectgroep op unit de Bongerd, de ingevulde PDL indicatieformulieren door medewerkers en de werkgroep bijeenkomst. Tijdens de werkgroep bijeenkomst is hierover overeenstemming bereikt. Hier volgt de definitieve probleemstelling:

<i>Medewerkers op unit de Bongerd geven aan meer kennis en vaardigheden nodig te hebben met betrekking van PDL bij de dagelijkse zorg van de ouder wordende bewoner.</i>
--

Omdat de voorlopige probleemstelling aangepast is, wordt de doelstelling ook aangepast. Aan de hand van bovenstaande probleemstelling is de volgende doelstelling opgesteld:

<i>Medewerkers van unit de Bongerd geven tijdens de effectevaluatie aan dat ze over kennis en vaardigheden beschikken met betrekking tot PDL en hiermee aansluiten op de dagelijkse behoeften van de bewoners.</i>
--

Bij de voorlopige probleemstelling zijn subdoelen geformuleerd, die niet haalbaar bleken te zijn. De projectgroep heeft daarom nieuwe doelen opgesteld. Bij de doelstelling zijn de volgende subdoelen opgesteld ter verheldering:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Medewerkers op unit de Bongerd geven tijdens de effectevaluatie aan dat ze beschikken over de kennis over PDL met betrekking tot vaardigheden, voorzieningen en maatregelen.• Tijdens de effectevaluatie blijkt PDL een passende methode te zijn voor unit de Bongerd. |
|---|

4. ONTWIKKELINGSFASE

In het vorige hoofdstuk gaat de projectgroep in op de problemen en oorzaken die naar voren zijn gekomen in de oriëntatiefase en het Visgraatmodel. Waarna er een probleemstelling is opgesteld. Aan de hand hiervan is er een doelstelling met subdoelen opgesteld. Om het doel te behalen heeft de projectgroep gebruik gemaakt van een werkplanframe voor acties.

Het werkplanframe wordt in actieonderzoek als hulpmiddel aangedragen om acties voor de gestelde doelstellingen te ontwikkelen (Migchelbrink, 2007). Het werkplanframe geeft op een overzichtelijke manier het waarom, wat, hoe, wie, waar en wanneer voor de actieplannen weer. Dit zijn alle stappen die moeten worden doorlopen om de implementatie te laten slagen. (Migchelbrink, 2007). Tijdens de derde en vierde werkgroep bijeenkomst is het werkplanframe tot stand gekomen. In de hand-out staat de uitgebreide uitwerking van iedere stap uit het werkplanframe. Het werkplanframe is in samenwerking met de werkgroep opgesteld.

4.1 WERKPLANFRAME

Op de volgende pagina is het werkplanframe in een schema weergegeven. Dit zijn de stappen die gemaakt zullen worden om aan de doelstelling te werken zoals in hoofdstuk 3 beschreven staat. De doelstelling is als volgt:

Medewerkers van unit de Bongerd geven tijdens de effectevaluatie aan dat ze over kennis en vaardigheden beschikken met betrekking tot PDL en hiermee aansluiten op de dagelijkse behoeften van de bewoners.

Bij de bovenstaande doelstelling heeft de projectgroep de volgende subdoelen geformuleerd;

- Medewerkers op unit de Bongerd geven tijdens de effectevaluatie aan dat ze beschikken over de kennis over PDL met betrekking tot vaardigheden, voorzieningen en maatregelen.
- Tijdens de effectevaluatie blijkt PDL een passende methode te zijn voor unit de Bongerd.

Alle stappen vanuit het werkplanframe vinden plaats op unit de Bongerd.

Doel	Taken of activiteiten (wat)	Stappen / onderdelen (hoe)	Betrokken mensen (doelgroep)	Betrokken mensen (door wie)	Tijd start/ einde (wanneer)
1. Medewerkers informeren over de voortgang van het project.	• Informatie geven	• Gebruik maken van mail/nieuwsbrief • Schakel (intern nieuwsblad) • Bericht op intranet • Artikel • Inhoud voor informatie opstellen	• Medewerkers* • Paramedici** • Clustermanager Bongerd	• Projectgroep	Week 20 / week 21
2. Familie/ wettelijk vertegenwoordiger van de bewoners informeren over de zin van PDL.	• Informatie geven	• Stukje plaatsen in de Antenne (intern nieuwsblad voor familie) • Een folder maken • Folder geven aan persoonlijke begeleiders. Persoonlijke begeleiders geven de folder aan de familie/ wettelijk vertegenwoordiger van bewoners waarbij PDL zal worden toepast.	• Familie/ wettelijk vertegenwoordiger van de bewoners • Persoonlijke begeleiders	• Projectgroep • Persoonlijke begeleiders	Week 20/ week 22
3. Coördineren van de voortgang en behoudt van PDL.	• Werkgroep PDL opstellen	• Binnen de huidige werkgroep bespreken welke aandacht functionarissen, medewerkers en/of paramedici hiervoor geschikt zijn. • Contact opnemen met de desbetreffende personen die geschikt zijn voor de werkgroep. • Taken voor de werkgroep beschrijven • Afspraken voor de werkgroep beschrijven • Leden van de werkgroep laten scholen. Hiervoor contact opnemen met de clustermanager	• Medewerkers* • Paramedici ** • Aandacht functionarissen	• Projectgroep • Huidige werkgroep#	Week 22/ week 30

4. Handvaten bieden en zorgen voor een eenduidige aanpak.	PDL protocollen van de stichting PDL invoeren	- Contact opnemen met de beleidsmanager voor plaatsen protocollen - Afspraken maken over het plaatsen van de protocollen in de protocollenbank - Bekijken welke protocollen bruikbaar zijn voor unit de Bongerd in samenwerking met de woonbegeleider met kennis over PDL - Stichting PDL toestemming vragen voor het plaatsen van de protocollen - Medewerkers informeren over de protocollen en waar deze te vinden zijn - Geheugensteunkaartjes maken van de ingevoerde protocollen - Geheugensteunkaartje uitdelen aan medewerkers	- Medewerkers * - Paramedici **	- Projectgroep - Clustermanager - Huidige werkgroep # - Beleidsmanager - Woonbegeleider met kennis over PDL - Aankomende werkgroep ##	Week 22 / week 29
5. Eenduidige aanpak per individuele bewoner	PDL opnemen in het verpleegplan/zorgdossier van de bewoners	- Contact opnemen met de beleidsmanager i.v.m. mogelijkheden opnemen PDL in zorgdossier/verpleegplan - Afspraken met beleidsmanager maken over het verwerken van PDL in het zorgdossier - Contact opnemen met PDL instelling voor een voorbeeld dossier - Persoonlijke begeleiders bekijken in samenwerking met aandacht	- Medewerkers * - Paramedici** - Bewoners	- Projectgroep - Persoonlijke begeleiders - Aandacht functionarissen PDL	Week 26 / week 34

		functionarissen PDL per individuele bewoner op welke factoren PDL toepasbaar is • Per individuele bewoner PDL in het zorgdossier opnemen.			
6. Gebruik maken van nodige voorzieningen	• Swash doekjes • PDL kleding • Extra voorzieningen	• Swash doekjes (Hier wordt al een pilot voor gestart. De clustermanager houdt zich hier verder mee bezig) • Wat betreft PDL kleding: Inlichten / toestemming vragen aan familie en/ of wettelijk vertegenwoordiger • Langs linnenkamer gaan om uitleg te geven en na te vragen over mogelijkheden en kosten van PDL kleding • Nagaan of PDL wordt vergoed in zorgpakket • Wanneer er gemerkt wordt dat er niet voldoende voorzieningen zijn zullen deze in overleg met de ergotherapeut worden aangeschaft. Dit wordt te zijner tijd bekeken per bewoner.	• Medewerkers * • Ergotherapeut • Familie/wettelijk Vertegenwoordiger • Medewerker linnenkamer	• Projectgroep • Aankomende werkgroep ## • Ergotherapeut	Week 22 / Week 40
7. Kennis over PDL vergroten bij medewerkers om de methode te implementeren.	• Workshop geven	• Expert benaderen • Tijd/kosten berekenen voor het geven van een workshop • Contact clustermanager Bongerd i.v.m. tijd/kosten en datum • Datum plannen voor de workshop • Informatie workshop afstemmen	• Medewerkers * • Paramedici ** • Clustermanager	• Projectgroep • Expert (PDL)	Week 22 / Week 39

		op de medewerkers. Hiervoor contact opnemen met de woonbegeleider met kennis over PDL. • Informatie voor workshop opstellen in samenwerking met de expert			
8. Een pilot uitvoeren op Bongerd 4	• Eén medewerker benaderen voor het uitvoeren van de pilot • Eén bewoner uitkiezen voor het uitvoeren van de pilot	• Binnen de huidige werkgroep zal worden gekeken welke bewoner geschikt is voor de pilot • Contact opnemen met de woonbegeleider met kennis over PDL voor de casus. Zij zal contact opnemen met de persoonlijke begeleider van de bewoner • Bekijken op welke factoren PDL toepasbaar is • Plan opstellen voor het uitvoeren van de pilot. • Familie/ wettelijk vertegenwoordiger van de desbetreffende bewoner inlichten • Uitvoeren van de pilot	• Medewerkers * • Paramedici ** • Bewoner • Familie/wettelijk vertegenwoordiger van de betrokken bewoners	• Medewerkers • Persoonlijke begeleider • Bewoner • Huidige werkgroep # • Aankomende werkgroep ## • Woonbegeleider met kennis over PDL	Week 40/ week 48
9. Nagaan of de uitvoering van het nieuwe handelen naar wens verloopt of dat er op sommige punten nog een correctie nodig is.	• Proces evaluatie	• Data verzameling techniek uitkiezen • Evaluatie vragen opstellen • Evaluatie moment vaststellen	• Medewerkers * • Paramedici ** • Bewoners • Werkgroep PDL • Clustermanager	• Medewerkers • Paramedici	Week 44 (tussenevaluatie) Week 48 (eindevaluatie)
10. Nagaan of de activiteiten hebben	• Effect evaluatie	• Evaluatie momenten vaststellen • Nagaan of doelen behaald zijn	• Medewerkers * • Paramedici **	• Medewerkers • paramedici	Week 44 (tussenevaluatie)

opgeleverd wat betrokkenen ermee beoogden.		aan de hand van opgestelde evaluatievragen • Conclusie trekken • Vervolgstappen maken	• Bewoners • Clustermanager		Week 48 (eindevaluatie)
--	--	--	--	--	-------------------------

* = Seniorbegeleiders, persoonlijk begeleiders en woonbegeleiders

** = Ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist

= De projectgroep en Karin Boelens (seniorbegeleider), Francie Megens (seniorbegeleider), Sabine van Genuchten (diëtist) en Patricia Oosterveen (ergotherapeut)

= Aandacht functionarissen en eindverantwoordelijke (aankomende werkgroep, zie punt 3)

5 ACTIEFASE

5.1 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk staat het werkplanframe voor acties uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de acties die zijn uitgevoerd door de leden van de projectgroep aan de hand van de stappen die in het werkplanframe zijn uitgewerkt. De stappen die zijn verwerkt, zijn tot stand gekomen na overeenstemming bereikt te hebben in de verschillende werkgroep bijeenkomsten. In de onderstaande acties staat benoemd welke stappen er al zijn ondernomen en welke nog ondernomen moeten worden om PDL te laten slagen. De projectgroep heeft de stappen die nog ondernomen moeten worden geschreven als aanbevelingen. Dit wordt overgedragen aan unit de Bongerd. In de hand-out 'product werkplanframe' staat iedere stap volledig uitgewerkt. Dit zal als apart bestand worden bijgeleverd.

5.2 ACTIES

5.2.1 MEDEWERKERS INFORMEREN OVER DE VOORTGANG VAN HET PROJECT

Er is een bericht geplaatst op intranet van Kempenhaeghe en in de Schakel, een intern nieuwsblad, om medewerkers te informeren over de stand van zaken van het project. Daarvoor is een interview geweest met een medewerker van de interne communicatie. De projectgroep heeft gedurende het project medewerkers geïnformeerd over de voortgang van het project via e-mails en via twee nieuwsbrieven. Hierin stond informatie over de methode PDL, maar ook over de uitkomsten van onderzoek naar het onderwerp.

5.2.2 FAMILIE/ WETTELIJK VERTEGENWOORDIGERS VAN DE BEWONERS INFORMEREN OVER DE ZIN VAN PDL

Er is een bericht geplaatst in de Antenne, een intern nieuwsblad, om familie van bewoners te informeren over het project dat plaats vindt op unit de Bongerd. De projectgroep heeft een folder ontwikkeld met informatie die geschikt is voor familie van bewoners en wettelijk vertegenwoordigers van bewoners. De folder gaat niet zo zeer in op wat de methode inhoudt, maar meer op wat het voor positief effect oplevert voor de bewoner. Wanneer vastgesteld wordt dat PDL een passende methode is bij een bewoner, wordt de familie en/of wettelijk vertegenwoordiger op de hoogte gehouden. Om familie en wettelijke vertegenwoordiger te ontlasten zal deze folder pas uitgereikt worden op het moment dat de methode toegepast zal worden. Hier is voor gekozen omdat familie in het verleden heeft aangegeven dat men overspoeld werd met informatie vanuit unit de Bongerd.

5.2.3 COÖRDINEREN VAN DE VOORTGANG EN BEHOUD VAN PDL

Voor het coördineren van de voortgang en behoud van PDL heeft de werkgroep een plan opgesteld om een PDL werkgroep samen te stellen. De werkgroep zal worden opgesteld om de implementatie van PDL over te nemen en de voortgang van PDL te behouden. In de werkgroep is besproken welke personen geschikt zullen zijn voor de werkgroep. Er wordt aangeraden om de vier aandacht functionarissen til en transfer van unit de Bongerd hier voor te vragen en een fysiotherapeut of ergotherapeut als eindverantwoordelijke. De taken voor de leden van de werkgroep zijn beschreven in de hand-out. Het advies is om leden van de nieuwe werkgroep scholing te laten volgen zodat zij hun kennis en vaardigheden in het werkveld over kunnen brengen.

5.2.4 HANDVATEN BIEDEN EN ZORGEN VOOR EEN EENDUIDIGE AANPAK

De projectgroep beveelt aan om protocollen in te voeren om een eenduidige aanpak te creëren. Na advies in de werkgroep bijeenkomst heeft de projectgroep contact opgenomen met de beleidsmanager en besproken wat de mogelijkheden zijn bij het invoeren van nieuwe protocollen. De projectgroep adviseert om af te stemmen welke protocollen bruikbaar zijn voor de doelgroep op unit de Bongerd in samenwerking met een woonbegeleider met kennis van PDL. Protocollen zullen worden geplaatst op de V-schijf zodat deze toegankelijk zijn voor medewerkers van unit de Bongerd. De beleidsmanager kan de paramedische dienst toegang verlenen om deze protocollen op de V-schijf in te zien. De projectgroep heeft contact gehad met de stichting PDL voor toestemming om de protocollen te gebruiken. Voor de protocollen wordt doorverwezen naar de website van de stichting PDL.

5.2.5 EENDUIDIGE AANPAK PER INDIVIDUELE BEWONER

Om te zorgen voor een eenduidige aanpak per individuele bewoner, beveelt de projectgroep aan PDL op te nemen in het zorgplan. Het opnemen in het zorgplan is een van de randvoorwaarden die wordt beschreven in de theorie. De projectgroep heeft contact gehad met de beleidsmanager om te onderzoeken wat mogelijk is. In het zorgplan kan worden verwezen naar PDL. In het verpleegplan kan PDL daadwerkelijk worden opgenomen binnen één van de gezondheidsdomeinen. De projectgroep heeft van een PDL gecertificeerde instelling een zorgplan gekregen om te zien hoe PDL daarin verwerkt is. De projectgroep zal dit als voorbeeld aandragen. Geadviseerd wordt om de komende werkgroep deze actie te laten implementeren in samenwerking met persoonlijke begeleiders.

5.2.6 GEBRUIK MAKEN VAN NODIGE VOORZIENINGEN

Bij PDL wordt veel gebruik gemaakt van voorzieningen. De projectgroep heeft een overzicht gemaakt van voorzieningen die nodig zijn om PDL toe te kunnen passen. Daarnaast is er een overzicht gemaakt van voorzieningen die aanwezig zijn op de unit, zoals tillift en glijzijl. Een overzicht is terug te vinden in [bijlage 8](#). Er is op dit moment voldoende aanwezig om de pilot te kunnen starten. Wanneer er gemerkt wordt dat er niet voldoende voorzieningen zijn zullen deze in overleg met de ergotherapeut worden aangeschaft. Dit wordt te zijner tijd bekeken per bewoner. Er wordt al een pilot gedraaid met Swash doekjes op Bongerd 3. Om deze reden heeft de projectgroep hier geen aandacht aan besteed. Wat betreft de PDL kleding heeft de projectgroep navraag gedaan bij de linnenkamer over de kosten van het vermaken van de kleding. Dit wordt beschreven in het product 'het werkplanframe'. Buiten de mogelijkheden van de linnenkamer, zijn er ook bedrijven die PDL kleding verkopen.

5.2.7 KENNIS OVER PDL VERGROTEN BIJ MEDEWERKERS OM PDL TE IMPLEMENTEREN

Voor het implementeren van de methode PDL dient de kennis van de medewerkers en paramedici te worden vergroot. De projectgroep raadt aan om een expert op het gebied van PDL uit te nodigen om een workshop te geven op Bongerd 4. De inhoud van de workshop zal afgestemd moeten worden op de kennis van de medewerkers en paramedici van de Bongerd 4. De afstemming is noodzakelijk omdat in de werkgroep is aangegeven dat kennis en vaardigheden een meerwaarde moeten hebben boven de al bestaande kennis en vaardigheden. De projectgroep raad aan om de inhoud van de workshop af te stemmen met de woonbegeleidster die kennis heeft met betrekking tot PDL. De projectgroep heeft in samenwerking met de clustermanager van de Bongerd besproken dat de workshop gegeven zal worden in september. De projectgroep heeft contact gelegd met een expert, Ed Wiersum. Hij is fysiotherapeut en is gecertificeerd om les te geven in PDL. Hij is bereid om een workshop te geven op Bongerd 4. De projectgroep heeft hiervoor een offerte opgestuurd naar de

clustermanager. Na overleg met de werkgroep en clustermanager beveelt de projectgroep aan om de workshop te organiseren tijdens de teambespreking. De meeste medewerkers zijn aanwezig tijdens dit werkoverleg. Naast de medewerkers van de Bongerd die aanwezig zijn bij de teambespreking zullen paramedici, activiteitenbegeleiders en aandacht functionarissen 'til en transfer' worden uitgenodigd voor de workshop.

5.2.8 EEN PILOT UITVOEREN OP BONGERD 4

Tijdens de werkgroep bijeenkomsten is besloten om een pilot te draaien op Bongerd 4. De besluitvorming is mede tot stand gekomen door de uitkomsten van de PDL indicatielijsten die in de oriëntatiefase worden beschreven. De bekendheid met PDL op Bongerd 4 is een andere overweging bij de besluitvorming. Daarnaast wonen op Bongerd 4 de meeste bewoners waarbij PDL toegepast kan worden. Op Bongerd 4 wordt gestart met één bewoner. De projectgroep beveelt aan om voor de pilot acties af te stemmen met de persoonlijke begeleider en de hoofdbehandelaar. De projectgroep heeft een plan opgesteld met alle stappen die nodig zijn om de pilot te laten slagen, zodat PDL uiteindelijk op alle afdelingen van unit de Bongerd ingevoerd kan worden.

5.2.9 PROCESEVALUATIE

De projectgroep beveelt aan om na te gaan of activiteiten op de juiste wijze en naar tevredenheid zijn uitgevoerd. Om te zorgen voor een goede evaluatie waarbij alle punten aan bod komen, heeft de projectgroep een plan opgesteld. Hierin wordt de evaluatiemethode uitgelegd waarbij tevens doelen gesteld worden met bijbehorende evaluatievragen.

5.2.10 EFFECTEVALUATIE

Om te kunnen meten of PDL effect heeft en of doelen behaald zijn, is er door de projectleden een plan opgesteld voor de effectevaluatie. De projectgroep heeft hiervoor een aantal doelstellingen opgesteld met evaluatievragen om na te gaan of de doelstellingen behaald zijn. De werkgroep beveelt aan om het effect op basis van kwalitatieve en subjectieve gegevens te verzamelen.

