



Gea van Dijk:
'Een wetenschappelijke
theoretische basis onder PDL.'

momenteel wordt toegepast, structurele voorwaarden en ervaren effecten van PDL.

3. Wat zijn de specifieke kenmerken van PDL en wat is een definitie van PDL?
Juist omdat PDL in de praktijk is ontwikkeld, is het van belang helder te krijgen wat PDL is, en wat niet PDL is. Wanneer kunnen zorgverleners met recht zeggen dat ze PDL toepassen?
4. Wat zijn voorwaarden voor het succesvol toepassen van PDL?
Waar moet aan voldaan worden in organisatorische zin of anderszins om PDL met succes toe te passen? Over welke competenties moeten medewerkers beschikken om PDL succesvol te kunnen toepassen?
5. Wat is de relatie tussen PDL en palliatieve zorg?
Wordt PDL bij palliatieve zorg toegepast? In hoeverre sluit PDL aan bij palliatieve zorg?
6. Wat zijn de cliëntkenmerken die de keuze voor PDL bepalen en welke meetinstrumenten kunnen hiervoor gebruikt worden?
De keuze voor het al dan niet toepassen van PDL is een wezenlijke. Kort en ongenueanceerd gezegd is het een keuze tussen revalidatie en niet-revalidatie maar juist kwaliteit van leven. Van belang is te weten welke cliëntkenmerken deze keuze mee bepalen en welke meetinstrumenten hiervoor gebruikt kunnen worden.
7. Hoe wordt het besluit voor het toepassen van PDL genomen en hoe wordt het uitvoeren van PDL bij een individuele cliënt in gang gezet?
Kan voor dit proces een richtlijn opgesteld worden?

Veel mensen werkten mee aan mijn onderzoek: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, artsen, verpleegkundigen, PDL-deskundigen en anderen via enquêtes en deskundigenraadplegingen. Mede dankzij hen heb ik antwoorden op de vragen kunnen vinden. Momenteel ben ik bezig met het schrijven van een Nederlandstalig boekje dat tegelijk met het proefschrift zal verschijnen. Hierin komen de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek te staan. Het is immers belangrijk dat de kennis die met het onderzoek is opgedaan ook breder bekend wordt, zodat een ieder zijn of haar voordeel ermee kan doen. Als het boekje klaar is laat ik via deze nieuwsbrief weten hoe je in het bezit hiervan kunt komen als je daar belangstelling voor hebt.

Graag contact

Ook na mijn promotie ga ik verder met het onderzoek naar PDL. Bij voorkeur samen met anderen. Zo is een van de uitkomsten het begin van een richtlijn betreffende het maken van de keuze voor al dan niet toepassen van PDL en de toepassing van PDL bij een individuele cliënt. Deze richtlijn moet nog bediscussieerd, aangepast en geïmplementeerd worden. Ook start dan het effectonderzoek. Immers de kaders zijn nu vastgelegd bij welke cliënten PDL aan de orde is en hoe je dat kunt meten; wat het toepassen van PDL inhoudt: het hoe van het toepassen en aan welke voorwaarden voldaan moet worden om PDL succesvol toe te passen. Deze omschrijvingen zijn voorwaarden voor effectonderzoek. Ik kom graag in contact met mensen die onderzoek zouden willen doen op het gebied van PDL, om gezamenlijk een vervolg te kunnen geven. Hopelijk tot ziens, *Gea van Dijk, G.v.Dijk@znb.nl*

Nieuw Toutenburg

De certificering van verpleeghuis Nieuw Toutenburg in Noardburgum (Friesland) zal plaatsvinden op 11 september 2008. In de volgende nieuwsbrief meer hierover.