Door de bijkomende problematieken, zoals epilepsie, bij bewoners, is niet uit te sluiten dat het effect op de bewoner daadwerkelijk is bewerkstelligd door de invoering van PDL. De projectgroep beveelt aan om de evaluatie door de nieuwe werkgroep uit te voeren.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Omdat er in de schriftelijke verantwoording regelmatig afkortingen en termen gebruikt worden die niet iedereen kent, heeft de projectgroep besloten om een verklarende woordenlijst toe te voegen aan dit verslag. Hiermee hoopt men duidelijkheid te creëren over besproken onderwerpen.

Aandacht functionaris

De aandacht functionaris is de link tussen werkgroep en praktijk. Degene begeleidt en coacht de medewerkers in de praktijk.

AbvaKabo FNV

Dit is een vakbond in de publieke sector. De vakbond zet zich in voor de belangen van werknemers in verschillende beroepen: van ziekenhuizen tot postkantoren, van universiteit tot openbaar vervoer. (FNV, 2009 - 2012)

Actieonderzoek (AO)

Dit is een wijze van onderzoek dat zich bezig houdt met praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden in hun dagelijks handelen in hun woon/leefsituatie, werksituatie of beroepspraktijk (Migchelbrink, 2007).

Adaptief gedrag

Aanpassing van het organisme of van de psyche aan gewijzigde omstandigheden (Jochems, 2012).

ADL

Activiteiten van het dagelijks leven (Jochems, 2012).

Affectlabiliteit

Het als reactie op een soms minieme gebeurtenis omslaan van een positief naar een negatief affect of omgekeerd (Jochems, 2012).

Affectiviteit

Het vermogen de gebeurtenissen in het leven te verbinden met lust- en onlustgevoelens. (Encyclo, Encyclo, 2012)

Afweerspanning

De reactie die wordt opgeroepen als verdediging van onaangename gevoelsprikkels. Paratonie of spasticiteit is de aanwezigheid van een abnormale tonus die niet bewust ongedaan gemaakt kan worden. (Rix, 2003)

Afwijzend gedrag

Een bewoner vertoont afwijzend gedrag wanneer hij verbaal of non- verbaal laat blijken iemand of iets niet te willen. Dit kan zich uiten in het verzetten, afweren, weg kijken, gillen, agressief gedrag en roepen. (Encyclo, consensus, 2012)

Agressie

Onder agressie verstaan we schelden of bedreigen, slaan of schoppen en het kapot gooien van dingen. Agressief gedrag kan komen door angst, schaamte, paniek en frustratie. (Alzheimer, 2008)

Antenne

Intern nieuwsblad voor familieleden van bewoners van Kempenhaeghe (Kempenhaeghe, 2011).

Apathie

Lusteloosheid, ongevoeligheid voor indrukken van buiten (Jochems, 2012).

Arteriosclerose

Aderverkalking, afzetting van kalk aan de wanden van slagaderen (Encyclo, Encyclo, 2012).

Belevingsgerichte zorg

Dit is de zorg waarbij de beleving van de bewoner als uitgangspunt dient bij de zorgverlening van wat voelt, vindt en wil de bewoner. Zijn of haar specifieke zorgvraag staat centraal. (Zeeland, 2011)

Clustermanager

Zorgmanager binnen intra- en extramurale zorgverlening. Het begeleiden van projecten en het ontwikkelen van beleid. (Haring, 2010)

Cognitief

Betrekking hebbend op de cognitie, wat door waarnemen en denken wordt bepaald (Jochems, 2012).

Conceptuele vaardigheden

Dit heeft betrekking op het zien van structuren, verbanden en samenhang tussen verschillende vraagstukken en denken in een breder kader (Encyclo, 2012).

Consensus

Algemene gelijkheid van opvattingen (Encyclo, consensus, 2012).

Contracturen

Blijvende samentrekking, schommeling of verkorting van weefsels, waardoor verkromping ontstaat door dwangstand van een of meer gewrichten (Rix, 2003).

Cerebro Vasculair Accident (CVA)

Dit is een afsluiting of lek van een bloedvat in de hersenen, waardoor bepaalde hersencellen te weinig bloed krijgen (NHG, 2007).

Decubitus

Degeneratie van weefsels t.g.v. een slechte plaatselijke doorbloeding veroorzaakt door druk- en/ of schuifkrachten, optredend bij lang te bed liggen, op plaatsen, zoals stuit, heupen, hielen, schouderbladen of andere lichaamsdelen (Jochems, 2012).

Directe observatie

Hier is sprake van wanneer participeren en observeren gelijktijdig plaatsvinden zonder tussenkomst van hulpmiddelen, zoals een bandrecorder of videorecorder (Berkers, 2000).

EBP

Evidence Based Practice, gebaseerd op inzicht (bewijs) om doelmatig te kunnen handelen (Jochems, 2012).

Delphi-techniek

Dit is een techniek voor het ondervragen van deskundige of experts op een bepaald kennisgebied (Migchelbrink, 2007).

Empowerment

Het meer of beter grip krijgen op het eigen handelen of de situatie waarin dat handelen plaatsvindt, en meer sturing geven aan de eigen situatie of handelen (Migchelbrink, 2007)

Epilepsie

Dit is het aanvalsgewijs, meestal kortdurend, plaatsvinden van veranderingen in de elektrische activiteit van hersencellen, met stoornissen in de hersenfunctie tot gevolg (Jochems, 2012).

Ergonomisch handelen

Aanpassingen van het handelen die aan de mogelijkheid die de mens heeft (Jochems, 2012).

Expert

Ed Wiersum, fysiotherapeut en PDL coördinator in verpleeghuis de Stelle te Oostburg (PDL, 2007).

Exemplarisch handelingsonderzoek

Dit is een gezamenlijke onderzoekspraktijk van onderzoekers en onderzochten om in eerste instantie het handelen van onderzochten te verbeteren (Kempenhaeghe, 2011).

Faciliteren

Dit is een manier van begeleiden, waarbij je het leervermogen van de ander dusdanig beïnvloedt, dat deze dat vermogen actief kan inzetten en gebruiken ten behoeve de ontwikkeling van het eigen professioneel handelen, met het doel dat handelen kwalitatief te verbeteren (Dekker, 2008).

Hechtingstheorie (sensitieve responsiviteit)

Sensitieve responsiviteit is een begrip ontleend aan de hechtingstheorie en staat voor de mate waarin ouders hun gedrag afstemmen op het gedrag van het kind (Dam L. v., Onbekend).

Irreversibele

Onomkeerbaar (Encyclo, 2012).

Keypoints

Aangrijpen van een bepaald deel van het lichaam waarbij spasme wordt doorbroken (Jochems, 2012).

MDO

Multi Disciplinair Overleg. Werkoverleg tussen verschillende betrokken disciplines.

Medewerkers

De SPH-ers en verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen unit de Bongerd.

Mindmapping

Dit is een activerende werkvorm om op een snelle en eenvoudige manier in groepsverband allerlei mogelijke aspecten van een probleem te bedenken (Migchelbrink, 2007).

Opdrachtgever

Opdrachtgever voor het project vanuit Kempenhaeghe, Jelle van de Haring.

Osteoporose

Het broos worden van botten, verliezen van stevigheid van de botten. Osteoporose wordt ook wel botontkalking genoemd (Reumafonds, 2010).

Paradigma

Complex van regels voor het beoefenen van wetenschap. Wetenschapsfilosofie. (Jochems, 2012)

Paramedici

Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtiste en logopedist.

Participerende observatie

Hierbij zijn onderzoekers ter plekke in de situatie aanwezig en nemen actief deel aan de activiteiten van de mensen in de onderzochte situatie. In dit geval werkt diegene mee als hulpverlener (Migchelbrink, 2007).

Practice Development (PD)

Praktijkvoering die gebaseerd is op het best geleverde bewijs. (Cox K. , 2009)

PDL

Passiviteiten dagelijkse levensverrichtingen: Het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet zijn terug te dringen (Rooyen, Halem, & Herpen, 2011).

PDL factoren

Zorgmomenten waarin factoren zijn onderverdeeld in; liggen, zitten, wassen, verschoond worden, gekleed worden, verplaatst worden en gevoed worden (Nijkamp, 2006).

PDL indicatieformulieren

Formulier opgesteld voor medewerkers om problemen te signaleren bij een bewoner (Nijkamp, protocollen PDL, 2005).

PDL kleding

Bestaande kleding aanpassen (bijvoorbeeld voering eruit halen, extra ritssluiting aanbrengen) of aangepaste kleding aanschaffen, zodat het aan en uittrekken van kleding en het dragen van kleding niet onnodig problemen geeft (Maertelaere, 2008).

PDL signalen

De twaalf constateringingen betreffende liggen, zitten, wassen, aan- /uitkleden en transfers worden signalen genoemd (Nijkamp, 2006).

PDL symptomen

Decubitus, contracturen, afweerspanning, afweerspanning bij aanraking, afwijzend gedrag, onrust/ roepen en agressie worden symptomen genoemd (Nijkamp, 2006).

Signaleringsplan

Dit is een hulpmiddel om patiënten te helpen ondersteunen een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Het wordt vooral gebruikt bij psychische en psychiatrische aandoeningen (Rijkeboer, 2010).

Projectbegeleidster

Een docent (Mieke van Bers) van Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven die de projectgroep begeleid tijdens het project. Zij geeft tijdig feedback en geeft aansturing waar nodig.

Projectgroep

Vier studenten (Lia Vlemmings, Sharon Linders, Chrissy Hoebergen en Lennart Jansen) van Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven. Zij zijn de onderzoekers van het traject.

Providentia Kempenhaeghe

Dit is een terrein voor verstandelijk beperkte bewoner (met epilepsie). Op dit terrein zijn verschillende woongroepen gevestigd. Er is een beschermde omgeving gecreëerd. Door de grootte van het complex en de aanwezigheid van voorzieningen zoals een boerderij, kapel en winkel lijkt Providentia Kempenhaeghe op een klein dorp. (Kempenhaeghe, 2011)

Reflux

Terugvloeiing (Jochems, 2012).

Schakel

Intern nieuwsblad voor alle medewerkers op Kempenhaeghe (Kempenhaeghe, 2011).

Semi gestructureerde observatie

Dit is een combinatie van gestructureerde en niet-gestructureerde observatie. Dit wil zeggen dat voorafgaand aan de observatie een standaardlijst wordt opgesteld, maar de observator heeft ook de instructie om eventueel andere gebeurtenissen of gedrag te beschrijven zoals die zich voordoet. Dit om zowel de kwaliteit, als de kwantiteit van de verzamelde data te waarborgen (Nieswiadomy, Maten-Speksnijder, & Lange, 2009).

Sensorische integratie

Dit is een manier waarop hersenen onbewerkte gegevens uit de omgeving, die via alle zintuiglijke organen binnenkomen, met elkaar in verband brengen en gebruiken om informatie te verschaffen op grond waarvan een beslissing genomen kan worden (Bogdashina, 2007).

Spasmen

Dit is kramp, pijnlijke, krachtige, onwillekeurige samentrekking van spieren, berustend op prikkeling van motorische zenuwen of op een stoornis van het centrale zenuwstelsel gelegen remmende mechanismen (Rix, 2003).

SPH-er

Sociaal Pedagogische Hulpverlener.

Swash doekjes

Wassen zonder water.

Transparantie

Het op duidelijke wijze inzicht geven in de strategie (Encyclo, 2012).

Uitkristalliseren

Na lange discussie een akkoord bereiken (Woordenboek, 2012).

Validiteit

Dit wil zeggen of het onderzoek meet wat het moet meten (Fontys, 2009).

Ethologische observatie (Velthausz)

Het waarnemen van het gedrag gebeurde op zeer gedetailleerd niveau, waarbij het gedrag zo concreet mogelijk beschreven werd, zonder interpretatie (Berg-Willemsen, Braams, Pekelharing, & Wymenga, 2001).

Visgraatmodel

Dit is een methode voor het in kaart brengen van de kwaliteitsproblemen en de oorzaken hiervan. Het probleem of het verlangde effect staat bij de kop van de visgraat en op de graten staan oorzaken of voorwaarden beschreven met daaraan weer de oorzaken of voorwaarden daarvan (Plooij, 2011).

Werkgroep

Dit is een groep van mensen met een bepaald doel of een bepaalde opdracht die zij gezamenlijk resultaatgericht proberen uit te voeren (Boulay, 2009). Deze bestaat uit de projectgroep, twee seniorbegeleiders (Karin Boelens en Francie Megens), diëtist (Sabine van Genuchten) en ergotherapeut (Patricia Oosterveen).

Werkplanframe

In een werkplanframe voor acties wordt op een overzichtelijke manier het waarom, wat, wie, waar en wanneer van de actieplannen vastgelegd (Migchelbrink, 2007).

Zelfzorgtekorten

Hierbij is men tijdelijk of blijvend, niet in staat voor zichzelf te zorgen (Hemel & Geurden, 2010).

Zorgzwaartepakket (ZZP)

In het ZZP staat welke soort en hoeveel uren zorg en ondersteuning iemand nodig heeft (Rijksoverheid, 2011).

5XW+H formule

Dit is een hulpmiddel voor probleemverkenning en voor probleemdiagnose (Migchelbrink, 2007).

NAWOORD

De projectgroep heeft gewerkt volgens de methode van actieonderzoek. Dit was een uitdaging voor de projectgroep. Er heerste onduidelijkheid onder de leden van de projectgroep. De projectgroep heeft literatuuronderzoek gedaan naar actieonderzoek (AO) en heeft een gesprek gehad met de projectbegeleidster om meer duidelijkheid te krijgen. Na verdieping in AO heeft de projectgroep dit in de praktijk uitgevoerd.

De opdrachtgever wil een theoretische onderbouwing voor het toepassen van PDL voor de doelgroep op de Bongerd. Het was niet makkelijk om hier literatuur voor te vinden. Er is weinig informatie te vinden over het toepassen van PDL in de verstandelijk beperkte sector. Het zoeken naar artikelen verliep moeizaam. Er werden een aantal bruikbare artikelen gevonden. De projectgroep is naar de medische bibliotheekmedewerkster gegaan die de projectgroep heeft geholpen met het vinden van meer bruikbare artikelen. De projectgroep heeft hierdoor nog een bruikbaar artikel gevonden.

De projectgroep heeft ervoor gezorgd dat ze een goed gekeurde opdracht hadden bij aanvang van het project. De leden zijn alvast gestart met opzoeken van theorie over het onderwerp.

Omdat de projectbegeleidster pas later bekend was en de projectgroep zich eerst moest verdiepen in actieonderzoek is vertraging opgelopen. De projectgroep heeft moeite gehad om de structuur vanuit school los te laten. Hierdoor heeft de projectgroep tijd verloren. In het begin heeft de projectgroep weerstand ervaren vanuit de Bongerd, de projectgroep heeft hierover een aantal gesprekken gehad met opdrachtgever en projectbegeleidster. Actieonderzoek vraagt meer tijd. De projectgroep heeft hierdoor een aantal stappen van het werkplan moeten overdragen aan medewerkers van unit de Bongerd.

Tijdens de uitvoering van alle fases, heeft de projectgroep nauw samengewerkt met de werkgroep, die is opgesteld in de voorfase. De werkgroep heeft telkens de gevraagde informatie ingebracht die nodig was om verder te kunnen. Er is continu feedback gegeven op stukken waardoor de resultaten concreter en beter werden. Hierdoor heeft de projectgroep uiteindelijk een gedegen product kunnen ontwikkelen.

De samenwerking binnen de projectgroep is prima verlopen. De projectleden zaten op één lijn en er was voldoende ruimte voor discussie, waardoor ieder project lid zijn/haar mening kon uiten. Er is continu positief kritische feedback gegeven op elkaars stukken waardoor iedereen op de hoogte was van de inhoud van de schriftelijke verantwoording. In de afgelopen 22 weken heeft de projectgroep verschillende stappen doorlopen om het uiteindelijke verbeterproduct tot een succesvol einde te brengen. Hierdoor is kennis opgedaan door de projectgroep. De projectgroep is tevreden over het resultaat en hoopt dat unit de Bongerd het project voortgaat zetten en de kwaliteit van zorg hiermee verbetert.

LITERATUURLIJST

- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*. (2012). Opgeroepen op 02 10, 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz>
- Allewijn, M., & Miesen, B. (2010). *Basisboek, Zorg om ouderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Alzheimer. (2008). *Agressief gedrag*. Opgeroepen op Juni 5, 2012, van Alzheimer Nederland: http://www.alzheimer-nederland.nl/media/1852/Agressief_gedrag.pdf
- AVVV. (2004). *Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: AVVV.
- B&B. (2005, September). Benaderingswijzen: belevingsgerichte zorg. *Zorgprogramma Dementie Icare*.
- Bakker, E., & Buuren, H. v. (2009). *onderzoek in de gezondheidszorg*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beeftink, A. (2006). Haptonomie als basis voor PDL. *Congres PDL, een ontmoeting*. Ede.
- Berg-Willemsen, A. v., Braams, J., Pekelharing, H., & Wymenga, S. (2001). *Kijken naar wat we zeggen*. Elsevier. Opgehaald van <http://www.emgplatform.nl/docs/KijkHandboekMog.pdf>
- Berkers, W. (2000). *Praktijkgericht onderzoek en methodiekwontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bogdashina, O. (2007). *Waarneming en zintuiglijke ervaringen bij mensen met autisme en aspergersyndroom*. Apeldoorn: Garant uitgevers.
- Boulay, D. (2009). Succesvol studeren voor dummies. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Brande, L. v. (2012, Maart 26). Informatiedag PDL. (Projectgroep, Interviewer)
- Brande, Lorenzo van de;. (2012). *Informatiedag PDL*. Eindhoven: Projectgroep 53.
- Castelijns, A., & Landsheer, E. (2010). *Jaarplan 2010 de Bongerd*. Sterksel: Kempenhaeghe.
- Cox, K. (2009). Evidence Based praktijkvoering door Practice Development. *Nederlands tijdschrift voor Evidence Based Practice*.
- Cox, K., & Louw, D. d. (2008). *Evidence Based Practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Uitgeverij Lemmen.
- Cox, K., Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2008). *Evidence based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Dam, L. v. (Onbekend). *Verstaanbaar maken*. Opgeroepen op 2012, van BOSK vereniging van mensen met een verstandelijke beperking: http://www.bosk.nl/templates/mercury.asp?page_id=7617
- Dam, L. v., Henriëtte, M., & Roemer, P. (2004). *Verstaanbaar maken: communicatie met mensen met een zeer ernstige verstandelijke (meervoudige) handicap: inventarisatie en overdracht van ervaringskennis*. Maastricht: UPM.

- Dekker, A. (2008). ALS en faciliteren . In C. Z. Eindhoven, *Action Learning Set*.
- Deruddere, K. (2006-2007). *Cursus geriatrie 3e jaar ergotherapie: comfortzorg*. Hogeschool West-Vlaanderen.
- Dijk, G. v. (2008). *Care of people who are Powerless in Daily Living*. Groningen: Line Up boek en media bv.
- Dijk, G. v. (2009). Belevingsgerichte zorg bij een sterk beperkende chronische aandoening: De stand van zaken van Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL) in de ouderenzorg. *Nederlands Tijdschrift Fysiotherapie*, 129-135.
- Encyclo. (2012). *consensus*. Opgeroepen op juni 3, 2012, van Encyclo: www.encyclo.nl/begrip/consensus
- Encyclo. (2012). *Encyclo*. Opgeroepen op juni 3, 2012, van transparantie: www.encyclo.nl/begrippen/transparantie
- Erasmus, M. (2008). *REPOS*. Opgeroepen op april 3, 2012, van De REPOS; een pijnobservatieschaal voor mensen met een uitingsbeperking: http://www.iknl.nl/uploaded/NIJMEGEN/docs/REPOS_met_info.pdf
- Evenhuis, H. (2002). *Want ik wil langer leven; Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Zoetermeer: RVZ.
- Evenhuis, H. (2006, Oktober). Zintuiglijke beperkingen bij mensen met een verstandelijke beperking.
- FNV, A. (2009 - 2012). Opgeroepen op 2012, van Abvakabo FNV: <http://www.abvakabofnv.nl/>
- Fontys. (2009). *Evidence Based Practice*. Opgeroepen op Juni 5, 2012, van Fontys: <https://elo.fontys.nl/>
- Frankes, H. (2006). *Congres PDL, een ontmoeting*. Opgehaald van Stichting PDL: <http://www.stichtingpdl.nl/134.html>
- Glabbeek, N. v. (2006). *Succesvol studeren, communiceren en onderzoeken*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Graaf, G. d. (2006). *Een kwalitatief onderzoek naar de effecten van PDL op hulpvragers en hulpverleners*. Opgehaald van Stichting PDL: <http://www.stichtingpdl.nl/138.html>
- Grol, W. J. (2007). *Implementatie, effectieve verbetering van de patientenzorg*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gruijter, M. d., Smits van Waesberghe, E., & Boutellier, H. (2010). *Een vreemde in eigen land; Boze allochtone burgers over nieuwe Nederlanders en overheid*. Amsterdam: Uitgeverij Aksant.
- Haring, J. v. (2010, Augustus). *Clustermanager stichting Kempenhaeghe*. Opgeroepen op 02 2012, van <http://nl.linkedin.com/pub/jelle-van-der-haring/13/b4a/511>
- Haring, J. v. (2012, Februari 23). (Projectgroep, Interviewer)
- Hemel, L. v., & Geurden, B. (2010). *Verpleegkundige concepten en methoden*. Apeldoorn: Gavant uitgevers.