Agenda

- 10 maart 2009 PDL-congres in Ede

Adressen en informatie

Stichting PDL

Veerhoeklaan 7
4501 AE Oostburg Nederland

Informatie over PDL-trainingen en -workshops

Albada College
Unit Gezondheidszorg
Rosestraat 1103
3071 AL Rotterdam
Telefoon: + 31 (0)10-290 1403
E-mail: marketing.gez@albeda.nl

PDL-uitgaven

- werkboek PDL
- DVD Wat is PDL
- DVD Wassen en kleden op bed
- DVD De Zeven PDL-factoren
- lesbrief PDL
- DVD Het Dynamische Ligmiddel

dit materiaal is verkrijgbaar bij Mobicare, Mariniersweg 51, 3255 VE Oude Tonge, tel. +31 (0) 187 - 64 26 19

PDL-gecertificeerde instellingen



PDL-keurmerk verstrekt aan



Colofon

Deze nieuwsbrief is een uitgave van de Stichting PDL en verschijnt twee maal per jaar in een oplage van 1000 stuks.

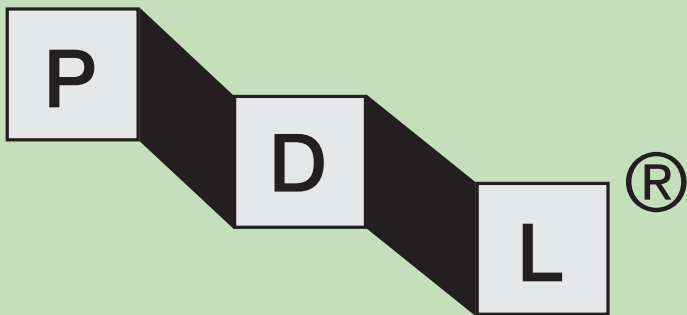
Redactie

Henk Nijkamp, Eline Knuttel (De Inktvis, Dordrecht).
Tips voor de redactie: +31 (0)78 6310380 of info@inktvis.nl

Druk

Morks Drukkerij & Uitgeverij, Dordrecht

www.stichtingpdl.nl



Bestuurlijk gesproken

Geachte managers in de zorg, collegae, PDL is een specifieke zorgmethode binnen de zorg voor de passieve bewoner/cliënt in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking. Het geeft daadwerkelijk een kwaliteitsverbetering in de zorgverlening zowel voor de cliënt als de medewerker. De instelling die voldoet aan de certificeringseisen van de Stichting PDL heeft de praktische zorg dan goed voor elkaar en kan deze optimaal bieden.

De maatschappelijke verwachtingen van de zorg worden steeds hoger. Op een goede manier voldoen aan de normen voor Verantwoorde zorg is geen kleinigheid, maar voor ons allen wel een uitdaging om er zo goed mogelijk aan te voldoen. De PDL-zorgmethodiek helpt u om meerdere

praktische handelingen en voorzieningen goed geregeld te krijgen. Binnenkort zal de uitreiking van het PDL-certificaat plaatsvinden aan het verpleeghuis Nieuw Touburg in Bergum en aan verpleeghuis de Samaritaan in Sommelsdijk. Van mijn kant feliciteer ik beide alvast. Hercertificering (iedere drie jaar) heeft het afgelopen jaar plaatsgevonden in verpleeghuis De Stelle te Oostburg, verpleeghuis P.W. Jansen in Deventer en verpleeghuis De Blaauwe Hoeve in Hulst. Hercertificering zorgt dat de kwaliteit constant blijft en dat de organisatie structureel volgens de PDL-zorgmethode blijft werken.

Thema van deze nieuwsbrief is o.a. tillen en verplaatsen. Wanneer u dat goed heeft ingevoerd in uw organisatie levert dat veel comfort op voor de cliënt alsook minder belasting van de medewerker. En dit laatste

heeft weer minder rugklachten en daardoor minder verzuim tot gevolg.

Binnen mijn eigen instelling (verpleeghuis De Stelle in Oostburg) gaan we binnenkort proefdraaien met een douchewc. Hierbij vindt er na toiletgebruik automatische spoeling, droging alsook afvoer van geuren plaats. Via internet (bv op www.balena.nl en www.debimex.nl onder 'douchewc') is uitgebreide informatie te vinden. De verwachting is dat ook dit voor cliënt én verzorgende positief zal uitwerken. Ik daag u allen uit tot verdere verdieping in het verbeteren van de kwaliteit van de directe zorg rondom de cliënt.