- Hornman, M., & Kersten, M. (2011). *VGN Ouderenbeleid: hoe ver zijn we al?* Utrecht: VGN.
- Hove, M. v. (2012). *Jaarplan 2012 Sector Zorg & Dienstverlening*. Heeze: Kempenhaeghe.
- Integraal Kankercentrum, N. (2012). *Oncoline: richtlijnen oncologische zorg*. Opgeroepen op Maart 28, 2012, van www.oncoline.nl:
http://www.oncoline.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=31230&richtlijn_id=689
- Janssen, M. (2010). *PDL in de zorg voor ouder wordende mensen met een verstandelijke beperking*. Eindhoven: ROC.
- Jochems, A. (2012). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Amsterdam: Reed Business.
- Jutters, S. d. (2010). *De Wet BOPZ*. Albani.
- Kempenhaeghe. (2011). Opgeroepen op 02 2012, van Kempenhaeghe:
<http://www.kempenhaeghe.nl/>
- Kloosterhuis, K. (1977). *Praktisch verklarend zakwoordenboek der geneeskunde*. Den Haag: Van Goor Zonen .
- Kooij, C. v. (2011, oktober). *Belevingsgerichte zorg en vraagsturing* . Opgeroepen op februari 15, 2012, van IMOZ: <http://www.imoz.eu/NL/index.asp?id=243>
- Koopmans, H. (2006). *Professionals organiseren informeel leren*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Leygraaf, H. v. (2010). *Evidence Based Practice – onderzoeksartikelen beoordelen*. Eindhoven: Fontys Hogeschool Verpleegkunde.
- Maaskant, M., & Hoekman, J. (2007). Veroudering bij mensen met verstandelijke beperkingen.
- Maertelaere, A. d. (2008). *Gekleed worden*. Opgeroepen op 03 2012, van Verpleeghuis de stelle:
http://www.woonzorgwzv.nl/de-stelle/documents/gekleed_worden.html
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Mostert, H. (2005, mei 15). *Belevingsgerichte zorg, Meavita Thuiszorg*. Opgeroepen op februari 15, 2012, van Zorg voor beter:
<http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/zeggenschap/voorbeelden/belevingsgerichte-zorg-meavita-thuiszorg/>
- Munten, G., & Bers, M. v. (2008). EBP toepassing in de praktijk. *Nederlandstijdschrift voor Evidence Based Practice*, 4 - 9.
- NHG. (2007). Opgeroepen op 03 2012, van Nederlandse huisartsen genootschap:
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBK7a.htm
- Nieswiadomy, R. M., Maten-Speksnijder, A. t., & Lange, J. d. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Pearson Education Benelux B.V.
- Nijkamp, H. (2005). *protocollen PDL*. Opgeroepen op 02 29, 2012, van Stichting PDL:
www.stichtingpdl.nl/protocollenbank/M/M/_0_001.PDF

- Nijkamp, H. (2006). *PDL Indicatie formulier*. Opgeroepen op 03 2012, van PDL protocollen: http://www.stichtingpdl.nl/assets/protocollenbank/M/M_0_001.pdf
- Over het CIZ. (2012). Opgeroepen op 02 10, 2012, van CIZ: <http://www.ciz.nl/over-het-ciz>
- PDL, S. (2007). *Werkconferentie 2007*. Opgeroepen op 03 2012, van <http://www.stichtingpdl.nl/home.html>
- Plooi, F. (2011). *Onderzoek doen*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Reumafonds. (2010). Opgeroepen op 02 2012, van Osteoporose: <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/osteoporose?gclid=CKbg5OWnt7ACFVMetAod-COU8Q>
- Rijkeboer, A. (2010, Juli 10). *Het signaleringsplan opstellen*. Opgeroepen op Juni 6, 2012, van Psychiatrie Nederland: <http://psychiatrie-nederland.nl/word/het-signaleringsplan-opstellen/>
- Rijksoverheid. (2011). *zorgzwaartepakketten*. Opgeroepen op 03 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten/vraag-en-antwoord/wat-is-een-zorgzwaartepakket.html>
- Rix, P. (2003). *Comfortzorg*. Mechelen: Kluwer.
- Rooyen, M., Halem, N., & Herpen, C. (2011). *Zakboek psychogeriatric*. Houten: Bohn Stafleu.
- Stichting PDL. (2011). *Protocollenbank van de Stichting PDL*. Opgeroepen op April 6, 2012, van Stichting PDL: <http://www.stichtingpdl.nl/141.html>
- Tegemoetkoming chronische ziekten en gehandicapten*. (2012). Opgeroepen op 02 10, 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tegemoetkoming-chronisch-ziekten-en-gehandicapten-wtcg>
- Twint, B., & Kouwen, B. v. (2010). *Verstandelijke Beperking*. Opgeroepen op 02 12, 2012, van Expertisecentrum Verstandelijke Beperking: <http://www.verstandelijkbeperkt.nl/beperkinginfo.php>
- Veldman, F. (2003). *Haptonomie: wetenschap van de affectiviteit*.
- Wal, I. v. (2011). *Werkdruk: De or pakt het aan*. De schutter'Neroc B.V.
- Werkgroep Richtlijnen Epilepsie. (2005, juni). *Epidologie*. Opgeroepen op februari 12, 2012, van Richtlijn Behandeling en Diagnostiek bij Epilepsie: <http://www.neuromaas.nl/Epilepsie.pdf>
- Wester, F., Renckstorf, K., & Scheepers, P. (2006). *Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen*. (2012). Opgeroepen op 02 10, 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/vraag-en-antwoord/wat-houdt-de-wet-bijzondere-opnemingen-in-psychiatrische-ziekenhuizen-wet-bopz-in.html>
- Wiersum, Ed;. (2012). *Informatiedag De Stelle*. Eindhoven: Projectgroep 53.

Woordenboek. (2012). *Woorden Nederlandse taal*. Opgeroepen op Juni 5, 2012, van Woorden:
<http://www.woorden.org/woord/uitkristalliseren>

Zeeland, R. (2011). *Belevingsgerichte Zorg*. Opgeroepen op 02 2012, van Training en Consult Zorg:
http://www.tenczeeland.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=111:belevingsgerichte-zorg&catid=43:zorg-en-welzijn&Itemid=68

Zorginstellingen. (2003, Februari 17). Opgehaald van Bouwcollege:
<http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

Zorgzwaartepakketten. (2012). Opgeroepen op 02 10, 2012, van Rijksoverheid:
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 PLAN VAN AANPAK

Ter ondersteuning van het project, om duidelijkheid te creëren, heeft de projectgroep een plan van aanpak opgesteld met daarin het doel, deelvragen, gemaakte afspraken, tijdsplanning, persoonlijke leerdoelen waaraan ieder lid wil werken en andere belangrijke dingen van waaruit gewerkt kan worden.

Projectgroep:

<i>Projectleden:</i>	<i>Studentnr</i>	<i>Telefoonnr.</i>	<i>Emailadres</i>
Chrissy Hoebergen	2123758	06-25557866	c.hoebergen@student.fontys.nl
Lennart Jansen	2123978	06-23812291	lennart.jansen@student.fontys.nl
Sharon Linders	2141433	06-51546590	sharon.linders@student.fontys.nl
Lia Vlemmings	2122934	06-28353652	lia.vlemmings@student.fontys.nl

Opdrachtgever: Jelle van de Haring

Projectbegeleider: Mieke van Bers

Meelezer: Ine van Wijlen

Opdracht

De projectgroep gaat aan de slag met een door school goedgekeurde opdracht vanuit Kempenhaeghe. Vervolgens wordt het verpleegkundig probleem geanalyseerd en wordt er een organisatieanalyse gemaakt. Waarna een passende innovatie en implementeerbaar product wordt ontworpen in samenwerking met de opdrachtgever en overige stakeholders op de werkvloer. De projectgroep regisseert het implementatie traject op de unit de Bongerd. Er wordt gewerkt volgens de principes van Evidence Based Practice (EBP). Binnen het veranderingstraject worden de stakeholders op de werkvloer gecoacht.

Doel van het project

De projectgroep heeft binnen 21 weken met behulp van actieonderzoek een implementatieplan ingevoerd zodat de methodiek PDL (Passiviteit Dagelijks Levensverrichtingen) aansluiting biedt op de reeds ouder de wordende populatie met specifieke zorgbehoeften, op unit “de Bongerd van Kempenhaeghe”.

Relatie van de opdracht met verpleegkundig beroep

Als verpleegkundige probeer je altijd zo goed mogelijke zorg te leveren, passend bij de zorgvrager. Met dit project wil de projectgroep ervoor zorgen dat PDL geïntegreerd kan worden in de zorg op unit ‘De Bongerd’ en dit op te nemen in het zorgplan. Om te zorgen dat hier zo goed mogelijk mee omgegaan wordt door medewerkers kunnen er richtlijnen en protocollen opgesteld worden en deze in een voorlichting, klinische les of workshop gegeven worden om theoretische kennis van medewerkers te verbreden. Hierbij kunnen eventuele tips en vaardigheden aangeleerd worden.

Relatie met het opleidingsprogramma

De projectgroep heeft gekeken naar welke onderdelen van de competenties het beste passen bij het mogelijke eindproduct. De projectgroep is tot de conclusie gekomen dat innovatie van de competentie ZOM het beste past bij het project. Er wordt gekeken naar hoe de verpleegtechnische zorg het beste kan worden toegespitst op de doelgroep van unit De Bongerd, waar hoogcomplexere zorgsituaties voorkomen. Aan de hand van PDL (Passiviteit Dagelijkse Levensverrichtingen), een methode om vraaggerichte zorg te bieden, kan op deze manier gezondheidsbevorderend gedrag

gestimuleerd worden. Hierbij zal rekening gehouden worden met ethische aspecten van de zorgvrager en kan afgeweken worden van standaard protocollen.

Dit kwaliteitsproduct zal onderbouwd worden vanuit theorie (EBP), maar ook vanuit praktijkervaringen (PD) en er zal methodisch te werk gegaan worden volgens het actieonderzoek.

Hoofdvraag/probleemstelling

Naar aanleiding van de bovenstaande probleembeschrijving, inzichten die de projectgroep heeft opgedaan naar aanleiding van literatuuronderzoek en een kennismakingsgesprek op 'de Bongerd', heeft de projectgroep een voorlopige probleemstelling geformuleerd.

Op welke wijze kunnen medewerkers van unit de Bongerd PDL toepassen bij de ADL voor de ouder wordende bewoner?

Deelvragen

Onderstaande deelvragen staan in [bijlage 2](#) uitgebreid uitgewerkt.

- Wat is actieonderzoek?
- Wat is PDL (Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen)?
- Met welke wet- en regelgeving heeft unit de Bongerd te maken?

Tijdsplanning

Week		Taak	Hulpmiddelen
VOORFASE			
1	6 t/m 12 feb.	• Probleembeschrijving • Voorlopige analyse (literatuur en ervaring) • Voorlopige probleemstelling, wenselijke situatie en doelstelling • Eerste ideeën beoogd product • Bruikbare theorieën en modellen met verantwoording • SMART uitwerken: Integratie gedragsindicatoren ROM/ZOM (innoveren) en Kwal en Desk (verbeteren). • Samenwerkingsafspraken maken • Feedback tijdens kennismakingsgesprek: Projectbegeleider (+ meelezer) • Persoonlijke leerdoelen • In leveren oriëntatiefase verslag bij projectbegeleider en meelezer en het maken van een afspraak met de projectbegeleider voor het eerste gesprek.	
2	13 t/m 19 feb.	• Kennismakingsgesprek Projectgroep met projectbegeleidster • Probleem wordt aangedragen door opdrachtgever • Nog te beantwoorden deelvragen • Beoordeling van een wetenschappelijk artikel aan de hand van een werkmodel	
3	20 t/m 26 feb.	• Kennismakingsgesprek met opdrachtgever van unit de Bongerd • Plan van aanpak maken en bespreken	
4	27 feb. t/m 4 mrt.	• Theorieën en modellen verder uitwerken	
5	5 t/m 11 mrt.	• Er wordt een werkgroep opgesteld door opdrachtgever	

Week		Taak	Hulpmiddelen
ORIENTATIEFASE			
4	27 feb. t/m 4 mrt.	Beschrijving geven van voorlopige problematiek. Kort en kernachtig.	
5	5 t/m 11 mrt.	Vorbereiden observaties	
6	12 t/m 18 mrt.	- Participerende semigestructureerde directe observaties op de afdelingen - Formele en informele gesprekken aanknopen met medewerkers. - Deelnemen aan alledaagse situaties (meelopen op de Bongerd)→ geeft inzicht in de werkelijkheid.	
7	19 t/m 25 mrt.	- Oriëntatie op de groepssituatie - Formele en informele gesprekken aanknopen. - Vragen volgens 5xW+H formule (Wat, wie, wanneer, waarom, waar en hoe) om te oriënteren op groepssituatie. - Deelnemen aan alledaagse situaties (meelopen op de Bongerd)→ geeft inzicht in de werkelijkheid. - Uitleg aan afdelingen bij Pb- er overleg. (Wie zijn we en wat gaan we doen) - PDL lijst laten invullen door medewerkers na pb- overleg.	
8	26 mrt. t/m 1 apr.	- Deelnemen aan alledaagse situaties (meelopen op de Bongerd)→ geeft inzicht in de werkelijkheid. - Formulieren door medewerkers laten invullen en deze later in de werkgroep bespreken. Indien de senioren op de hoogte zijn van de ideeën, is het voldoende als dit in de werkgroep besproken wordt. - Eerste overleg werkgroep om problemen te bespreken	
9	2 apr. t/m 8 apr.	Meelopen op PDL gecertificeerde afdelingen	
10	9 t/m 15 apr.	- Ideeën uitwerken om tot voorlopige probleembeschrijving te komen. - Eigen probleemdiagnose opzij zetten om met de groep na te gaan wat hun probleemdiagnose is.	
Week		Taak	Hulpmiddel
Diagnostische fase			
8	9 t/m 15 apr.	- De projectgroep brengt een discussie op gang door de informatie uit de oriëntatiefase voor te leggen en te presenteren. Voorafgaand worden richtvragen of opdracht voorgelegd om reacties uit te lokken. - Andere hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt in deze discussie is het 5xW+H formule de oriëntatie op de groepssituatie - Reflectie op ervaring kan gebruikt worden voor meer informatie om een complete diagnose te krijgen. (ervaringskennis) - Gezamenlijke thema's opstellen	
9	16 t/m 22	Gezamenlijk analyseren welke informatie nog moet	

	apr.	worden onderzocht om het probleem te onderbouwen. (Onderzoekstechnieken om informatie te verzamelen; ondervragen, observeren en documentenanalyse.) • Thema's uitwerken	
10	23 t/m 29 apr.	• De projectgroep gaat de verzamelde informatie ordenen, rubriceren, bekijken, en logisch beredeneren en analyseren (conclusies) • Wetenschappelijke onderbouwing is beschreven in het verslag	
11	30 apr. t/m 6 mei	• Thema's voorleggen aan de medewerkers 'de Bongerd • Voorbereiden presentatie	
12	7 t/m 13 mei	• Werkgroepoverleg 2 • De analyse (conclusies) moeten gepresenteerd worden om gezamenlijk tot de definitieve probleemanalyse te komen. • Vaststellen definitieve probleemstelling • Eventueel literatuur zoeken onderbouwing van het definitieve probleem.	
Week		Taak	Hulpmiddelen
ONTWIKKELINGSFASE			
11	30 apr. t/m 6 mei	• Plan van aanpak maken voor het ontwikkelen van verbeteringsideeën. Hierbij kijkend naar: - Startpunt - Welke werkwijze - Welke hulpmiddelen - Hoe doe je dit samen met de betrokkenen • Plan van aanpak maken voor het uitvoeren van de pilot. Hierbij kijkend naar: - Startpunt - Welke werkwijze - Welke hulpmiddelen - De betrokkenen	
12	7 t/m 13 mei	• Plan van aanpak maken voor het kiezen en uitwerken van verbeteringsideeën. Hierbij kijkend naar: - Hoe maak je keuzes (werkwijze en hulpmiddelen) - Hoe ga je gekozen ideeën verder uitwerken (werkwijze en hulpmiddelen) - Wat is er nodig aan kennis om tot keuzes te komen en de gekozen ideeën verder uit te werken - Op welke wijze deze kennis verzameld kan worden (ervaringskennis en systematisch onderzoek) - Hoe doe je dit samen met de betrokkenen	
13		• Verbeterplan uitwerken. - Smart formuleren van de gewenste situatie - Werkplanframe als hulpmiddel - Checken van plan	
14		• Plan van aanpak voor de voorbereiding en die je gaat treffen voor de uitvoering van het verbeterplan: - Voorbereiden op de uitvoering van de in het verbeterplan vastgelegde gewenste handelen (oefenen	

		en onzekerheid) - Voorbereiden van het volgen van de uitvoering van het plan (wat, wie, hoe wordt er gevolgd) - Gebruik van ervaringsgerichte werkvormen en systematisch onderzoek - Leren van de benodigde competenties om de uitvoering daadwerkelijk te kunnen volgen (monitoren)	
15		• Werkgroepbespreking 3 • Plan van aanpak voor de voorbereiding en die je gaat treffen voor de uitvoering van het verbeterplan: - Voorbereiden op de uitvoering van de in het verbeterplan vastgelegde gewenste handelen (oefenen en onzekerheid) - Voorbereiden van het volgen van de uitvoering van het plan (wat, wie, hoe wordt er gevolgd) - Gebruik van informatie vanuit ervaringsgerichte werkvormen en systematisch onderzoek - Leren van de benodigde competenties om de uitvoering daadwerkelijk te kunnen volgen (monitoren)	
16		• (Deel) plan van aanpak hoe je werkt aan groepsgebonden factoren als draagkracht, potenties en competenties van groepsleden. Dit moet onderstaande zaken duidelijk maken: - Hoe er in de groep betrokkenen beslist wordt over het verbeterplan. - Hoe er bij het verbeterplan rekening wordt gehouden met de draagkracht van de betrokken groepsleden. - Hoe er gewerkt kan worden aan competentie en potentie- ontwikkeling. • Presentatie van plan • Implementatieplan is beschreven.	
Week		Taak	Hulpmiddelen
ACTIEFASE			
16	21 t/m 27 mei	• Het gemaakt verbeterplan uitvoeren. Het plan wordt in daden omgezet. Tijdens het handelen dient rekening gehouden te worden met een aantal aandachtspunten • Ondersteunen van medewerkers door belangstelling te tonen, aanmoediging en een luisterend oor te bieden. • Ondersteunen van medewerkers in de procesgang van het handelen of de acties. Door coaching en gezamenlijke reflectie. • Communiceren tijdens de actie door medewerkers te informeren over de bezigheden en vorderingen van elkaar. Voortgang volgen van actieplan en op moeilijkheden participeren. • Het nieuwe handelen kan gevolgd worden via systematische onderzoekmethode en ervaringsgerichte zelfonderzoek	
17	28 mei t/m 3 juni	• Voortgang van het actieplan evalueren • Door de uitvoering te evalueren kunnen we de voortgang van de actie volgen, leren van de uitvoering, kennis	

		verzamelen over de actie en de actie bijstellen. • Evaluatieactiviteiten: - Helderheid geven over wensen, weerstanden, en gevoelens van de mensen in het AO- netwerk. - Basis zijn voor ondersteuning en feedback - Richting geven aan reflectie - Richting geven aan monitoren - Bijstelling van het plan en het handelen mogelijk maken - Nadat het eindpunt is bereikt van de actie is er de eindevaluatie. • De betrokkenen beslissen met elkaar aan de hand van tevoren opgestelde criteria of de actie voldoende heeft opgeleverd. Er wordt besloten over stoppen of doorgaan. • Evalueren kan via individuele of groepsgewijze ervaringsgericht zelfonderzoek plaatsvinden. • Evalueren kan ook gebeuren via systematisch onderzoek en de daarbij passende data verzameling technieken.	
18	4 t/m 10 juni	• Werkgroepbespreking 4 • Zo nodig het plan en de uitvoering bijsturen	
19	11 t/m 17 juni	• Uiterlijk eindproduct opsturen ter beoordeling	
20	18 t/m 24 juni		
21	25 t/m 1 juli	• Uiterlijke eindpresentatie Beoordeeld eindproduct voor 29 juni	

Afspraken van de projectgroep

- Op alle werkdagen gaat de projectgroep bij elkaar zitten om aan het project te werken
- De projectgroep respecteert elkaars mening en is open naar elkaar
- De projectgroep spreekt elkaar op tijd aan op zaken die hun niet aanstaan of op zaken die juist goed gaan
- De projectgroep laat een week van te voren weten wanneer diegene een bepaalde datum niet kan en bij ziekte wordt dit direct gemeld
- Wanneer een van de projectleden verwacht een onderdeel niet op tijd af te hebben laat diegene dit twee dagen van te voren weten met concreet voorstel van oplossing
- Na drie voorvallen wat betreft het nakomen van afspraken waarmee het verloop van het project belemmerd kan worden zullen consequenties besproken worden in de projectgroep en eventuele stappen worden ondernomen. Zoals het bespreekbaar maken met projectbegeleider
- Wanneer een project lid vast loopt of ergens niet uit komt zal dit besproken worden met de projectgroep om tot een oplossing te komen
- De projectgroep is op de hoogte van de onderdelen van het product en zal elkaar van positief kritische feedback voorzien; onder het kopje notitie bij het betreffende document.
- Ieder projectlid checkt dagelijks zijn/haar email postvak in

Verwachtingen van begeleiding:

- De begeleiding (projectbegeleider en opdrachtgever) geeft de projectgroep positief kritische feedback binnen een week na aanleveren van de ingezonden stukken
- Wanneer de projectgroep vast loopt kan zij terecht bij de begeleiding voor het bespreken van een mogelijke oplossing
- De projectgroep bespreekt iedere twee weken met de opdrachtgever de voortgang van het project

- Binnen drie dagen verwacht de projectgroep reactie te hebben op vragen

Keuzeverantwoording voor ZOM product:

Hieronder geeft de projectgroep een verantwoording van de competentie ZOM op niveau van Innoveren. KWAL en DESK worden beschreven op het niveau van Verbeteren.