*Ben Sanders, Voorzitter Stichting PDL
Directeur verpleeghuiszorg van Woonzorg West Zeeuws Vlaanderen
jb.sanders@zzv.nl*

PDL onder de loep

Wat is PDL? PDL staat voor Passiviteiten van het Dagelijks Leven, het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen waarmee je mensen die niet meer tot zelfzorg in staat zijn kunt verzorgen, begeleiden, behandelen, benaderen en verplegen. PDL bestaat uit zeven onderdelen of 'factoren': Liggen, Zitten, Gewassen worden, Gekleed worden, Verschoond worden, Verplaatst worden en Gevoed worden.



Passieve lift Viking van Lopital Nederland BV

In elke Nieuwsbrief lichten we er één onderdeel uit. In deze Nieuwsbrief de zesde PDL-factor: Verplaatst worden.

Zwaar als lood

Het tillen en verplaatsen van cliënten staat in de zorg van oudsher bekend als een 'zwaar' onderdeel. Wanneer een cliënt onderuitgezakt in bed ligt, zet je hem of haar rechtop, bij het wassen en aankleden moet je dikwijls draaien en keren. Na de ochtendverzorging plaats je de cliënt met meer of minder hulp vanuit bed in de stoel. De verzorgende zal hierbij moeten begeleiden, ondersteunen of zelfs de actie volledig moeten overnemen. Als de verzorgende de cliënt goed kent, zal de verplaatsing soepel verlopen en weten beiden wat ze kunnen verwachten: ze zijn goed op elkaar ingespeeld. Bij drukte gaat dat anders, als er collega's of poolkrachten komen invallen. Voor hen is de situatie onbekend en bovendien speelt de werkdruk een grote rol. Vaak verloopt een verplaatsing om deze reden niet vlot. Meestal zijn het kleine dingen, zoals even stoppen om nog wat ruimte te maken, of de bewoner eerst half in de

stoel zetten en daarna de transfer helemaal afmaken. Grote problemen ontstaan als de bewoner onvoldoende sta-functie heeft en door de knieën zakt. Daar komt opeens veel kracht aan te pas. De bewoner haalt het net wel of net niet... En wat te denken van je eigen rug. Om deze reden krijgen tillen en verplaatsen ook prioriteit bij het maken van beleid en dat al sinds het midden van de jaren tachtig.

Bestuurlijk gesproken	1
PDL onder de loep <i>Verplaatst worden</i>	1
Vervolg PDL onder de loep	2
'Aanraken is ontmoeten' <i>Haptonomie en PDL</i>	2
Een doener in de zorg <i>Portret van Henk Nijkamp</i>	3
Promotieonderzoek naar PDL <i>Stand van zaken</i>	3/4
Kort bericht	4
Agenda, adressen en informatie	4

Elk ligmiddel een eigen transfer

Het beleid komt vaak voort uit ergonomische motieven: het ontzien van ruggen en het voorkomen van ziekteverzuim onder personeel in de zorg. Daarnaast wordt de veiligheid van de cliënt aangegeven als een reden voor transferbeleid. Beide redenen zijn zeer legitiem. Maar vanuit PDL is ook andere reden aan te geven: transfers bij passiviteit hebben altijd een relatie met andere factoren. Een transfer vanuit een actieve stoel zal geheel anders verlopen

worden. In de praktijk blijkt dat transfers bij de toiletgang stranden op problemen, waardoor zowel de bewoner als de zorgverlener ze als 'zwaar' ervaart. Zo is er een duidelijke relatie tussen sta-functie enerzijds en het vraagstuk van continëntie of incontinentie anderzijds. Welke transfer en welk hulpmiddel gebruikt zal worden is afhankelijk van de oplossing van dit vraagstuk. Een goede analyse van het probleem kan dus een duidelijke verlichting van de zorg teweeg brengen.

is het inbrengen van haptonomie. Waar dit gesneden koek is voor specialisten in bewegen (lees: fysiotherapeuten), zal de gemiddelde ziekenverzorgende meer moeilijkheden ondervinden. Immers: het 'bewegen' is niet het doel maar het middel om het doel 'verplaatsen' te bereiken. Het wordt voor fysiotherapeuten ook al een stuk moeilijker als ze in de zorgsituatie een bewoner moeten verplaatsen, kleding moeten verwijderen, incontinentiemateriaal moeten verwijderen etc. Om maar niet te spreken van de verschoningshandelingen ná het toiletbezoek.