- De projectgroep heeft gekeken welke competentie op het niveau van innoveren het best aansluit bij het mogelijke eindproduct. De projectgroep is tot de conclusie gekomen dat ZOM op het niveau van innoveren het beste aansluit bij het project. De competenties DESK en KWAL zullen op het niveau van verbeteren worden afgerond door middel van dit project.
- De projectgroep vindt de competenties ZOM het beste aansluiten om verschillende redenen; binnen de competentie ZOM probeer je de last van ziekte, handicap of sterven te verlichten en de kwaliteit van zorg te verbeteren. De projectgroep zal met behulp van het afstudeerproject de moeilijkheden (zoals pijn en ongemakken) die worden ervaren tijdens de ADL proberen te verlichten en de kwaliteit van leven te verhogen. De methode PDL kan hier mogelijk een oplossing voor bieden.
- De project groep zal methodisch te werk gaan aan de hand van AO. Het project zal onderbouwd worden vanuit EBP (wetenschappelijke onderzoek, bewonerservaring en klinische ervaringen). De projectgroep zal in de werkgroep signaleren en interveniëren, aansluitend bij wat de bewoners en medewerkers nodig hebben. Er wordt vraaggericht gewerkt en gezondheid bevorderend gedrag wordt gestimuleerd door een bijdrage te leveren aan nieuwe activiteiten die dit ondersteunen.
- De competenties DESK en KWAL zullen op het niveau van verbeteren aangetoond worden door het aangaan van een positief kritische relatie met medewerkers, door de werkgroep te faciliteren in de ontwikkeling en een stimulerende omgeving te creëren. De projectgroep levert een actieve bijdrage aan het verpleegbeleid en het doelgericht werken aan kwaliteit van zorg aan de hand van het innovatie project.

Persoonlijke leerdoelen

Ieder project lid heeft eigen persoonlijke leerdoelen opgesteld die passen bij de persoonlijke leersituatie van diegene. Deze zijn volgens de SMART methode geformuleerd. Hieronder volgt een opsomming van de persoonlijke leerdoelen van ieder projectlid.

Chrissy Hoebergen

- Gedurende deze 21 weken waarbij ik aan het implementatieproject werk, laat ik zien hoe ik over dingen denk, met betrekking tot het project en de samenwerking. Ik ben geneigd om lang te wachten hiermee. Dit wil ik tijdig aangeven aan mijn groepsleden
- Gedurende deze 21 weken laat ik zien dat ik in staat ben om een consultfunctie te vervullen. Dit wil ik doen door verschillende rollen aan te nemen (als voorzitter, notulist en deelnemer) gedurende dit project

Lennart Jansen

- Na 21 weken ben ik een competent gespreksleider. In gesprekken met opdrachtgever en projectbegeleidster leid ik naar heldere doelstellingen, vraagstukken en vraag ik door bij onduidelijkheden. Ik verwacht van mijn groepsgenoten, positief- kritische feedback in mijn rol als gespreksleider
- Gedurende 21 weken ben ik een competent teamspeler binnen de projectgroep. In mijn rol als teamspeler ben ik assertief, voorzie ik mijn groepsgenoten tijdig met positief- kritische feedback, zal ik mijn teamgenoten bij vraagstukken op juiste wijze faciliteren en motiveren. Ik verwacht van mijn groepsgenoten dat ze in belang van een open werkrelatie mij tijdig aanspreken op bovengenoemde punten

Sharon Linders

- Gedurende 21 weken laat ik aan de projectleden en begeleiders mondeling blijken dat ik kritisch ben naar mijn eigen leerproces en dit inzichtelijk maak door aan te geven wat er in mijn hoofd omgaat en waar ik aan werk
- Gedurende 21 weken laat ik zien aan mijn projectleden (en begeleiders) dat ik zowel mondeling als schriftelijke uitdrukingsvaardig ben en meerdere rollen kan aannemen tijdens een communicatief gesprek zoals gesprekleider, notulist en deelnemer

Lia Vlemmings

- Gedurende deze 21 weken waarbij ik aan het implementatieproject werk, kan ik taken delegeren naar mijn groepsgenoten en zal ik deze niet zelf uitvoeren, om zo mijn eigen grenzen te bewaken. Ik was voorheen geneigd om taken zelf uit te voeren omdat sneller was, dan het uitleggen aan de anderen
- Na 21 weken kan ik samen met andere projectleden een implementatieplan schrijven dat gebruikt wordt in de praktijk op afdeling De Bongerd op Kempenhaeghe. Hierbij doorloop ik alle stappen volgens de kwaliteitscyclus van Deming, die tot een goed product leiden

Kwaliteitseisen van de opdracht:

- Het uitstroomprofiel 'Zorg Op Maat' wordt bewezen op het niveau van innoveren; de competenties Deskundigheidsbevordering en Kwaliteitszorg op het niveau van verbeteren
- In de oriëntatiefase wordt vastgesteld hoe de integratie van de competenties en bijbehorende gedragsindicatoren (zie competentiekaarten) aangetoond worden
- De innovatie sluit aan bij het zorg- en verpleegbeleid van de organisatie waarvoor de opdracht wordt uitgevoerd en is gekoppeld aan de professionalisering van het verpleegkundig beroep
- De innovatie sluit aan bij de doelgroep
- Het eindproduct bestaat uit:
 1. Een schriftelijke verantwoording waarin alle gemaakte stappen en keuzes gedurende het gehele projectproces en de totstandkoming van het product beschreven en goed onderbouwd zijn;
 2. Het product (indien van toepassing);
 3. Een beschrijving van de implementatie van het ontwikkelde product (dit kan desgewenst opgenomen worden in de schriftelijke verantwoording).
 4. Een mondelinge eindpresentatie.
- Het project is volgens de principes en de werkwijze van EBP aangepakt en uitgewerkt
- Mogelijk aansluiten bij onderwerpen van de Kenniskring 'Implementeren en Evaluatie van Evidence Based Practice'
- Het project is door de projectbegeleider met minimaal een voldoende beoordeeld op het beoordelingsformulier en dit formulier is ingediend bij Bureau Studievoortgang

BIJLAGE 2 DEELVRAGEN

Bij aanvang van het project is door de projectgroep een plan van aanpak geschreven waarin deelvragen zijn benoemd. De informatie die hier uit voort is gekomen is gedurende het hele proces gebruikt door de projectgroep. Hieronder staan de deelvragen uitgewerkt.

- *Wat is actieonderzoek?*
- *Wat is PDL (Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen)?*
- *Met welke wet- en regelgeving heeft de unit de Bongerd te maken?*

2.1 WAT IS ACTIEONDERZOEK?

In dit hoofdstuk wordt een concrete uitleg gegeven wat actieonderzoek inhoudt en waarom de projectgroep voor actieonderzoek heeft gekozen. Vervolgens worden de fases van actieonderzoek beschreven.

De definitie van actieonderzoek volgens Migchelbrink (2007) is als volgt:

Actieonderzoek is een samengaan van onderzoek van het handelen, reflectie op het handelen en het onderzoek en veranderen van het handelen en/of de sociale situatie waarin dat handelen plaats vindt. Actieonderzoek is een combinatie van onderzoek, handelen, reflectie en veranderen. (Migchelbrink, Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn, 2007)

Deze processen moeten op elkaar worden afgestemd, ze lopen voortdurend naast elkaar en door elkaar.

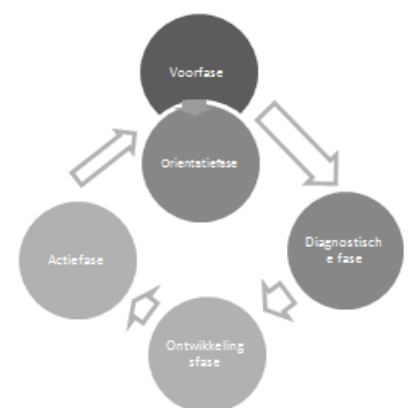
Actieonderzoek kent het volgende profiel:

- Actieonderzoek is een manier van onderzoek dat zich bezig houdt met praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden in hun dagelijks handelen in hun woon/leefsituatie, werksituatie of beroepspraktijk.
- Actieonderzoek geschiedt in nauwe samenwerking met betrokkenen. Onderzoekers en betrokkenen werken samen om inzicht te verwerven in de handelingsprocessen en problemen van onderzochten.
- Actieonderzoek is meer dan onderzoek. AO is een combinatie van onderzoek, handelen, reflecteren en veranderen: het verbindt onderzoek en actie (=handelen) met elkaar. Kennis verzamelen is direct gekoppeld aan het toepassen van die kennis in en naar het handelen.
- AO is een verandertraject en een leertraject. Samen lerend wordt door onderzoekers en betrokkenen de onderzochte werkelijkheid veranderd. Via onderzoek naar reflectie op het handelen in de uitgangssituatie wordt gezocht naar handelingsalternatieven. De gevonden handelingsalternatieven worden toepast, en via onderzoek en reflectie weer bijgesteld. (Migchelbrink, Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn, 2007)

Actieonderzoek doorloopt verschillende fases. (zie figuur 1). Fases binnen actieonderzoek kunnen ook door elkaar lopen en hebben niet altijd een chronologische volgorde.

Voorfase

In deze fase zullen de projectgroep, projectbegeleider en opdrachtgever met elkaar kennis maken. De projectgroep ontwikkelt een eerste indruk van de afdelingen, het onderwerp en het product. Tijdens de voorfase wordt een werkgroep opgesteld en tijdens een eerste bijeenkomst wordt er kennis gemaakt met de leden van de werkgroep.



FIGUUR 1

Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase wordt veel literatuur verzameld ter oriëntatie op het onderwerp. De projectgroep werkt in deze fase aan het opbouwen van een samenwerkingsrelatie en goed werkklimaat met betrokkenen. Er wordt door de projectgroep in samenwerking met de werkgroep onderzoek gedaan naar de probleemsituatie. (Migchelbrink, Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn , 2007)

Diagnostische fase

Het doel is om in deze fase een gezamenlijke diagnose van de problematische situatie te maken die is onderzocht in de oriëntatiefase. De diagnose is een gezamenlijk oordeel, waarin vastgelegd wordt wat er volgens betrokkenen aan de hand is (Migchelbrink, 2007).

De ontwikkelingsfase

De ontwikkelingsfase staat voor het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situatie of het huidige handelen. De vraag in deze fase is: ' wat moet en kan er gebeuren om te komen tot de gewenste situatie?'. Door middel van de diagnose worden ideeën voor verbetering verzameld. Door constant interactieve communicatie tussen onderzoekers en direct betrokken worden op basis van deze ideeën aandachtspunten en werkpunten voor de gewenste handeling vastgesteld en uitgewerkt. De uitvoering hiervan wordt dan voorbereid en gepland. (Migchelbrink, Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn , 2007)

De actiefase

Na de stappen in de vorige fase wordt de gewenste situatie gerealiseerd; het gemaakte verbeterplan wordt uitgevoerd. Tussentijds wordt de voortgang gevolgd, op moeilijkheden geanticipeerd, de voortgang geëvalueerd en zo nodig worden het plan en de uitvoering bijgestuurd.

De aan elkaar gekoppelde activiteiten in deze fase omvatten het handelen of de acties, het volgen van de actie(s), het reflecteren op de acties en het evalueren van het handelen. (Migchelbrink, 2007).

Tijdens en direct na de actiefase is reflectie een must. Door systematisch te reflecteren op het handelen kan via reflectie het handelen worden bijgestuurd als dit niet aan de verwachtingen voldoet. Na het handelen kan reflectie worden ingezet om actie beter te doorgronden en hier van te leren of de situatie beter te begrijpen die men door het onderzoek tracht te verbeteren (Migchelbrink, 2007).

Argumentatie actieonderzoek

Er is gekozen om te werken met actieonderzoek. De methode Passiviteiten Dagelijkse Levensverrichtingen is een wijze van werken waarbij inbreng van verschillende disciplines nodig is. Het is van belang dat iedereen betrokken wordt bij de ontwikkeling en uitvoering van de producten die worden ingevoerd om de methode PDL in te voeren op unit de Bongerd. Door de betrokkenheid die wordt nagestreefd zorgt de projectgroep ervoor dat iedereen op de hoogte is van het onderzoek en ieder zijn inbreng kan geven. Door de methode zorgt de werkgroep ervoor dat het onderwerp actueel blijft en niet verwatert. Door het gebruik van actieonderzoek worden er verschillende invalshoeken en ideeën opgenomen in het maken en onderbouwen van keuzes. Actieonderzoek moedigt de betrokkenen aan zelf verantwoordelijkheid te (leren) dragen.

PDL Factoren

Allewijn en Miesen beschrijven dat er bij zeven situaties onderscheid gemaakt wordt waarin PDL kan helpen. In elke situatie zijn andere maatregelen, voorzieningen en handelingen beschikbaar die van dienst kunnen zijn. Hiervoor zijn 7 PDL Factoren omschreven:

1. Liggen: om contracturen en decubitus te voorkomen wordt wisselwerking toegepast en bestaan er speciale lig voorzieningen
2. Zitten: het is hierbij van belang dat de zitelementen aangepast worden aan het lichaam van de passieve bewoner. Er ontstaat vaak druk op de stuit en ellebogen, waardoor decubitus kan ontstaan. De kans op contracturen neemt toe doordat de cliënt schreef kan zakken of voorover buigen. Dynamische zitmiddelen moeten het hoofd, romp, armen en benen zodanig ondersteunen dat de zorgvrager zich prettig voelt en zich kan ontspannen
3. Gewassen worden: hierin staan technieken centraal die ontspanning van de spastische spiergroepen teweeg brengen. Het is belangrijk dat de verzorgende rustig en niet-routinematig te werk gaat, maar uitgaat van wat de zorgvrager het prettigste vindt en ingaat op de signalen die de zorgvrager geeft
4. Gekleed worden: fysio- en ergotherapeuten kunnen PDL vaardigheden overdragen aan de zorgverlener. Er kunnen daarnaast aanpassingen aan de kleding gedaan worden, zoals rekbare en ademende stoffen, langere ritsen, klittenbandsluiting. Een kledingstuk dient makkelijk aangetrokken kunnen worden om angst met als gevolg spierspanning te voorkomen. Hoe comfortabeler deze actie verloopt, hoe minder ongemak het oplevert voor de zorgvrager en de zorgverlener
5. Verschoond worden: de zorgvrager kan angst en schaamte ervaren en zelfs agressief reageren tijdens het verschonen. Het onnodig blootliggen, kan voorkomen worden door tijdens het verschonen de geslachtsdelen te bedekken met een handdoek en de verschoning snel uit te voeren
6. Verplaatst worden: de zorgvrager moet zo verplaatst worden dat de veiligheid van degene die tilt en getild wordt gewaarborgd is
7. Gevoed worden: tijdens het eten is het belangrijk dat er een rustige, overzichtelijk en vriendelijke omgeving gecreëerd wordt. Er komen vaak problemen voor bij het eten zoals het niet doorslikken, weigeren of uitspugen van voedsel

Hierbij passen individuele benaderingen. Het is belangrijk dat de zorgverlener zich bewust is van het plezier dat de zorgvrager beleeft aan eten en drinken. Persoonlijke benadering door de zorgverlener is bij de voeding ook van groot belang. (Halem, Herpen, & Rooyen, 2011)

De hoofddoelen van PDL

PDL kent een aantal die nagestreefd worden bij het toepassen van de methode:

- Optimaal behoud van mobiliteit in de gewrichten en volledige ondersteuning van het lichaam waarbij decubitus en contracturen worden uitgesloten of in ieder geval beperkt. En de bloedsomloop wordt bevorderd
- Streven naar optimale leefbaarheid voor de passieve mens
- Verbetering van de kwaliteit van zorg
- Het streven dient gericht te zijn op optimale leefbaarheid voor de passieve mens. Hoe kleiner iemands leven wordt, des te zwaarder gaan de factoren wegen die de leefbaarheid van dat “kleine(re)” leven bepalen

Hieronder zijn de maatregelen, voorzieningen en vaardigheden in een tabel weergegeven, die in verschillende PDL zorgsituaties worden toegepast.

Provisions	Aids	Skills
- Space for a good positioning - Space for (lifting) equipment - Easy to use bed, chair, stretcher, bath and nursing aids - Adjustable working height - Care on a one-to-one basis if possible - Maximal use of residual capabilities - Pleasant lighting - Relaxing music - Keep patients and family well informed	- Dynamic alternating pressure mattress - (Pressure relief) pillows and appliances - Bath and shower facilities adapted for powerless patients - Adapted clothes - Easily moveable chairs and beds - Aids for moving patient, such as brace to aid standing up, lift, transfer sheet or turning sheet - Cups and cutlery adapted for powerless users	- Lay out everything for a care session within easy reach beforehand - Functional arrangement of equipment - Lifting techniques and approaches recommended by physiotherapists: - quietly make contact - use flat hand - use spasm reducing lifting techniques and movements - Use rocking movements to relax the patient - For nursing procedures in bed, turn the patient as little as possible - Maintain patient's condition - Maximal use of patient's residual capabilities - Changing, washing and dressing preferably integrated in one care session - Work gently - Protect patient's privacy

Table 1. Skills, aids and provisions that are used in the various care sessions in PDL care (Dijk G. v., 2008)

2.3 MET WELKE WET- EN REGELGEVING HEEFT UNIT DE BONGERD TE MAKEN?

Hieronder wordt een beschrijving gegeven van wetten en regelgevingen waar bewoners en medewerkers van unit de Bongerd mee te maken kan krijgen?

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Iedereen kan door ziekte of een handicap afhankelijk worden van langdurige zorg en ondersteuning. Voor die zorg, thuis of in een zorginstelling, hebben alle Nederlanders automatisch een verzekering: namelijk de AWBZ. De AWBZ dekt medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen en die door bijna niemand op te brengen zijn. De wet voorziet in vergoeding van kosten die bijvoorbeeld het gevolg zijn van het verblijf in een instelling voor verpleging of langdurig zieken. Verschillende soorten zorg en ondersteuning die mensen op dit moment vanuit de AWBZ kunnen krijgen zijn onder andere: assistentie algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), begeleiding en persoonlijke verzorging. Voorbeelden van AWBZ instelling zijn: verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten en psychiatrische ziekenhuizen.

Wie zorg nodig heeft die vanuit de AWBZ wordt gefinancierd, moet hiervoor een indicatie hebben. Het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) geeft een dergelijk indicatie af. Een indicatie laat zien of iemand AWBZ nodig heeft. Als een AWBZ vergoeding wordt toegekend op basis van de indicatiestelling, kan er wel een eigen bijdrage worden gevraagd van de zorgvrager. Hoe hoog de eigen bijdrage is, hangt af van inkomen, leeftijd en gezinssituatie. (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), 2012)

Centrum Indicatie Zorg(CIZ)

Het CIZ beoordeelt of mensen recht hebben op AWBZ- zorg. Dit gebeurt op basis van objectieve criteria, zodat de beoordeling overal in het land hetzelfde is. Het CIZ indiceert chronisch zieken,

dementie, lichamelijke/zintuiglijke/geestelijke handicap en psychiatrie. Voor de volgende functies kan een indicatie worden afgegeven:

- persoonlijke verzorging (hulp bij wassen/kleden/eten/drinken etc.)
- verpleging (hulp bij wondverzorging, katheteriseren, geven van injecties etc.)
- begeleiding individueel (ondersteuning t.b.v. de sociale redzaamheid van een individu)
- begeleiding groep (voorbeeld: dagbehandeling of een dagprogramma in een activiteitencentrum)
- verblijf (dit kan kortdurend zijn, bij bijvoorbeeld logeren of langdurig bij een definitieve opname in een verpleeghuis of een ander soort instelling)
- behandeling (wanneer er sprake is van een behandelteam, wat vanuit de AWBZ wordt gefinancierd)
- Als er mede een indicatie voor 'verblijf' wordt gegeven, wordt de indicatie afgegeven in de vorm van een 'zorgzwaarte pakket': een vaste combinatie van functie-indicaties

(Over het CIZ, 2012)

Zorg Zwaarte Pakket (ZZP)

Ouderen of mensen met een langdurige ziekte of handicap kunnen niet altijd zelfstandig wonen. De zorg die zij nodig hebben, wordt beschreven in een zorgzwaarte pakket (ZZP). Het ZZP bepaalt ook hoeveel geld een verblijfsinstelling krijgt voor de zorg aan de cliënt. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft de indicatiebesluiten af en bepaalt welk ZZP daarbij hoort. Een omvat wonen, zorg, diensten en eventueel ook dagbesteding en behandeling. Er zijn 53 zorgzwaarte pakketten. Bij elk ZZP hoort een aantal uur zorgtijd per week. De zorgaanbieder krijgt voor elk ZZP een bedrag. De instelling mag een deel van dat bedrag besteden aan gemeenschappelijke voorzieningen. Mensen met een indicatie voor zorg met verblijf, met ZZP, hebben 3 mogelijkheden:

- wonen in een instelling voor 'zorg met verblijf'
- thuis wonen en een aanbieder vragen om de zorg daar te leveren (volledig pakket thuis)
- thuis wonen en zelf zorg inkopen met een persoonsgebonden budget

Er zijn 53 zorgzwaarte pakketten, verdeeld over 3 'sectoren': verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg, en geestelijke gezondheidszorg. Er zijn lichte pakketten voor mensen die alleen hulp nodig hebben bij de dagelijkse verzorging. En zware pakketten voor mensen met bijvoorbeeld een ernstige beperking of een zware vorm van dementie. (Zorgzwaartepakketten, 2012)

Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ)

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) regelt, onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen of behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. De Wet BOPZ is bedoeld voor gedwongen opnamen en behandelingen in de psychiatrie, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en psychogeriatric (ouderenzorg voor mensen met dementie).

De wet geldt niet voor mensen die zich vrijwillig laten opnemen. Een belangrijk doel van de wet is mensen die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden. In de praktijk blijkt dat de Wet BOPZ onvoldoende rechtsbescherming biedt aan mensen met een verstandelijke beperking of met dementie. Voor deze groepen is een aparte wet in voorbereiding. De Wet BOPZ geldt alleen voor instellingen die daarvoor een vergunning hebben gekregen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het kan gaan om een psychiatrisch ziekenhuis, een instelling voor mensen met een verstandelijke handicap, een verpleeghuis of een verzorgingshuis. (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen, 2012)

Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten (WTCG)

Leven met een chronische ziekte of een handicap brengt vaak extra kosten met zich mee. De overheid geeft een financiële tegemoetkoming voor die extra kosten. Dit wordt geregeld via de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, de WTCG. De wet biedt ook financiële

ondersteuning voor ouderen en arbeidsongeschikten. De kosten waarom het kan gaan zijn hogere energiekosten, kosten voor extra kleding of beddengoed, vervoer van en naar een ziekenhuis of zorginstelling.

Voor deze kosten kan een tegemoetkoming of inkomenscompensatie uit de WTCG worden aangevraagd. Dit wordt, afhankelijk van de situatie, op de volgende manieren geregeld:

- Een algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten
- Korting op de eigen bijdrage voor de AWBZ en WMO
- Fiscale aftrek specifieke zorgkosten
- Inkomenscompensatie voor ouderen
- Tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten, 2012)

Middelen en maatregelen (M & M)

Als je gedwongen bent opgenomen, valt jouw behandeling onder de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Deze wet beschermt de rechten van zorgvrager die zijn opgenomen met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling. Voor jou geldt dat, hoewel je gedwongen bent opgenomen, er geen behandeling mag plaatsvinden zonder jouw toestemming en/of van je wettelijke vertegenwoordiger. Toch zijn er situaties waarin tegen je wil in gegrepen en/of behandeld kan worden. Dit gebeurt altijd om je in bescherming te nemen voor jouw eigen lichamelijke en/of geestelijke gezondheid en/of die van anderen. Dit wordt dan het toepassen van middelen en maatregelen genoemd. Middelen en maatregelen worden beschreven in de wet BOPZ.

Middelen en maatregelen, kunnen ingezet worden om gevaar af te wenden. Dit kan gevaar zijn voor jouw eigen lichamelijke en/of geestelijke gezondheid en/of die van anderen. De wetgeving bepaalt dat het gevaar een direct gevolg moet zijn of in ieder geval moet samenhangen met jouw psychische problemen. Voorbeelden van gevaar zijn: jezelf en/of anderen iets willen aan doen (agressief /gewelddadig gedrag, verwonding van je eigen lichaam en bedreiging van anderen) of een grote onrust/angst waardoor je uitgeput raakt (Jutters, 2010).

BIJLAGE 3 OBSERVATIE OP UNIT DE BONGERD

In dit verslag heeft de projectgroep een verantwoording geschreven voor het meelopen op unit de Bongerd. Hierin wordt beschreven waarom de projectgroep er voor kiest om mee te lopen op de afdeling. Hierbij wordt uitgelegd hoeveel tijd hier voor nodig is en hoe dit ingedeeld kan worden.

In het volgende onderdeel wordt verantwoording gegeven waarom er voor observatie gekozen is en welke vorm van observatie gekozen is. Hierna worden in een tabel de observatiepunten weergegeven die de projectgroep meeneemt tijdens de observatie op de afdeling.

Er wordt een verantwoording geschreven over de observatielijsten. Hierbij wordt beschreven waarom hiervoor gekozen is, wat het inhoud en hoe deze ingevuld wordt. Er wordt afgesloten met een conclusie van de observaties die de projectgroep heeft gedaan.

3.1 VERANTWOORDING MEELOPEN OP DE BONGERD

Wat wil de projectgroep bereiken door op de afdeling mee te lopen?

De projectgroep heeft een aantal redenen waarom zij willen meelopen op de afdeling. Zo wil de projectgroep gezien worden door het personeel, waardoor zij met elkaar bekend raken. Hierdoor krijgt het project bekendheid en is de kans groot dat er vanuit het team minder weerstand ontstaat. Daardoor zal het team eerder geneigd zijn om zowel direct als indirect mee te werken aan het project.

Door mee te lopen op de afdeling zal de projectgroep een beeld krijgen van de afdeling. De projectleden zullen hier observaties doen om te zien waar eventuele problemen liggen, maar ook welke dingen goed gaan. Observatie biedt de mogelijkheid informatie te verzamelen over gebeurtenissen die om de een of andere reden moeilijk in woorden te vatten zijn (Migchelbrink, 2007).

De projectgroep wil tevens gedrag observeren van bewoners. Hierbij wordt gekeken en geluisterd hoe zij reageren op handelingen bij de ADL.

Hoe wil de projectgroep dit bereiken?

De projectgroep wil één dag op 'de Bongerd' komen meelopen. De projectgroep zal zich verspreiden over de vier afdelingen binnen de Bongerd. Dat wil zeggen dat ieder projectlid op één afdeling komt te staan. Om privé situatie van de bewoners te beschermen gaat de projectgroep niet frequent observeren, maar houdt de projectgroep dit zo beperkt mogelijk. De projectgroep zal de uitkomsten en informatie verzamelen. Wanneer de projectgroep nog dingen mist kan er eventueel een tweede observatie plaats vinden. Daarnaast kunnen de hulpverleners observaties voor de projectgroep uitvoeren en scorelijsten/vragenlijsten afnemen bij het personeel van unit de Bongerd.

3.2 VERANTWOORDING VOOR DE OBSERVATIEMETHODEN

De projectgroep heeft ervoor gekozen om een dag mee te lopen op de Bongerd. De reden hiervoor is dat het een direct beeld geeft hoe de afdeling eruit ziet en hoe het multidisciplinair team daar te werk gaat. Eventuele vragen of onduidelijkheden vanuit de afdeling rondom het afstudeerproject kunnen zo beantwoord worden. Er is gebruik gemaakt van een observatiemethode die participierend, direct en semigestructureerd is tijdens de meeloop dag op de afdeling. Hieronder staat verantwoord waarom er voor deze observatiemethoden gekozen zijn.

Participerende observatie

De leden van de projectgroep voeren tijdens de meeloop dag individueel een participerende observatie uit. De leden van de projectgroep zijn ter plekke in de situatie aanwezig en nemen actief deel aan de activiteiten van de hulpverleners. In dit geval werkt de observator mee als hulpverlener. Hierdoor deelt de onderzoeker ervaringen van de hulpverlener en bewoner, in hun gedrag,

denkbeelden, gevoelens en ambities. Dit kan ook omslaan in een nadeel. Je gaat je te sterk identificeren met de onderzochten en bent niet meer in staat afstand te nemen. Het grote voordeel van participerende observatie is dat je in staat bent motieven van het handelen te achterhalen (Migchelbrink, 2007).

Directe observatie

De projectgroep heeft gekozen voor directe observatie. Van direct observeren is sprake wanneer participeren en observeren gelijktijdig plaatsvinden zonder tussenkomst van hulpmiddelen, zoals een bandrecorder of videorecorder. Bij directe observatie is het aan te bevelen tijdens de observatie te registreren; op die manier gaat de minste informatie verloren (Berkers, 2000).

Semigestructureerde observatie

De projectleden gebruiken tijdens de meeloop dag een combinatie van gestructureerde en niet-gestructureerde observatie. De projectgroep heeft voorafgaand aan de meeloop dag een lijst met observatiepunten en een PDL- scorelijst opgesteld, maar de observator heeft ook de instructie om eventueel andere gebeurtenissen of gedrag te beschrijven zoals die zich voordoet. Dit om zowel de kwaliteit, als de kwantiteit van de verzamelde data te waarborgen (Nieswiadomy, Maten-Speksnijder, & Lange, 2009).

3.3 OBSERVATIE INVULLIJST DOOR STUDENTEN:

In deze bijlage zijn de observatielijsten terug te vinden die de projectgroep gebruikt heeft tijdens de observatie dag op 13 maart 2012. De conclusies van de meeloop dagen zijn bijgevoegd. De schema's 'Observatie invulijst door studenten' en een 'observatielijst met vragen 'die beantwoord zijn verwerkt.

Situatie	Plaats	Tijdstip/ duur	Gedragingen bewoner	Gedragingen medewerker	Bijzonderheden
Liggen					
Zitten					
Gewassen worden					
Gekleed worden					
Verschoond worden					
Gevoed worden					
Overig					

3.4 OBSERVATIE VRAGENLIJST

Algemene gegevens

Voorletters bewoner:

Leeftijd:

Niveau:

Problematiek(en):

Naam woonbegeleider:

Datum:

1. Hoe wordt de zorg onderling verdeeld? (kijkend naar zwaarte van zorg, niveau medewerker, hoeveelheid bewoners)	
2. Hoe is de benadering bij binnenkomst?	Voorstellen – licht aan – gordijn open – stemgebruik – aangeven wat je komt doen
3. Wordt de bewoner ingelicht voorafgaand aan de handeling? (Worden wij voorgesteld? Wordt gezegd wat ze doen?)	
4. Welke volgorde houdt de medewerker aan bij de ADL? (stap voor stap beschrijven)	
5. Welke materialen worden er gebruikt bij de ADL? (incontinentie, washandje, hulpmiddelen bv glijzeil)	
6. Wat wordt er opgenomen in het zorgplan? (Kijkend naar handelingen, verpleeg begeleidingsplan)	
7. Wordt er gewerkt aan de hand van het zorgplan?	
8. Wordt er gerapporteerd? (wat, op welk moment)	
9. Beïnvloeden de bewoners elkaar met hun gedrag? (prikkel, drukte)	Geluid (roepen) – beweging - aanraking
10. Hoe uit zich het moeilijk verstaanbaar gedrag per bewoner?	
11. Hoe gaan de medewerkers hiermee om? (reactie, benadering, emotie)	
12. Hoe reageert de bewoner hierop?	

13. Hoe wordt de bewoner benaderd tijdens de ADL? (verbaal contact, oogcontact, aanraken)	
14. Zitten hier verschillen in per bewoner?	
15. Zitten er verschillen in de benadering per medewerker?	
16. Zit er verschil in structuur en benadering?	

3.5 CONCLUSIE OBSERVATIES OP DE BONGERD

Bewoners

Op de Bongerd wonen verstandelijke beperkte bewoners met epilepsie. De bewoners zijn tussen de 50 en 80 jaar. Bijkomende problematiek die de projectgroep is tegen gekomen zijn verlammingen, dementie, contracturen en spasmen.

Bewoners hebben tijdens de ADL merkbaar laten blijken pijn en ongemakken te ervaren zowel verbaal als non-verbaal. Door te roepen, zich samen te trekken, angstig te kijken en slaande bewegingen te maken. Uit de literatuur (Erasmus) blijkt ook dat bovenstaande gedragingen pijn uitingen kunnen zijn. (Erasmus)

Invloed bewoners

Op de Bongerd beïnvloeden bewoners elkaar niet negatief. Wanneer bewoners elkaar wel negatief beïnvloeden worden hiervoor maatregelen getroffen door de medewerkers. Bv. Wanneer een bewoner in de gezamenlijke woonkamer roep gedrag vertoont en medebewoners hierdoor merkbaar onrustig worden, wordt deze bewoner tijdelijk naar zijn slaapkamer gebracht.

Medewerkers

De medewerkers benaderen de bewoners vriendelijke en rustig. Medewerkers geven aan wat ze komen doen en bij handelingen wordt aangegeven wat er gaat gebeuren. In een aantal gevallen wordt er bewust voor gekozen niet aan te geven wat er gaat gebeuren in verband met het veroorzaken van onrust.

Wanneer bewoners pijn of ongemakken laten blijken reageert het personeel hierop door de bewoners af te leiden, complimenten te geven of door weg te gaan en het later opnieuw te proberen. Het komt ook voor dat bewoners pijn of ongemakken uitte terwijl de bewoner niet of nauwelijks werd aangeraakt. Wanneer dit voortkomt wordt de bewoner hierop aangesproken. Medewerkers die werkzaam waren tijdens de meeloop dag gaven aan dat de zorg voor sommige bewoners belastend is voor bewoner en medewerker. Medewerkers geven aan te kort te schieten in hun vaardigheden door de bijkomende problematiek van de bewoners.

Materiaal

Op de afdeling maken medewerkers gebruik van verschillende hulpmiddelen, zoals incontinentiemateriaal, glijzeilen, tilliften passief en actief, rolstoelen met blad, Swashdoekjes, verzwaarde dekens, decubitus matrassen en fleece dekens.

Verdeling zorg

Er wordt per bewoner bekeken wat er nog moet gebeuren en welke medewerker dat het beste kan doen. Hierbij proberen de medewerkers de zorg zwaarte zo goed mogelijk te verdelen.

Overdracht en rapportage

De medewerkers krijgen aan het begin van de dienst de overdracht. Er wordt bij aanvang van een dienst niet altijd gekeken naar de zorgplannen. De reden hiervoor is dat de medewerkers al erg lang werken met de bewoners. Bijzonderheden worden gerapporteerd. Tijdstip van rapporteren is per afdeling verschillend.

BIJLAGE 4 PDL INDICATIEFORMULIER

In deze bijlage wordt een verantwoording beschreven, waarom de projectgroep ervoor gekozen heeft om de PDL indicatieformulieren te gebruiken. Daarna staat een voorbeeld van het PDL indicatieformulier. Verderop in 4.3 staan de uitkomsten van de PDL indicatieformulieren weergegeven in tabellen en schema's per onderdeel van het indicatieformulier.

4.1 VERANTWOORDING PDL INDICATIEFORMULIER

Het indicatieformulier is opgesteld voor medewerkers om problemen te signaleren bij een bewoner. Als er aan de hand van dit formulier op meerdere punten 'ja' of 'klopt' kan worden ingevuld, wil dit zeggen dat er een probleem is tijdens de verzorging van de bewoner en dat hier mogelijk iets aan gedaan kan worden. Er kan dan worden gekeken of methode PDL een oplossing kan bieden.

Het formulier is in vijf verschillende delen opgedeeld (persoonlijke gegevens, algemene problemen, belasting die de verzorging ervaart, specifieke problemen en PDL factoren).

In deze onderdelen wordt rekening gehouden met zowel de medewerkers als de bewoners. In de vijf delen komen alle factoren, symptomen en signalen van PDL aan bod. Het formulier is overzichtelijk, mede doordat je maximaal twee keuzemogelijkheden hebt om aan te vinken.

Het formulier zal worden ingevuld door werknemers van 'de Bongerd'. Deze hebben een totaal beeld van de bewoner en zou het formulier op alle factoren moeten kunnen invullen. Het invullen van het formulier zal ongeveer 10-15 minuten in beslag nemen.