Als je het bewegen haptonomisch aanpakt, je 'samen' beweegt, dan zal de bewoner zich veiliger voelen en zal de transfer beter verlopen. De cliënt zal dus het tempo van bewegen bepalen.

Verplaatst Worden is meer dan transferbeleid en het toepassen van tilregels alleen: het gaat om het aanbrengen van een structureel goede analyse van alle factoren die een bijdrage leveren aan het al of niet slagen van een transfer.

Henk Nijkamp

Wist u dat u met transferhulpmiddelen ook haptonomisch kunt werken? Het is zoals een timmerman zijn hamer als verlengstuk van zijn lichaam gebruikt om een spijker in het hout te slaan. Hij kan door de spijker en de hamer heen voelen of het hout hard of zacht is, of hij recht of scheef slaat. Gebruik transferhulpmiddelen ook als verlengstuk. De bewoner is veel minder 'lijdend voorwerp' en zal zich veel meer op zijn gemak voelen.

dan een transfer vanuit een passieve stoel, ook elk ligmiddel zal zo zijn eigen transfer nodig hebben. Daartegenover zullen zorgsituaties beïnvloed worden door de wijze waarop iemand verplaatst wordt of kan

Gesneden koek

Een tweede onderdeel dat wezenlijk is voor het optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die een cliënt nog heeft en daardoor het welslagen van een transfer

'Aanraken is ontmoeten'

Haptonomie en PDL

Volgens Van Dale is haptonomie: 'leer en studie van het gevoel en het gevoelsleven die de aspecten van het nabijheids-, aanrakings- en gevoelscontact van menselijke affectieve relaties bestudeert en beschrijft (wordt in verschillende (para)medische behandelwijzen toegepast)'. Bij de zorg is nabijheid en aanraking voortdurend aan de orde, zoals ook blijkt uit het artikel over 'Verplaatst worden' in deze nieuwsbrief. Vanuit de haptonomie



'Aanraken is ontmoeten', fragment van gewelffresco, Sixtiynse Kapel in Rome (Michelangelo, 1510)

ontmoet je iemand als je hem aanraakt. Wat kunnen we in de PDL-zorg leren van haptonomie? De redactie sprak met Ria Molenbroek, die haar werk als verpleegkundige in de thuiszorg combineert met een praktijk als haptotherapeut. Hoe gebruikt ze haptonomische uitgangspunten bij het tillen en verplaatsen?

Mens versus ding

Con-tact betekent letterlijk samen-voelen. Aanraken is de meest pure en directe vorm van contact. In de zorg is 'aanraken' voortdurend aan de orde. En hoe passiever de bewoner, hoe meer aanraking. Bij elke aanraking 'voel je samen' en ontmoet je dus iemand.

In de praktische toepassing is haptonomie geen geneeswijze of therapie, maar een benaderingswijze die op allerlei manieren toepasbaar is in de zorg. Ria Molenbroek volgde de opleiding haptotherapie aan de Academie voor Haptonomie in Doorn. Ze heeft haar eigen praktijk als haptotherapeut in Silvolde, maar werkt ook in de thuiszorg. In die zorg past ze de haptonomische principes toe. 'Het gaat erom dat je een mens als mens benadert en niet als 'ding'. Je tilt geen ding, maar je tilt met gevoel voor de persoon die je verplaatst.

Je bent je ook steeds van de nabijheid bewust. Je bent heel dicht bij iemand, lijf bij lijf.'