Het formulier gaat niet in op eventuele plaats van contracturen, afweerspanning, decubitus, enz. Het is de bedoeling dat het formulier een algemeen beeld schetst van de problemen. (Nijkamp, 2005)

4.2 PDL INDICATIEFORMULIER

Wel PDL Geen PDL

Datum: _____ Afdeling: _____

Naam personeelslid: _____

Functie: _____

Voorletter Bewoner: _____

Is er sprake van:	Ja	Nee
- Decubitus	☐	☐
- Contracturen	☐	☐
- Afweerspanning	☐	☐
- Afweerspanning bij aanraking	☐	☐
- Afwijzend gedrag	☐	☐
- Onrust/roepen	☐	☐
- Agressie	☐	☐

Hoe zwaar wordt de verzorging ervaren door de verzorgende?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Klopt	Klopt niet
Is er sprake van:												
-	Bewoner <i>ligt</i> niet ontspannen										☐	☐
-	Contracturen maken het onmogelijk overal onder de benen <i>ondersteuning</i> te hebben bij het liggen										☐	☐
-	Bewoner <i>zit</i> niet ontspannen										☐	☐
-	Contracturen maken het onmogelijk overal <i>steun</i> te geven bij het zitten										☐	☐
-	Bewoner <i>zit</i> onderuit of scheefgezakt										☐	☐
-	Het <i>zitten</i> is vermoeiend voor de bewoner										☐	☐
-	Verhoogde spanning of contracturen maken het onmogelijk bij het <i>wassen</i> overal bij te kunnen										☐	☐
-	De <i>toiletgang</i> / <i>het verschonen</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner										☐	☐
-	De <i>toiletgang</i> / <i>het verschonen</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de verzorging										☐	☐
-	Het <i>aan/uitkleden</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner										☐	☐
-	Het <i>aan / uitkleden</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de verzorgende										☐	☐
-	Bewoner werkt tegen tijdens <i>transfers</i>										☐	☐
-	<i>Transfers</i> zijn (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner										☐	☐
-	<i>Transfers</i> zijn (te) zwaar / onplezierig voor de verzorgende										☐	☐
-	<i>Eten</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner										☐	☐
-	<i>Eten</i> is (te) zwaar / onplezierig voor de verzorgende										☐	☐

PDL – factoren

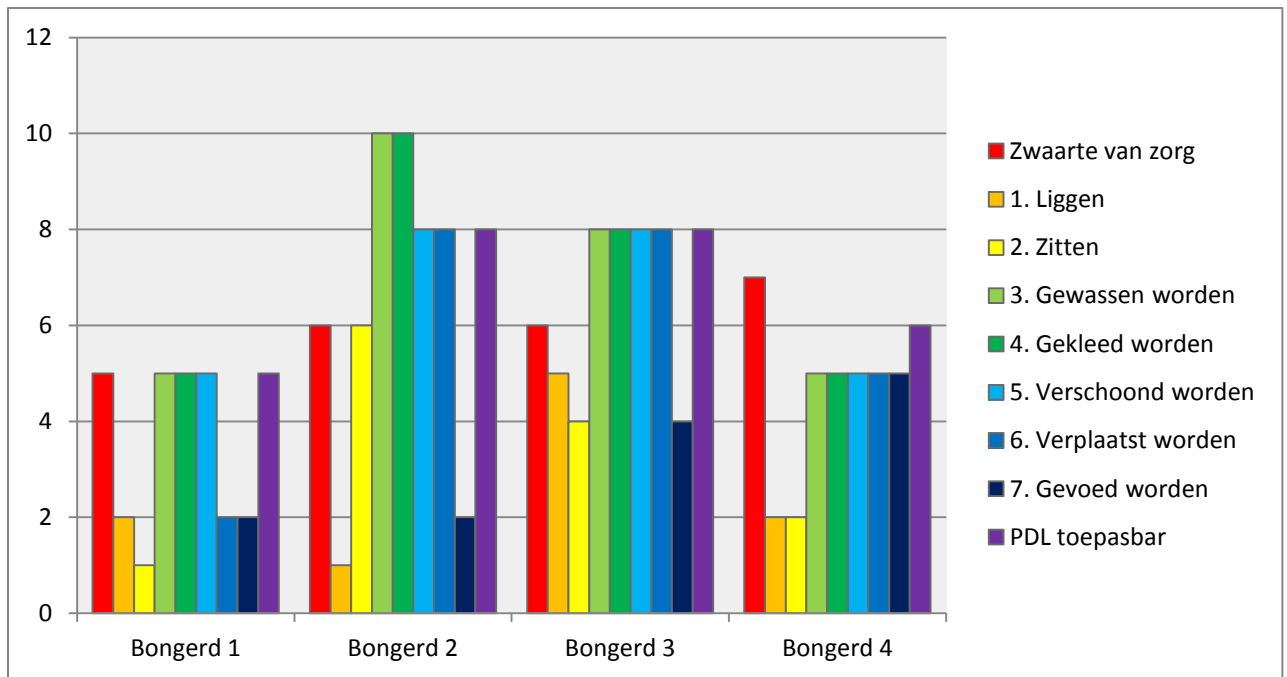
De bewoner is afhankelijk (of gebruikt hulpmiddelen) bij de volgende PDL – factoren:

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. Liggen | ☐ 5. Verschoond worden |
| ☐ 2. Zitten | ☐ 6. Verplaats worden |
| ☐ 3. Gewassen worden | ☐ 7. Gevoed worden |
| ☐ 4. Gekleed worden | |

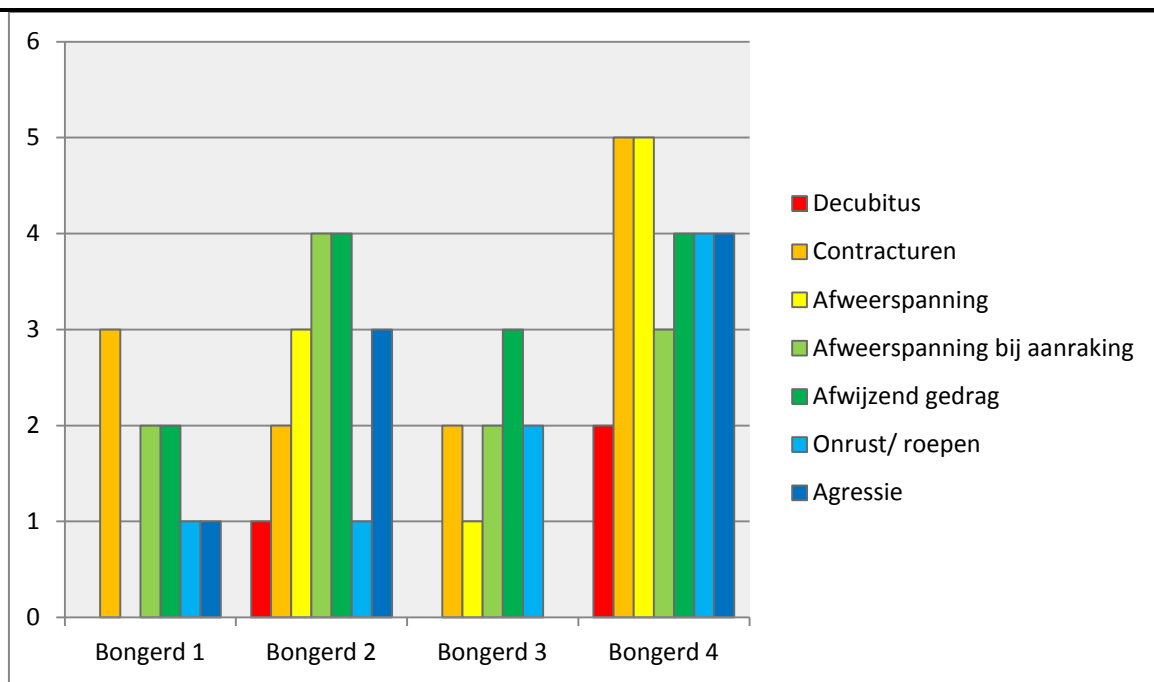
4.3 UITKOMSTEN PDL INDICATIEFORMULIEREN

In deze bijlage zijn de uitkomsten vanuit de PDL indicatieformulieren terug te vinden. Deze zijn in schema's en tabellen verwerkt. In het eerste schema en tabel staan de PDL factoren uitgewerkt. Het tweede schema en tabel geven zicht in de PDL symptomen en het derde schema en tabel laat de PDL signalen zien.

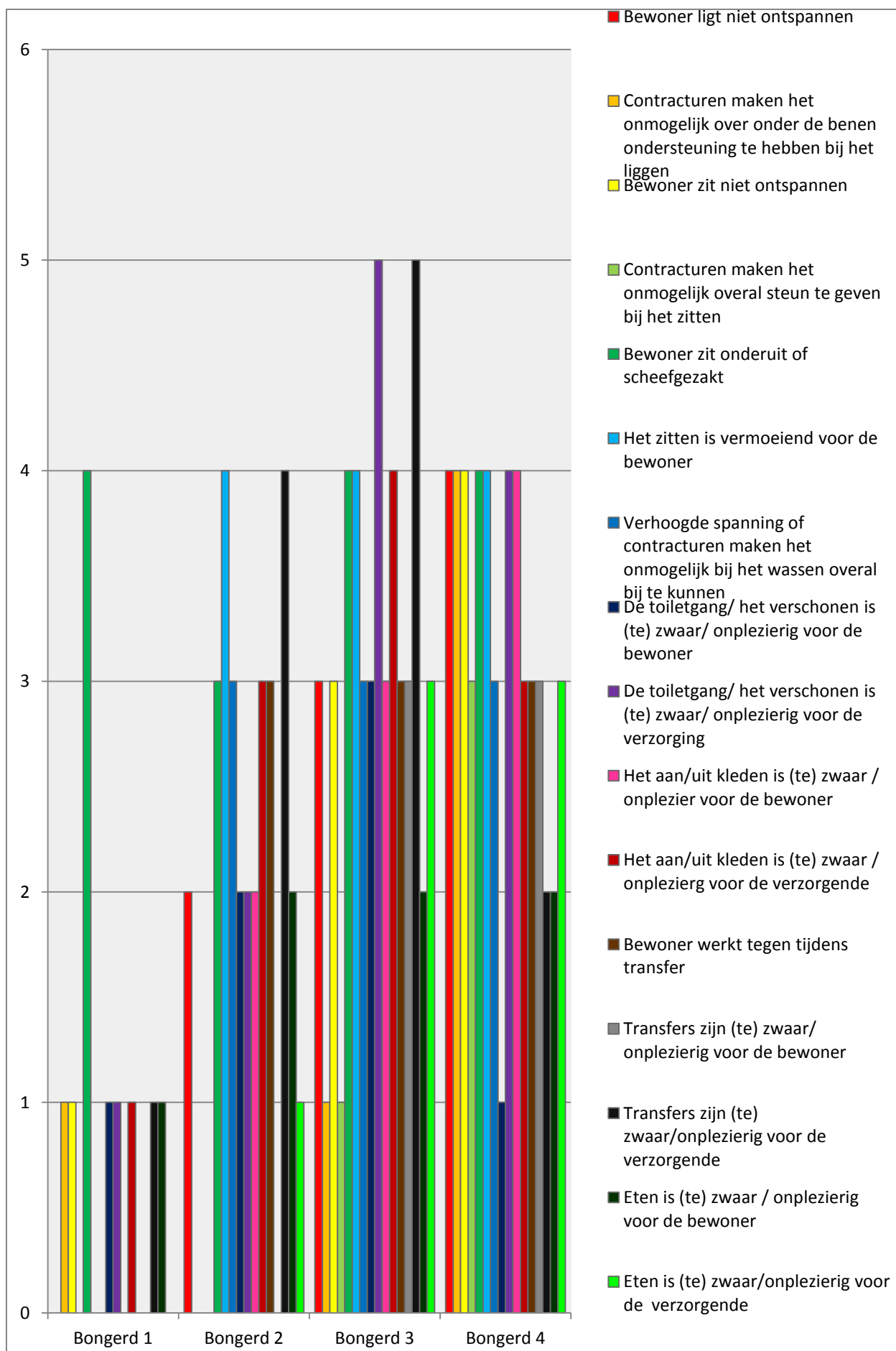
	Bewoners	Zwaarte van zorg	1. Liggen	2. Zitten	3. Gewassen worden	4. Gekleed worden	5. Verschoond worden	6. Verplaatst worden	7. Gevoed worden	PDL Toepasbaar
Bonger 1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	8	X	X	X	X	X	X	X	X
	4	6	X	-	X	X	X	X	X	X
	5	5	-	-	X	X	X	-	-	X
	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-
	7	8	-	-	X	X	X	-	-	X
	8	3	-	-	X	X	X	-	-	X
Totaal		5	2	1	5	5	5	2	2	5
Bonger 2	1	2	-	-	X	X	-	-	-	X
	2	10	-	X	X	X	X	X	X	X
	3	8	X	X	X	X	X	X	-	X
	4	7	-	X	X	X	X	X	-	X
	5	4	-	-	X	X	-	-	-	X
	6	8	-	-	X	X	X	X	-	X
	7	7	-	X	X	X	X	X	-	X
	8	10	-	X	X	X	X	X	X	X
	9	7	-	-	X	X	X	X	-	X
	10	8	-	X	X	X	X	X	-	X
	11	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	12	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		6	1	6	10	10	8	8	2	8
Bonger 3	1	6	-	-	X	X	X	X	-	X
	2	9	X	X	X	X	X	X	X	X
	3	7	X	X	X	X	X	X	X	X
	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	6	10	X	X	X	X	X	X	X	X
	7	7	X	X	X	X	X	X	X	X
	8		X	-	X	X	X	X	-	X
	9	6	-	-	X	X	X	X	-	X
	10		-	-	X	X	X	X	-	X
Totaal		6	5	4	8	8	8	8	4	8
Bonger 4	1	10	X	X	X	X	X	X	X	X
	2	5	-	-	X	X	X	-	X	X
	3	8	-	X	X	X	X	X	-	X
	4	7	-	-	X	X	X	X	X	X
	5	8	X	-	X	X	X	X	X	X
	6	7	-	-	-	-	-	X	X	X
	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		7	2	2	5	5	5	5	5	6
Eind Totaal		6	10	13	28	28	26	23	13	27



		Decubitus	Contracturen	Afweerspanning	Afweerspanning bij aanraking	Afwijzend gedrag	Onrust /roepen	Agressie
Bonger d 1	1	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	X	-	X	-	-	-
	4	-	X	-	-	X	X	X
	5	-	X	-	-	-	-	-
	6	-	-	-	X	X	-	-
	7	-	-	-	-	-	-	-
	8	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		0	3	0	2	2	1	1
Bonger d 2	1	-	-	-	-	-	-	-
	2	X	X	X	X	X	-	X
	3	-	-	-	-	-	-	-
	4	-	X	-	-	-	-	-
	5	-	-	-	-	-	-	X
	6	-	-	X	X	X	-	X
	7	-	-	-	-	-	-	-
	8	-	-	X	X	X	X	-
	9	-	-	-	X	X	-	-
	10	-	-	-	-	-	-	-
	11	-	-	-	-	-	-	-
	12	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		1	2	3	4	4	1	3
Bonger d 3	1	-	X	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	-	X	X	X	X	-
	4	-	-	-	-	-	-	-
	5	-	-	-	-	-	-	-
	6	-	X	-	X	X	X	-
	7	-	-	-	-	X	-	-
	8	-	-	-	-	-	-	-
	9	-	-	-	-	-	-	-
	10	-	-	-	-	-	X	-
Totaal		0	2	1	2	3	2	0
Bonger d 4	1	X	X	X	X	-	-	-
	2	-	X	X	X	X	X	-
	3	-	X	X	-	X	X	X
	4	-	X	-	-	X	X	X
	5	X	-	X	X	X	X	X
	6	-	-	-	-	-	-	-
	7	-	X	X	-	-	-	X
Totaal		2	5	5	3	4	4	4
Eind totaal		3	12	9	11	13	8	8



		Bewoner <i>Ligt</i> niet ontspannen	Contracturen maken het onmogelijk over onder de benen ondersteuning te hebben bij het liggen	Bewoner zit niet ontspannen	Contracturen maken het onmogelijk overal steun te geven bij het zitten	Bewoner zit onderuit of scheefgezakt	Het zitten is vermoeiend voor de bewoner	Verhoogde spanning of contracturen maken het onmogelijk bij het wassen overal bij te kunnen	De toiletgang/ het verschonen is (te) zwaar/ onplezierig voor de bewoner	De toiletgang/ het verschonen is (te) zwaar/ onplezierig voor de verzorging	Het aan/uit kleden is (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner	Het aan/uit kleden is (te) zwaar / onplezierig voor de verzorgende	Bewoner werkt tegen tijdens transfer	Transfers zijn (te) zwaar/ onplezierig voor de bewoner	Transfers zijn (te) zwaar/onplezierig voor de verzorgende	Eten is (te) zwaar / onplezierig voor de bewoner	Eten is (te) zwaar/onplezierig voor de verzorgende
Bongerd 1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3	-	X	-	-	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-
	4	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	8	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		0	1	1	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0
Bongerd 2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-
	3	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	6	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	X	-	X	-	-
	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	8	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X
	9	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-
	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		2	0	0	0	3	4	3	2	2	2	3	3	0	4	2	1
Bongerd 3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	X	-	-	X	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	X
	3	X	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4																
	5																
	6	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-
	7	X	-	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
Totaal		3	1	3	1	4	4	3	3	5	3	4	3	3	5	2	3
Bongerd 4	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
	2	X	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	X
	3	-	X	X	X	-	X	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-
	4	X	X	X	-	X	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-	X
	5	X	-	X	-	X	X	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-
	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	7	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal		4	4	4	3	4	4	3	1	4	3	3	3	3	2	2	3
Eind totaal		9	6	8	4	15	12	9	7	12	8	11	9	6	12	7	7



De projectgroep heeft twee informatieve dagen gehad op PDL gecertificeerde instellingen. Hieronder staat de keuzeverantwoording beschreven voor de open interviews die gehouden zijn met de daarbij behorende vragen die de projectgroep heeft opgesteld.

De eerste informatiedag vond plaats bij verpleeghuis 'De Blaauwe Hoeve' in Hulst. De projectgroep heeft een rondleiding gekregen van PDL specialist Lorenzo van den Brande. Tijdens de rondleiding is een open interview gehouden en zijn geluidsopnames gemaakt om informatie vast te leggen. De opgestelde vragen en observatiepunten zijn terug te vinden in bijlage 5.

De projectgroep is voor een PDL scholingsdag naar verpleeghuis 'De Stelle' in Oostburg geweest. Tijdens deze dag heeft de projectgroep een klinische les gevolgd over PDL. Tijdens de klinische les zijn geluidsopnames gemaakt om informatie vast te leggen. Tevens zijn hier gesprekken gevoerd met PDL specialist Ed Wiersum.

5.1 VERANTWOORDING OPEN INTERVIEW PDL INSTELLINGEN

De projectgroep heeft twee dagen meegelopen op PDL gecertificeerde instellingen waarbij de projectgroep open interviews heeft gehouden. Het doel van de interviews is inzicht krijgen over de methode PDL en het toepassen van de methode. In deze bijlage wordt de vorm van de interviews weergegeven die door de projectgroep zijn toegepast, gevolgd door de opgestelde vragen.

Semigestructureerd interview

Er zijn verschillende soorten open interviews. De projectgroep heeft gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Er is een vragenlijst opgesteld waarvan tijdens het interview nog bepaald kan worden welke vragen in welke volgorde en op welke manier gesteld worden. Het voordeel van een semigestructureerd interview is dat de projectgroep snel informatie krijgt over veel onderwerpen en onmiddellijk door kan vragen als daartoe aanleiding bestaat. Het doel van een semigestructureerd interview is het verzamelen van geldige en betrouwbare informatie over de onderzoekseenheden. (Glabbeek, 2006).

Videorecorder

Er worden verschillende eisen aan interviews gesteld. Eén van de eisen is de traceerbaarheid van de interviews. Dit door de interviews vast te leggen op video of tape en uit te typen. (Cox K. , Louw, Verhoef, & Kuiper, 2008) Om het gespreksmateriaal zo goed mogelijk te kunnen verwerken, wordt elk interview opgenomen door de projectgroep met een videorecorder (Gruijter, Smits van Waesberghe, & Boutellier, 2010).

Membercheck

Membercheck is een vorm van constructvaliditeit waarbij de onderzoeker zijn bevindingen ter controle voorlegt aan de respondenten (Koopmans, 2006). Door de uitwerking van het interview per e-mail naar de medewerkers van de instellingen terug te sturen, kan de projectgroep controleren of de door hen geformuleerde conclusies voldoende aansluiten bij de manier waarop de hulpverlener de onderzochte situatie ervaren heeft (Wester, Renckstorf, & Scheepers, 2006). De projectgroep heeft de notulen van de meeloopdagen naar beide instellingen opgestuurd per mail. De informatie is valide doordat er geen feedback is gekomen op de verzonden notulen.

Vragenlijst:

- 1) Wanneer komt een bewoner in aanmerking voor PDL?
- 2) Wat zijn de eisen of criteria voor een afdeling om PDL toe te kunnen passen op een afdeling?
- 3) Wat is er nodig voor een instelling om voor een PDL certificaat in aanmerking te komen?
- 4) Welke voorzieningen worden toegepast bij PDL? Welke hulpmiddelen worden hierbij gebruikt?

- 5) Welke maatregelen worden gebruikt bij PDL?
- 6) Welke handelingen worden toegepast bij PDL?
- 7) Wanneer wordt PDL kleding gebruikt bij bewoners?
- 8) Hoe ziet PDL kleding eruit?
- 9) Wordt er gebruik gemaakt van de door stichting PDL aangereikte protocollen?
 - Handelingen
 - Maatregelen
 - Voorzieningen
- 10) Wordt er een benaderingswijze toegepast bij de PDL methode?
Is belevenisgerichte zorg een toegepaste benaderingswijze binnen de PDL methode?
- 11) Is er iemand van de instelling aanwezig bij werkconferenties die worden gehouden vanuit de stichting PDL?
- 12) Wat is hét verschil met een reguliere PG afdeling en een gecertificeerde afdeling waar PDL wordt toegepast?
- 13) Hoe is PDL betrokken en verwerkt in het Zorgplan?
- 14) Vinden er trainingen plaats voor medewerkers?
 - Hoe vaak vinden deze plaats?
 - Waar bestaan de trainingen uit?
- 15) Wordt de methode PDL disciplinair toegepast?
Welke disciplines zijn hierbij betrokken?
Op welke manier maken disciplines (fysiotherapeut, ergotherapeut etc.) gebruik van de methode PDL?
- 16) Hoe is de betrokkenheid van de familie met betrekking tot de methode PDL?
- 17) Hoe is de betrokkenheid van disciplines? (fysiotherapie, ergotherapie, diëtist, activiteitenbegeleiding)
- 18) Wat doet de passiviteit van de bewoners met de medewerkers?
- 19) Wordt PDL bij alle bewoners toegepast ongeacht zorgzwaarte?
- 20) Met welke problematiek hebben bewoners te maken?
 - a) Bedlegerigheid
 - b) Stijfheid, contracturen,
 - c) Verhoogde spierspanning
 - d) Afweerspanning
 - e) Moeizame communicatie
 - f) Problemen met kauwen en slikken
 - g) Speekselvloed
 - h) Dementie
- 21) Sinds wanneer is dit een PDL gecertificeerde instelling?
- 22) Is er een duidelijk verschil merkbaar bij de bewoners na het integreren van de PDL methode?
- 23) Wat zijn de effecten van de methode PDL op de bewoners?

5.2 DE BLAAUWE HOEVE

De Blauwe Hoeve is de eerste PDL gecertificeerde instelling in Nederland. Dit verpleeghuis is ingedeeld in diverse afdelingen; een revalidatieafdeling, een somatische afdeling en een psychogeriatrische afdeling.

PDL is een methode die wordt gebruikt bij bewoners die zichzelf niet meer kunnen verzorgen. Deze bewoners hebben zelfzorgtekorten waarbij geen perspectief meer is voor verbetering. De zogenoemde PDL activiteiten worden door de verzorgers overgenomen. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende handelingen, maatregelen en voorzieningen. Deze komen voort uit verschillende disciplines zoals de ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en worden geïntegreerd bij

verzorgers om dit tijdens de dagelijkse verzorging toe te passen. Het samenbrengen van verschillende handelingen, maatregelen en voorzieningen dragen bij om de zorg voor de bewoner zo aangenaam mogelijk te laten verlopen.

Twee keer per jaar vindt er van iedere bewoner een MDO (Multidisciplinair Overleg) plaats. Hierbij zijn alle betrokken disciplines aanwezig. Dit zijn de fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist, persoonlijke begeleider en arts. Ook is indien wenselijk de familie aanwezig. Per bewoner wordt individueel bekeken wat nodig is voor optimale zorgverlening, welke PDL activiteiten moeten worden overgenomen en welke restactiviteiten moeten worden benut. Veranderingen in belang van optimale zorgverlening worden opgenomen in het zorgplan.

De Blaauwe Hoeve maakt gebruik van de protocollen van de PDL stichting. Stichting PDL is een doorgeefluik van getoetste PDL protocollen. Deze zijn opgesteld door verschillende instellingen en specifiek toepasbaar bij deze instellingen. Stichting PDL wil hiervoor geen verantwoordelijkheid dragen. De protocollen zijn terug te vinden op de website van de stichting PDL (Stichting PDL, 2011).

Medewerkers ervaren veel voordelen door de PDL- methode. Er bestaan voordelen voor bewoners en voor medewerkers. De bewoner is meer ontspannen en de methode heeft een positieve uitwerking op het gedrag. De (deel) passiviteit van de bewoners wordt geaccepteerd door het medewerkers. De methode PDL wordt aangevuld met verschillende benaderingswijzen zoals validation, reminiscentietraining en R.O.T. (Brande, 2012)

Lorenzo van de Brande benoemt en laat een aantal vaardigheden, maatregelen en voorzieningen zien die bij PDL worden toegepast. Deze worden verwerkt in het zorgplan.

Voorbeelden van handelingen:

Tijdens de verzorging op bed wordt de bewoner zo min mogelijk gedraaid. Zorg ervoor dat alles binnen handbereik ligt en probeer wassen, drogen en kleden in een handeling uit te voeren. Het gebruik van keypoints en schommelingen van de ledematen dragen bij de handelingen soepeler te laten verlopen. De bewoner zal zich beter ontspannen en afweerspanningen zullen afnemen. Probeer wanneer mogelijk 1 op 1 begeleiding toe te passen. Door dit te doen houd je beter contact met de bewoner. Voor een goed contact vermijd je snelle bewegingen en blijf je op ooghoogte werken. Daarnaast blijf je de bewoner inlichten welke handelingen je verricht. De handelingen hoeven niet altijd volgens het protocol te verlopen. Ten behoeve van de cliënt kan men hier van afwijken, bijvoorbeeld bij een bewoner waarbij eerst de beenzijde wordt verzorgd. Bij deze bewoner kan hij zijn deken over het lichaam leggen wat een veilig gevoel geeft. PDL betekent ook creatief omgaan met de zorgsituaties (Brande, 2012).

Voorbeelden van maatregelen:

PDL activiteiten worden verwerkt in het zorgplan. De belangrijkste punten uit het protocol van een PDL activiteit worden bij het bed gehangen. Er kan worden afgeweken van het protocol ten behoeve van de cliënt, maar het moet ook werkbaar zijn voor de medewerkers. Om de omgang en handelingen tussen medewerkers en bewoners te reflecteren wordt om de zoveel tijd gebruik gemaakt van video-opnames (Brande, 2012).

Voorbeelden van voorzieningen: Binnen de instelling maken we gebruik van PDL kleding, van wasdoekjes, aangepaste stoelen, aangepaste kussens, aangepaste (korrel) matrassen en aangepast eetmateriaal (Brande, 2012).

De opleidingscoördinator heeft de opleiding voor PDL deskundige gedaan en mag hiervoor scholing verzorgen aan het medewerkers. Tweederde deel van de medewerkers van de afdeling heeft een PDL scholing gehad. De teamleider merkt dat hoe meer er aan PDL wordt gedaan, hoe meer vragen

er zijn gekomen over de PDL methode. Wanneer de medewerkers knelpunten tegenkomen tijdens zorgmomenten kijkt de PDL commissie hoe dit wordt opgelost (Brande, 2012).

In de omgeving van de instelling zit stichting Tragel. Dit is een instelling voor verstandelijk beperkten. 'De Blaauwe Hoeve' heeft met Tragel informatie uitgewisseld over de PDL methode. Lorenzo geeft aan dat stichting Tragel niet PDL gecertificeerd is. Lorenzo denkt dat de PDL methode zeker goed toepasbaar is binnen de sector verstandelijke beperkten (Brande, 2012).

5.3 DE STELLE

De Stelle is een verpleeghuis waar mensen verblijven die meestal langdurige verpleging, behandeling en verzorging nodig hebben. Verzorging wordt geboden aan mensen met zowel lichamelijke als psychische stoornissen.

PDL is een complex van vaardigheden, maatregelen en voorzieningen. Het doel van PDL is optimale behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding. Bij PDL is passiviteit het uitgangspunt. Bij het scoren van PDL scoort men vaak op deelfactoren en niet op alle zeven de factoren. Hoofddoelen binnen PDL zijn preventie van decubitus en contracturen, het behoud van conditie en het streven naar optimale leefbaarheid voor de passieve mens. Decubitus, afweerspanningen en contracturen versterken elkaar in een vicieuze cirkel. Decubitus veroorzaakt afweerspanningen, afweerspanningen veroorzaken contracturen en contracturen weer decubitus. Dit geldt ook als je de omgekeerde weg van de cirkel beloopt. Het neven doel van PDL is het verminderen van de draaglast voor de medewerkers.

Een van de uitgangspunten om PDL toe te passen is de rest activiteiten van een bewoner maximaal te benutten. Hiermee wordt bedoeld de zelfstandigheid te ondersteunen en te stimuleren. Wat iemand niet meer kan, wordt overgenomen en wat iemand nog wel kan wordt gestimuleerd. Het is belangrijk rekening te houden dat zelfzorgtekorten niet meer kunnen worden opgeheven wanneer men overgaat op PDL. Een ander uitgangspunt is de zorg te verlenen met één medewerker. Door dit na te streven zorg je voor een optimaal contact met de bewoner. Ook het toepassen van vaardigheden vanuit andere paramedici behoort tot een van de uitgangspunten. Een voorbeeld is de integratie van handelingen vanuit de fysiotherapie in het wasprotocol. Medewerkers kunnen in de zorg leren om te gaan om spasmen of afweerspanningen uit hun patroon te halen.

Een ander punt dat Ed Wiersum benadrukt is het belang van de haptonomie. Haptonomie wordt genoemd als de tast naar zinvol contact. Hierbij zijn de volgende punten van belang. Het maken van oogcontact. Houd je hoofd zoveel mogelijk op dezelfde hoogte als de cliënt. Het vermijden van snelle bewegingen. Duidelijkheid bieden door met je houding aan te geven wat je van plan bent. Het gebruiken van spraak als rustgevend middel. Het beperken van het aantal lieflijke handelingen en het maken van handcontact. Bijvoorbeeld door het gebruik te maken van het PDL laken hoeft je iemand niet meer aan te raken.

Er worden een viertal voorwaarden tijdens deze klinische les benoemd om PDL goed toe te kunnen passen. Namelijk de acceptatie van de passiviteit, een multidisciplinaire samenwerking, de beschikbaarheid van hoogwaardige voorzieningen en de beschikbaarheid van Dynamische lig- en zitmiddelen.

De PDL methode vereist een interdisciplinaire samenwerking. Alle betrokken disciplines zijn bij het MDO aanwezig, ook de activiteitenbegeleiders. De organisatie van PDL is als volgt ingedeeld; Er zijn vier werkgroepen gemaakt. Iedere werkgroep staat onder leiding van een PDL coördinator en iedere afdeling heeft een vertegenwoordiger van een PDL specialist. De PDL specialist is iemand die de PDL cursus heeft gevolgd. Deze personen zijn ook de link van de werkgroep naar de afdelingen. Zo is er de werkgroep 'zitten/gekleed worden', waarvan de coördinator een ergotherapeut is. De werkgroep 'verplaatst worden', waarvan de coördinator een fysiotherapeut is. De werkgroep 'gevoed worden', waarvan de coördinator een logopedist is. En de werkgroep 'liggen, gewassen en verschoond

worden', waarvan de coördinator een fysiotherapeut is. De PDL commissie bestaat uit de 4 PDL coördinatoren, vertegenwoordigers vanuit drie afdelingen, een vertegenwoordiger vanuit het management en een vertegenwoordiger vanuit de belevingsgerichte zorg.

Naast de methode PDL wordt er belevingsgericht gewerkt. Binnenkort komt de belevingsgerichte benaderingswijze Planetree uit. Deze benaderingswijze is goed te gebruiken naast de PDL methode. Ed Wiersum geeft ook aan dat Locomotion van Knibbe veel onderzoek doet naar innovatie in de zorg. Deze onderzoeken zijn gericht op het ergonomisch handelen, fysieke belasting van medewerkers in relatie met kwaliteit van de bewoners. Deze onderzoeken staan vaak nauw in relatie met de methode PDL. Zo zijn er onderzoeken gedaan naar PDL kleding, het ergonomisch opdekken van het bed met vast glijzeil e.a. (Brande, 2012)

Uit de werkgroep bijeenkomsten zijn een aantal problemen gekomen die door de projectgroep zijn onderbouwd met theorie en geclusterd in de onderwerpen bewoners, medewerkers, organisatie, methode en materiaal. Hieronder staat een uitgebreide omschrijving van de problemen per cluster.

6.1 BEWONERS

Cognitieve achteruitgang

De cognitie van de bewoner vormt een probleem op de Bongerd. Zij hebben meer behoefte aan rust en hebben sneller last van lawaai. De bewoners reageren minder snel, hebben moeite dingen te onthouden.

Sensorische integratie

Dit betekent dat de bewoner minder snel informatie oppikt en kan verwerken.

Fysieke achteruitgang

De bewoners op de Bongerd hebben klachten aan het bewegingsapparaat. Het bewegen gaat moeilijker, spierweefsel neemt af, veranderingen in gewrichten en zij lopen langzamer. Er bestaat kans op vallen. Door osteoporose is er gevaar voor breuken.

De bewoners hebben te maken met spierspanning en contracturen. Mobiele bewoners hebben in de ochtend last van opstartproblemen zoals stijfheid. Wanneer een bewoner in een zelfde houding blijft, krijgt hij last van stijfheid en ondervindt ongemakken. Verschillende bewoners zijn passief en kunnen niet zelfstandig van houding veranderen. Deze bewoners hebben vaak een onderuitgezakte houding.

Lichamelijke klachten zoals, verminderde eetlust, spijsverteringsstoornissen (obstipatie), slikproblemen, incontinentie en decubitus kunnen toenemen. Echter wordt er al veel gedaan op de Bongerd aan de preventie van decubitus.

Zintuiglijke achteruitgang

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op slechthorendheid (Evenhuis H. , 2006). Dit geldt ook voor de bewoners op de Bongerd. Zij krijgen te maken met achteruitgang van zintuigen. Het zien van diepte en de gezichtsscherpte nemen af, hoge tonen zijn minder goed te horen en er is een verminderd evenwichtsgevoel. Daarnaast proeven en ruiken bewoners minder goed.

Communicatie

Het is niet altijd mogelijk om verbaal te communiceren met verstandelijk beperkten, doordat de bewoners zich niet duidelijk kunnen uitdrukken of niet kunnen praten. Bij verstandelijk beperkten wordt veel gebruik gemaakt van non verbale communicatie.

Sociaal netwerk

Het sociale netwerk van de verstandelijk beperkten wordt kleiner naarmate de bewoners ouder worden. De bewoners hebben geen kinderen. Vaak betekent dit ook voor hen een achteruitgang in hun functioneren (Maaskant & Hoekman, 2007). Daarnaast zijn de bewoners beperkt in hun mobiliteit waardoor de bewoners vaak niet zelfstandig activiteiten kunnen ondernemen.

Ziekte

Naast de verstandelijke beperking krijgen de bewoners te maken met ziektes zoals een longontsteking, urineweg infectie, aderverkalking, botontkalking en dementie.

Gedrag

Tijdens de ADL komt het voor dat er weerstanden ontstaan vanuit bewoners. Dit kan zich verbaal uiten, maar de bewoner kan ook angstig worden, zich terug trekken of moeilijk verstaanbaar gedrag vertonen.

Individuele benadering

Elke bewoner heeft ander zorg nodig, want ieder probleem bij iedere bewoner is verschillend.

6.2 MEDEWERKERS

Benaderingswijze

De benaderingswijze van medewerkers naar bewoners kan een probleem vormen. Door tijd en werkdruk werken medewerkers tijdens zorgmomenten in hoog tempo. Er worden verschillende benaderingswijzen gebruikt op unit de Bongerd. Ieder afdeling heeft andere benaderingswijze. Een van de benaderingswijze is het verstaanbaar maken. Dit wordt gedaan door middel van dreigend en destructief gedrag (signaleringsplannen). Ook worden er verschillende benaderingswijzen van dementie toegepast zoals belevingsgerichte zorg. Dit kan problemen geven voor de bewoner doordat er geen eenduidige zorg wordt verleend.

Deskundigheid

Er bestaat een verschil in deskundigheid van medewerkers op de afdeling. Tijdens de werkgroep bijeenkomst wordt aangegeven dat verschillen van deskundigheid komen door het niveau van opleiding en door invalkrachten. Verschillen van deskundigheid hebben invloed op de omgang met de ouder wordende bewoners op de unit de Bongerd. Tijdens de werkgroep bijeenkomst wordt aangegeven dat er een tekort is aan haptonomische benaderingswijze en het ergonomisch handelen. Medewerkers hebben een eigen manier van werken waardoor geen eenduidigheid in handelen wordt

Ergonomisch handelen

Medewerkers op de Bongerd geven aan dat er winst kan worden behaald in het ergonomisch handelen van medewerkers. Wanneer minder ergonomisch wordt gehandeld kost dit tijd. Wanneer meer handelingen worden uitgevoerd, dan heeft dit een negatieve invloed op de bewoner. Deze uitkomsten zijn benoemd tijdens de werkgroep bijeenkomsten op de Bongerd.

Acceptatie

In de algemene zorg zijn zorgverleners snel gericht op het behalen van successen en vooruitgang bij zorgvragers. (Wiersum, Ed;, 2012) Het kan een struikelblok vormen voor medewerkers niet mee te gaan in passiviteiten van een bewoner.

Werkdruk

De werkgroep benoemt dat werkdruk en tijd een probleem vormt.

Uit onderzoek van AbvaKabo FNV bij zorgmedewerkers blijkt dat werkdruk het meest negatieve aspect van het werken in de zorg is. Dit zorgt voor werkstress. (Wal, 2011)

Er wordt benadrukt dat wanneer er meer aandacht wordt gegeven aan de ene bewoner, dat dit ten koste gaat van een andere bewoner. Een medewerker zal prioriteiten moeten stellen en keuzes moeten maken en kan niet op alle behoeften van bewoners ingaan.

Fysieke belasting

Tijdens de participerende observaties is aan bod gekomen dat de verzorging bij bewoners met meerdere medewerkers wordt uitgevoerd vanwege de fysieke belasting op de medewerkers.

6.3 ORGANISATIE

Kosten

Hedendaagse bezuinigingen in de gezondheidszorg zijn een actueel probleem. Dit kan de kwaliteit van het product en implementatie beïnvloeden.

Er is weinig geld beschikbaar voor scholing en middelen. Ook de clustermanager geeft aan dat goede theoretische onderbouwing nodig is om de nodige scholing, middelen of andere maatregelen die nodig zijn voor implementatie door te drukken.

Voorzieningen

Vanuit de organisatie worden geen voorzieningen aangedragen die de belasting op werknemers en bewoners verlichten zoals aangepaste kleding voor bewoners en wasdoekjes voor het verlichten van de werkdruk. Voor Bongerd drie is men wel onderzoek aan het doen om deze standaard in te voeren.

6.4 METHODE

Haptonomie

Er wordt door medewerkers niet altijd rekening gehouden met de gevoelsbeleving van de bewoner. De onderlinge interactie, communicatie en tast dient bij iedere bewoner te worden aangepast. Wat het moeilijk maakt is dat ieder individu om een andere benaderingswijze vraagt. Eén keer per jaar hebben medewerkers een verplichte cursus haptonomisch verplaatsen. Mensen zijn er niet bewust van dat haptische benadering een onderdeel is van PDL.

Benaderingswijze

Er worden verschillende benaderingswijzen gebruikt op unit de Bongerd. Ieder afdeling heeft andere benaderingswijze. Een van de benaderingswijze is het verstaanbaar maken. Het theoretisch kader dat hierbij wordt gebruikt is de hechtingstheorie (sensitieve responsiviteit) en anderzijds het werk van Velthausz (ethologische observatie).

Ergonomie

Medewerkers op de Bongerd geven aan dat er winst kan worden behaald in het ergonomisch handelen van medewerkers. Wanneer minder ergonomisch wordt gehandeld kost dit tijd. Wanneer meer handelingen worden uitgevoerd heeft dit een negatieve invloed op de bewoner. Deze uitkomsten zijn benoemd tijdens de werkgroep bijeenkomsten op de Bongerd.

6.5 MATERIAAL

Voorzieningen

Vanuit de organisatie worden geen voorzieningen aangedragen die de belasting op werknemers en bewoners verlichten zoals aangepaste kleding voor bewoners en wasdoekjes voor het verlichten van de werkdruk.

Transfer

Personeel geeft aan dat de ADL waaronder transfers bij een aantal bewoners zwaar is. Sommige bewoners worden verzorgd met twee personen, omdat het lastig is om alleen de zorg (met transfers) te verlenen. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende materialen om het werk te verlichten zoals passieve tillift.

In deze bijlage wordt een uitgebreidere omschrijving gegeven van de keypoints en schommelbewegingen met tips om ze in de praktijk toe te kunnen passen.

Voor het openen van arm- handbewegingen bij spastische aandoeningen en afweerspanning:

- Breng de pols in flexie (lokt een strekreflex uit)
- Probeer de duim zover mogelijk uit de vuist naar buiten te halen
- Probeer daarna de vingers voorzichtig zover mogelijk te strekken
- Prikkel zo weinig mogelijk de handpalm
- Geef een zo vol en warm mogelijk hand
- Houdt dit handcontact aan tijdens alle handelingen die je aan arm en hand wil uitvoeren.
- Combineer deze keypoint met lichte schommel –en draaibewegingen van het lichaam af.