Volgens de haptonomische benadering bevestig je de ander in zijn wezen. Het is een ontmoetend, helend (is 'heel makend', heel de mens omvattend) aanraken.

Hangen als een zak

Haar ervaring is dat je zonder dit bewustzijn voorbij gaat aan degene voor wie je zorgt. 'Mensen gaan al gauw hangen als een zak. Dat maakt ze loodzwaar, waardoor elke beweging ontaardt in trekken en sjoeren. Dat is onplezierig voor zorgvrager én zorgverlener', legt Ria uit. 'Nodig mensen uit tot samen bewegen. Doe je dat niet, dan maak je mensen passiever dan ze eigenlijk zijn. Mensen trekken zich terug in zichzelf en je verbreekt het contact. Maar als je ze uitnodigt, in woord en daad, dan kun je de beweging ook samen uitvoeren. Jouw eigen gebaar en beweging maken al veel duidelijk. Met ondersteunende tekst, dus zeggen wat je doet, bevestig je het contact en ondersteun je de beweging. De mate waarin iemand meebeweegt hangt af van de toestand van diegene. Gebruikmaken van de kracht die iemand zelf heeft, betekent dat je iemand respectvol benadert.' *EK*

Een doener in de zorg

Portret van Henk Nijkamp



Henk Nijkamp:
'Zinvol contact zit in wat je doet,
in wat je zegt en wie je bent.'

Vanaf het meest prille begin is Henk Nijkamp bij het gedachtengoed van PDL betrokken. Jarenlang was hij bestuurslid (1992-2006) van de Stichting. Nu werkt hij nog steeds als fysiotherapeut, PDL-coach, redacteur van deze nieuwsbrief en van de site www.stichtingpdl.nl en auteur van de serie 'PDL onder de loep' waarvan in dit nummer de zesde aflevering is te lezen. Ook is hij de man achter Mobicare, de uitgeverij van vakpublicaties over PDL. Kortom: iemand die veel te vertellen heeft over PDL.

'Beter maken'

Sinds 1980 werkt Henk als fysiotherapeut in Verpleeghuis de Samaritaan te Sommelsdijk. Dat hij dat nog steeds doet, komt omdat hij het werken in een zorgteam als heel plezierig ervaart. In een team deel je immers kennis en kunde: één van de pijlers van PDL. Henk werkte vanaf het begin samen met Jan van Eijle, ook fysiotherapeut. Deze laatste werd vanuit de afdelingen geconfronteerd met de vraag: 'Als "beter maken" niet meer gaat, wat doe je dan?' Het begrip 'passiviteiten' deed zijn intrede, de tegenhanger van activiteiten. Wat doe je als die activiteiten steeds minder worden? Een interne werkgroep ging met deze vraag aan de slag, hetgeen in 1986 uitmondde in een eerste rapport over PDL voor intern gebruik. Daarin werden de zeven factoren, gebaseerd op de zorgmomenten van de dag, gepresenteerd.

De denker en de doener

In de ontwikkelingsfase was Jan van Eijle 'de denker' en Henk Nijkamp 'de doener'. Met zijn Renault-vijfje reed Henk het land door met een speciale stoel en dito matras. Daardoor kreeg hij veel respons

uit de praktijk. In 1991 werd de uitgeverij Mobicare opgericht. En in die tijd raakte ook Janneke van der Wees bij de ideeën betrokken via de Prinses Margrietschool, het latere Albeda College. Via dat kanaal wordt de PDL-cursus van tien dagdelen nog steeds gegeven, zo'n dertig keer per jaar. Die behoefte blijft bestaan, immers komen er door verloop steeds nieuwe, jonge mensen in dienst.