Voor het buigen van benen die strekspasmen vertonen:

- Duw met de duim voorzichtig de grote teen naar beneden
- Zet 4 vingers onder de holte van de voet
- Zet een volle hand in de kniekuil van hetzelfde been
- Buig het been
- Voor het openen van benen bij sterke extensiebewegingen in de heupen
- Plaats 1 hand op de verste knie en oefen een lichte druk uit van je weg
- Plaats de andere hand op de dichtstbijzijnde knie en maak lichte schommelbewegingen
- Probeer langzaam de beide knieën van elkaar weg te duwen tot je de voorarm ertussen kan fixeren
- Nu is er voldoende ruimte om met je vrije hand een intiem toilet te geven
- Belasten van voeten en benen schommelend strekken. (Een voorwaarde om ongewenste spanning in de benen te verminderen)

In lig:

- De voeten rusten zo plat mogelijk op de onderlaag, zonodig door enige extra druk op de knieën.

In zit:

- Een volledig ondersteunde voetzool geeft tijdens het zitten meer ontspanning aan de beenspieren en vormt ook een belangrijke voorwaarde om van zit tot staan te komen als er sprake is enige sta- functie is.

Bij staan en lopen:

- Het volledig contact tussen voetzool en vloer lokt strekreacties uit in de benen. Daarbij neemt de informatie voor het evenwicht belangrijk toe, bij voetbelasting tijdens het staan en lopen.

(Deruddere, 2006-2007)

BIJLAGE 8 BENODIGDE VOORZIENINGEN

Om PDL te kunnen implementeren op unit de Bongerd is het nodig om te beschikken over een aantal voorzieningen. Naar aanleiding van de tweede werkgroep bijeenkomst heeft de projectgroep gekeken welke materialen er bij PDL gebruikt worden.

8.1 BENODIGDE MATERIALEN

Vanuit verschillende literatuurbronnen is hieronder een opsomming gemaakt welke materialen geschikt zijn bij het toepassen van de methode PDL.

1. Liggen

- Afwisselend dynamisch druk matras
- Drukverlichtende kussens en apparaten (Dijk G. v., 2008)
- Wisselligging en bedtransfers m.b.v. het glijzeil
- Wentelsysteem
- Traagschuim matras
- Anti-decubitus matras
- Innocare ligsystemen
- Dynamisch ligmiddel
- Korrelkussens (Stichting PDL, 2011)

2. Zitten

- Aangepaste stoelen
- Dynamische zitvoorziening (Dynaform en Kelvin) (Maertelaere, 2008)

3. Gewassen worden

- Bad en douche faciliteiten aangepast voor passieve bewoners (Dijk G. v., 2008)
- Wassen zonder water: Swashdoekjes (Stichting PDL, 2011)

4. Gekleed worden

- Aangepaste kleding (Dijk G. v., 2008)

5. Verschoond worden

- Incontinentie materiaal

6. Verplaatst worden

- Makkelijk verplaatsbare stoelen en bedden
- Materialen voor het verplaatsen van de bewoner, zoals brace voor steun om te staan, lift, transfer blad, draaiblad. (Stichting PDL, 2011)

7. Gevoed worden

- Kopjes en bestek aangepast op de passieve bewoner (handycup, sorbetlepel, hoefijzervormig kussen) (Dijk G. v., 2008)

Overige

- Zintuiglijke benadering:
 - Horen (rustgevende muziek, new age of snoezelen)
 - Zien (licht, inrichting, sfeer)
 - Voelen (warm/koud, massage, aanraking)
 - Ruiken (steen, brandertje)

- Proeven (snoepje, chocola) (Frankes, 2006)
- Omgevingsfactoren (huiselijke sfeer) (Wiersum, Ed., 2012)

8.2 UITWERKING AANWEZIGE MATERIALEN

Twee leden van de projectgroep zijn naar unit de Bongerd gegaan om informatie in te winnen over de materialen die daar aanwezig zijn. Samen met medewerkster Marlou Janssen zijn de materialen in kaart gebracht.

Materialen	Aanwezig (ja/nee)	Bijzonderheden
1. Liggen		
Afwisselend dynamisch druk matras	X	
Drukverlichtende kussens en apparaten	X (hoefijzerkussens)	
Wisselligging en bedtransfers m.b.v. het glijzeil	X	
Wentelsysteem	-	
Traagschuim matras	-	
Anti-decubitus matras	X	
Innocare ligsystemen	-	
Dynamisch ligmiddel	X	
Korrelkussens	-	
2. Zitten		
Aangepaste stoelen	X	
Dynamische zitvoorziening (Dynaform en Kelvin)	X	
Rolstoelcape	X	
3. Gewassen worden		
Bad en douche faciliteiten aangepast voor passieve bewoners	X (snoezelbad, blacklight, muziek, lavalamp, schommelen)	
Wassen zonder water (Swashdoekjes)	X	
4. Gekleed worden		
Aangepaste kleding	X (soepele stof, V-hals, geen knoopjes)	
5. Verschoond worden		
Incontinentie materiaal	X	
6. Verplaatst worden		
Makkelijk verplaatsbare stoelen en bedden	X (hoog-laag bed, hoog-laag douchestoel)	
Materialen voor het verplaatsen van de bewoner	X (brace voor steun om te staan, tillift, transfer blad, draaiblad)	
7. Gevoed worden		
Kopjes en bestek aangepast op de passieve bewoner (handycup, sorbetlepel, hoefijzervormig kussen)	X (plastic lepel, tengel, beker met stuk eruit)	
Overige		
Zintuiglijke benadering:		

• Horen (rustgevende muziek, new age of snoezelen) • Zien (licht, inrichting, sfeer) • Voelen (warm/koud, massage, aanraking) • Ruiken (steen, brandertje) • Proeven (snoepje, chocola)	X (snoezelen) X (dia projector, licht) X X (badgeur, lavendel, sinaasappel, aroma, tengel)	
Omgevingsfactoren (huiselijke sfeer)	X	Rekening houden met elkaar

In het begin van het afstudeerproject, tijdens de voorfase, is er een werkgroep opgericht. Deze bestaat uit een ergotherapeut, diëtiste, twee senior begeleiders en de projectgroep. Vanuit actieonderzoek wordt aangegeven dat het belang van werkgroep bijeenkomst in relatie staat tot het creëren van empowerment/wederkerige adequaatheid en draagkracht/probleem analyse (Migchelbrink, 2007).

9.1. WERKGROEP BIJEENKOMST 1

Tijdens de eerste werkgroep bijeenkomst waren de ergotherapeut, diëtiste, twee senior begeleiders en de leden van de projectgroep aanwezig. Er wordt gestart met een ijsbreker door een plaatje te kiezen dat past bij hoe ieder lid van de werkgroep tegen dit project aankijkt. Er zijn diverse plaatjes gekozen waaruit gebleken is dat de leden teamwork belangrijk vinden en hopen op een goede samenwerking. Zij denken dat het project veel energie zal kosten, maar wel iets moois oplevert.

Voorafgaand aan de bijeenkomst zijn drie doelen opgesteld door de projectgroep:

- In de eerste bijeenkomst werkt de werkgroep aan een goede samenwerkingsrelatie en een goed werkklimaat.
- In de eerste bijeenkomst is het duidelijk wat actieonderzoek inhoudt en wat ieders rol en bijbehorende taken zijn in de werkgroep.
- Tijdens de eerste bijeenkomst is de projectgroep geïnformeerd op welke wijze de betrokkenen van de werkgroep hun handelingsprobleem of situatie ervaren. (huidige situatie)
- Tijdens de eerste bijeenkomst is er voor iedereen meer duidelijkheid in de verkenning van het voorlopige probleem.
- Tijdens de eerste bijeenkomst is de projectgroep geïnformeerd over het doel en de oplossingsrichting die de betrokkenen van de werkgroep voor ogen hebben (hun gewenste situatie).

Omdat dit de eerste bijeenkomst was, hebben alle leden kennisgemaakt aan de hand van het benoemen van een dier dat hen karakteriseert. Iedereen heeft zich voorgesteld en kennis gemaakt. Hierna is door één van de leden van de projectgroep uitleg gegeven over wat actieonderzoek inhoudt en hoe hiermee te werk gegaan wordt.

Aan de hand van een Mindmap heeft de werkgroep georiënteerd op problemen die er liggen op de Bongerd. Als centraal onderwerp is gekozen voor 'De zorgvrager op de Bongerd'. Rondom dit onderwerp zijn alle problemen geschreven die genoemd zijn door leden van de werkgroep. Alle problemen die genoemd zijn, zijn verwerkt in het visgraatmodel welke terug te vinden is in de diagnostische fase. Ook zijn er een aantal oplossingen genoemd die meegenomen zullen worden bij de implementatie.

Een aantal problemen die er volgens de werkgroep uit springen, zijn:

- Een van de problemen heeft te maken met tijd en werkdruk. Het maken van keuzes en het stellen van prioriteiten. Het heeft onder andere te maken dat je niet genoeg medewerkers hebt. Als je meer aandacht geeft aan de ene bewoner gaat het ten koste van een andere bewoner.
- Het verschil in deskundigheid onder de verschillende werknemers.
- Elke bewoner heeft andere zorg nodig want ieder probleem bij iedere bewoner is verschillend.
- Na de vierde bijeenkomst moet er een vervolg komen op dit project om draagkracht te ondersteunen.

Aan het einde van de bijeenkomst zijn concrete vervolgspraken gemaakt met betrekking tot het aanleveren van documenten, feedback geven en verwerken. Hierna is geëvalueerd op de bijeenkomst door tips en tops te benoemen en deze mee te nemen in volgende bijeenkomsten.

9.2 WERKGROEP BIJEENKOMST 2

Tijdens de tweede bijeenkomst waren de ergotherapeut, diëtiste, één senior begeleider en alle projectleden aanwezig. Er zijn door de projectgroep doelen opgesteld met daarbij behorende agenda punten om deze doelen te behalen. Deze zijn in een overzicht verstuurd naar alle leden van de werkgroep zodat iedereen op de hoogte was. Doelen die zijn opgesteld zijn:

- Aan het eind van de tweede bijeenkomst heeft de werkgroep concreet en gedetailleerd inzicht in de probleemfactoren en probleemfacetten die medewerkers en bewoners in de praktijk ondervinden.
- Aan het eind van de tweede bijeenkomst is door de werkgroep een definitieve probleemstelling geformuleerd.
- De werkgroep heeft aan het eind van de tweede bijeenkomst helder wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn of wat de gewenste toekomstige situatie is.

Niet alle doelen zijn behaald aan het einde van deze bijeenkomst. Er was bij aanvang besloten dat andere zaken prioriteit hadden. Om deze reden is eerst een gedeelte van de feedback besproken. Er is een afspraak gemaakt om hier op een ander moment op terug te komen zodat er tijd was om meer duidelijkheid te creëren over problemen.

Er werd gestreefd naar een gezamenlijke probleemstelling. Er is gebleken dat er meer onderzoek nodig is omdat nog niet duidelijk is waar alle problemen liggen. Er is genoeg duidelijkheid over de ouderdomsproblematiek van bewoners op de Bongerd. Er moet door de projectgroep gekeken worden welke materialen aanwezig zijn op de afdeling, zodat in beeld gebracht wordt of men beschikt over de juiste materialen om met PDL te kunnen werken. Uitzoeken bij wie en onder welke voorwaarden je PDL zou kunnen toepassen. Tevens zal de projectgroep uitzoeken welke maatregelen toepasbaar zijn om continuïteit op unit de Bongerd te waarborgen. Zij gaan daarna uitzoeken bij wie en onder welke voorwaarden je PDL zou kunnen toepassen. Hierna zijn afspraken gemaakt en taken verdeeld.

9.3 WERKGROEP BIJEENKOMST 3

Voorafgaand aan de derde werkgroep bijeenkomst zijn er een aantal doelen opgesteld:

- Aan het eind van de derde bijeenkomst is door de werkgroep een definitieve probleemstelling geformuleerd.
- Tijdens de derde bijeenkomst is er overeenstemming in de werkgroep welke maatregelen een oplossing kunnen bieden aan de eerder genoemde probleemstellingen.
- Tijdens de derde bijeenkomst is er overeenstemming bereikt over hoe het werkplanframe eruit komt te zien.

Deze werkgroep bijeenkomst is gestart met terug komen op de tweede bijeenkomst. Er is kort gesproken over de feedback die verwerkt is. Hierna is de werkgroep verder gegaan met het opstellen van de definitieve probleemstelling:

Medewerkers van de Bongerd geven aan dat ze te kort schieten in hun vaardigheden ten behoeve van de dagelijkse zorg van de bewoners.

Deelvragen die bij deze probleemstelling zijn opgesteld zijn:

- Welke vaardigheden hebben medewerkers nodig?
- Welke theoretische kennis hebben medewerkers nodig?
- Welke betrokkenen zijn er?

Nadat de probleemstelling is vastgesteld en deelvragen zijn opgesteld, is er gekeken naar oplossingen en acties aan de hand van het werkplanframe. Hierbij is gekeken naar iedereen die hierbij betrokken

moet worden. Omdat er niet genoeg tijd was, is er afgesproken dat de projectgroep de gegevens invult in het werkplanframe en deze stuurt naar de overige leden van de werkgroep om te verifiëren of iedereen het hiermee eens is. Hierna zijn vervolg afspraken gemaakt waarmee iedereen aan de slag kan.

9.4 WERKGROEP BIJEENKOMST 4

Tijdens de vierde bijeenkomst waren de ergotherapeut, twee senioren en alle projectleden aanwezig. Er is door de projectgroep een doel opgesteld met daarbij behorende agenda punten om deze doelen te behalen. Deze zijn in een overzicht opgestuurd naar alle leden van de werkgroep, zodat iedereen op de hoogte was. Het doel van werkgroep bijeenkomst 4 is:

- Tijdens de vierde bijeenkomst is er overeenstemming bereikt over hoe het werkplanframe eruit komt te zien en hoe/wat/wie dit gaat uitvoeren.

Eerst is er kort teruggekomen op de vorige bijeenkomst. Daarna heeft de werkgroep het werkplanframe besproken. De projectgroep had deze al helemaal ingevuld zodat hierop feedback gegeven kon worden. Alle stappen zijn doorlopen tijdens dit overleg waarbij kritisch is gekeken naar alle punten. De projectgroep heeft gezien de tijd (ondanks dat de werkgroep bijeenkomst met een half uur is verlengd) geen tijd meer gehad om de procesevaluatie en effectevaluatie van het werkplanframe te bespreken. Daarom is er een extra bijeenkomst gepland om het volledig af te kunnen ronden.

9.5 WERKGROEP BIJEENKOMST 5

Tijdens de vijfde werkgroep bijeenkomst waren de ergotherapeut, twee senior begeleiders en de leden van de projectgroep aanwezig. Deze werkgroep is er extra gepland omdat het werkplanframe nog niet volledig doorlopen was tijdens de vierde werkgroep bijeenkomst. Het doel van deze bijeenkomst is:

- Tijdens de vijfde bijeenkomst is er overeenstemming bereikt over hoe het werkplanframe eruit komt te zien en hoe/wat/wie welke stap gaat uitvoeren.

Eerst is er teruggekomen op de vorige bijeenkomst en besproken wat er ondertussen gedaan is. Daarna is het werkplanframe door gesproken. Hierin heeft de werkgroep per stap de laatste feedback van de werkgroep, na de aanpassingen door de projectgroep, besproken en de laatste dingen kortgesloten wat er gedaan moet worden voor de laatste weken van het afstudeerproject. Hierin is een overeenstemming bereikt. Er zijn concrete punten uitgekomen waar de projectleden mee aan de slag konden gaan om het werkplanframe tot een goed eindresultaat te brengen.

De projectgroep beschrijft in dit hoofdstuk wat de strategie is voor implementatie van PDL op de Bongerd. Vanuit literatuur wordt onderbouwd wat nodig is om deze implementatie te bewerkstelligen. De strategie wordt beschreven aan de hand van literatuur uit actieonderzoek en literatuur vanuit implementatie strategie van Grol en Wensing (2011).

De implementatie tijdens actieonderzoek is een continu proces. Implementatie gebeurt in praktijkgericht onderzoek veelal na het onderzoekstraject. In actieonderzoek is implementatie nadrukkelijk onderdeel van het onderzoekstraject (Migchelbrink, 2007).

De eerste stap die de projectgroep neemt die van belang is voor implementatie is het creëren van wederkerige adequaatheid en empowerment. Wederkerige adequaatheid betekent een gelijkwaardige relatie tussen de projectgroep en de onderzochten, vertrouwen tussen de projectgroep en onderzochten en andere betrokkenen en een open communicatie of dialoog tussen de projectgroep en onderzochten (Migchelbrink, 2007). De projectgroep stelt een werkgroep op om kennis te vergaren die kan bijdragen tot het analyseren en oplossen van het probleem op de afdeling. De projectgroep gaat in een dialoog met de onderzochten zodat de onderzochten kennis opdoen over het eigen handelen en overeenstemming bereiken over probleemsituaties, bijbehorende oplossingen en acties. Op deze manier wordt acceptatie gecreëerd voor de uitvoering van het plan. Empowerment betekent het meer of beter grip krijgen op het eigen handelen of de situatie waarin dat handelen plaatsvindt en meer sturing te geven aan de eigen situatie of handelen (Migchelbrink, 2007). Door wederkerige adequaatheid en empowerment en de participatie wordt een mate van betrokkenheid en afstemming bereikt die tegemoet komt aan de voorwaarden voor een effectieve implementatie (Migchelbrink, 2007).

Een volgende stap in het proces is overeenstemming te bereiken over het nieuwe handelen en gezamenlijk acties te beschrijven in een ontwikkeld handelingsplan. Nadat er door de projectgroep en de onderzochten in de werkgroep bijeenkomsten overeenstemming is bereikt over het nieuwe handelen en dit gezamenlijk is verwerkt in een ontwikkeld handelingsplan, zullen acties voor het nieuwe handelen worden uitgevoerd. De onderzochten moeten zich ervan bewust zijn dat er een probleem is op de afdeling en moet hiervoor een positieve houding hebben tot verandering. Daarbij is het belangrijk dat deze verandering ook bevestigd dat een eerdere werkwijze of kennistekort niet werkte. (Grol, 2007) Doordat de projectgroep samen werkt in een werkgroep met medewerkers zullen acties meer draagvlak hebben. De ontwikkelde acties zijn gezamenlijk ontworpen. Daarnaast zal de projectgroep bereidheid moeten creëren bij alle medewerkers op de Bongerd. Deze acties worden meegenomen in het ontwikkelde handelingsplan. Ook is het van belang dat de verschillende maatregelen die getroffen worden niet allemaal tegelijk worden aangeboden. Dit omdat het de doelgroep zal overspoelen en het de organisatie te veel zal belasten. (Grol, 2007) In het actieplan zullen opeenvolgende stappen worden beschreven.

Voor implementatie van het nieuwe handelen zal beschreven worden op welke wijze feedback gegeven gaat worden, op welke wijze momenten geëvalueerd en welke instrumenten en criteria er worden gebruikt om de veranderde kwaliteit te meten (Migchelbrink, 2007).

Nadat deze fases zijn doorlopen kan worden gestart met een pilot. Hiermee wordt de praktische uitvoering van het ontwerp beoordeeld. De betrokkenen dienen mee te denken over de invoeringsstrategie (Migchelbrink, 2007). Tijdens de pilot zal op meerdere momenten evaluatie plaats vinden. De evaluatie zal gebeuren op basis van vooraf opgestelde kwaliteitseisen gericht op proces en product. Op basis van deze bevindingen wordt het ontwerp bijgesteld of vindt er verdere implementatie plaats (Migchelbrink, 2007). Bepaalde vragen of problemen die zich hierbij voordoen kunnen aanleiding zijn voor aangepaste actieplannen en kunnen leiden tot het opnieuw starten van een zoekproces (Migchelbrink, 2007). Om meer draagvlak te creëren zal een tussentijdsrapport van de ontwikkelingen en de bereikte resultaten verschijnen. Aan het einde van deze fase zullen de uitkomsten worden teruggekoppeld aan alle betrokkenen. Daarbij wordt ook het plan gehanteerd op

welke wijze de behaalde successen kunnen worden vastgehouden en op welke wijze deze kunnen worden ingezet ten behoeve van de andere afdelingen (Migchelbrink, 2007).