Zinvol contact

Veel zorginstellingen en opleidingen gaan (onbewust) uit van het idee 'ziekte mag niet'. Vanuit die gedachte blijf je activiteiten stimuleren en forceren. De kern van PDL is het accepteren van passiviteiten. Zoals Jan van Eijle dat destijds formuleerde is PDL: 'het tasten naar zinvol contact'. Dat tasten geldt letterlijk én figuurlijk. Vanuit het vakgebied van Henk, de fysiotherapie, ga je om met afweerspanning in de dagelijkse zorg, zoals het gebruik van de wc en het wassen. In die zorg gaat het om het winnen van vertrouwen. Het zinvolle contact zit in wat je doet, in wat je zegt en wie je bent. Daarin begeleidt Henk verzorgenden.

Zou je een cameraatje op een willekeurige zorgsituatie zetten, met alle respect voor de verzorgende, dan zouden mensen schrikken van hoe het contact vaak anders loopt dan ze bedoelen. Voortdurende feedback is dus van groot belang.

Banden met lucht

Inmiddels is zo'n 80% van de verpleeghuizen (enigszins) bekend met PDL. Dat wil nog niet zeggen dat al die huizen ook volgens PDL werken. Wat dat betreft is er nog veel werk te verrichten. Maar ook in huizen die wel volgens de PDL-zorgmethode werken, valt er het nodige te doen. 'Om

de banden op spanning te houden moet je steeds lucht bijpompen.' Management en personeel moeten voortdurend kiezen voor een bewuste werkwijze. Scholing is daarbij een probaat middel, evenals coaching.

Diep respect

In de media komen verpleeghuizen vaak negatief in het nieuws. In het algemeen heeft deze zorg geen positief imago. Van die aanhoudende negatieve berichtgeving krijgt Henk vaak tranen in zijn ogen. Hij benadrukt juist graag de positieve kanten van de zorg. Een verpleeghuis kan aandacht, zorg, bescherming en veiligheid bieden. Dit kan voor de bewoner én diens omgeving ook een enorme geruststelling betekenen. Dag in dag uit werkt Henk met verzorgenden. Voor het contact dat hij tot stand ziet komen tussen bewoner en verzorgende voelt hij een diep respect! Henk is ervan overtuigd dat er veel mogelijk is wanneer je de financieringsmiddelen goed aanwendt en keuzes durft te maken in de zorg. En juist omdat ouderen zelf niet voor hun zorg kunnen opkomen, doet Henk dat graag voor hen.

Kampvuur

Als je een poosje met Henk over PDL praat, valt het op dat hij makkelijker over anderen praat dan over zichzelf. Een bescheiden trekje? Ja, maar als je even aanhoudt geeft hij toch wel wat prijs. Bijvoorbeeld op de vraag of er nog iets anders in zijn leven bestaat dan PDL. Vroeger speelde hij gitaar bij scouting, het liefst bij het kampvuur, later bij bruiloften en partijen. Nu speelt hij voor de gezelligheid liedjes mee die hij hoort. Ook knutselt hij aan zijn oude Engelse autootje (1969). Voorlopig komen we hem daar niet in tegen, hij steoit nog met de onderdelen. EK

Promotieonderzoek naar PDL

Stand van zaken

Als alles volgens wens verloopt, is dit het laatste jaar van mijn promotieonderzoek en zal ik eind dit jaar of begin volgend jaar promoveren op 'Care of people who are Powerless in Daily Living' oftewel PDL. Het doel van mijn onderzoek is een wetenschappelijke theoretische basis te leggen onder PDL. Dit is belangrijk omdat PDL uit de praktijk ontwikkeld is en deze basis nodig is om verder (wetenschappelijk) onderzoek naar de effecten van PDL te kunnen doen.

Antwoord op vragen

In het onderzoek zocht ik antwoord op de volgende vragen:

1. Welk type zorgverlening is PDL? *Oftewel wat voor type zorg is PDL als we dit beschouwen vanuit verschillende perspectieven? Bij welke andere vormen van zorgverlening sluit PDL aan?*
2. Wat is de huidige toepassing van PDL?

PDL wordt momenteel vooral toegepast in verpleeghuizen in Nederland en ouderenzorginstellingen in Vlaams België. Om te bekijken 'of het wel ergens over gaat' is het interessant zicht te krijgen op de bekendheid van PDL, de mate van toepassing en de wijze waarop PDL