



Accepteren of activeren?

Aan de hand van een casus uit de praktijk van een man met de ziekte van Parkinson wordt nagegaan tegen welke problemen zowel verpleegkundigen en verzorgenden, als de cliënt zelf en diens naasten aanlopen en welke gevolgen deze hebben. Vervolgens wordt erop ingegaan hoe door middel van de multidisciplinaire methode PDL (passiviteiten van het dagelijks leven) omgegaan kan worden met deze problematiek.

Hierbij wordt steeds gekeken welke zelfzorgtekorten als passiviteit moeten worden geaccepteerd. Verder wordt gekeken naar restvermogens en welk restvermogen voor de cliënt de meeste meerwaarde heeft. Er wordt steeds afgewogen hoe iemand de beperkte energie die er nog is het beste kan benutten. Op deze wijze wordt de cliënt geholpen bij het (leren) leiden van een leven in zorgafhankelijkheid.

Het artikel laat ook zien hoe hierbij door observatie de behoeften van een cliënt, die dit zelf niet meer goed kan aangeven, in kaart gebracht kunnen worden en bespreekbaar gemaakt kunnen worden binnen het multidisciplinaire overleg en welke rol de coördinerend verpleegkundige hierbij heeft.

SYLVIA MEINDERS-DIEPEVEEN, PDL-docent, fysiotherapeut, bestuurslid Stichting PDL

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kunt/weet u:

- wat de multidisciplinaire zorgmethodiek PDL inhoudt;
- wat een passiviteit is;
- hoe u aan de hand van PDL een keus kunt maken voor accepteren of activeren van een zelfzorgtekort;
- hoe u de cliënt kunt helpen met leven in zorgafhankelijkheid;
- zorg dragen voor een optimaal niveau van comfort in de zorg;
- als verpleegkundig specialist door middel van uw leiderschapsrol de mogelijkheden van PDL inzetten bij de cliënt;
- als verpleegkundig specialist verpleegkundigen en verzorgenden ondersteunen in de zorg voor de passieve cliënt.

TREFWOORDEN:

PDL, passiviteiten van het dagelijks leven, zelfzorgtekorten, Parkinson, zelfzorgvermogen

1 STUDIEPUNT

Casus uit de praktijk: accepteren of activeren?

Meneer Verbeek is 82 jaar en heeft al jaren de ziekte van Parkinson. Hij heeft zo lang als mogelijk was thuis gewoond met zijn vrouw. Ondanks hulp van zijn vrouw en dochters en onder andere de wijkverpleging en eerstelijns fysio- en ergotherapie kon hij niet langer thuis blijven wonen.

Hij heeft veel moeite met zijn lichamelijke achteruitgang en kan zich daarom ook maar moeilijk neerleggen bij zijn opname in het verpleeghuis en bij de 'boodschap' van zijn neuroloog, dat er medisch geen mogelijkheden meer zijn om zijn situatie positief te beïnvloeden.

Informatie ten aanzien van de levensdomeinen in het zorgleefplan:

1. Mentaal welbevinden
 - Gedragsaspecten: meneer is erg traag als gevolg van M. Parkinson.
 - Is vriendelijk en voorkomend.
 - Meneer kan slecht tegen veranderende omstandigheden. Heeft veel behoefte aan vaste structuur.
 - Hij wil graag de autonomie bewaren over zijn doen en laten.
2. Lichamelijk welbevinden
 - M. Parkinson met forse rigiditeit en sterk afnemende mobiliteit.
 - Zintuigen: visus en gehoor lijken voldoende.
3. Participatie
 - Cognitie: open vragen worden niet altijd begrepen (of is meneer wellicht te traag om de antwoorden te formuleren en wij te ongeduldig om op het antwoord te kunnen wachten?), gesloten vragen wel. Het duurt erg lang, voordat hij kan antwoorden. Soms komt er helemaal geen reactie op een vraag.

- Communicatieve vaardigheden: meneer spreekt erg zacht en monotoon. Soms is hij niet te verstaan, omdat het hem dan aan stemvolume ontbreekt.
- Meneer Verbeek is hoogopgeleid, had een goede baan, is een liefhebber van klassieke muziek en geniet van uit eten gaan en een goed gesprek met vrienden.

4. Woon- en leefomstandigheden

- Afhankelijk van intensieve lichamelijke zorg.

Wat zijn lichamelijke beperkingen betreft, heeft hij vooral veel moeite met het feit dat hij genoodzaakt is een leven te leiden in volledige zorgafhankelijkheid. Hij kan zich in bed niet meer omdraaien en een houding aannemen waarin hij kan ontspannen en wordt steeds wakker, doordat zijn spieren verkrampen en pijn doen. Hij kan niet goed uitleggen aan de verzorgende hoe hij wél lekker ligt, want na twee zinnen begeeft zijn spraakvermogen het. Wanneer de verzorgende 's morgens komt om hem te helpen met wassen en aankleden, wordt het nog erger, want hij kan niet meer goed op zijn rug liggen, en wanneer ze hem probeert te wassen op de rand van het bed, kan hij niet in balans blijven zitten en wanneer ze hem liggend op bed

verzorgt, moet hij steeds een andere houding aannemen, hetgeen hem niet meer lukt. Ook voor de verzorgende is dit zwaar en zij vraagt de coördinerend verpleegkundige of het niet beter is om meneer Verbeek met zijn tweeën te wassen en aan te kleden. Bovendien voelt hij zich na afloop van de wasbeurt vermoeider dan vroeger na een lange dag werken. Na het wassen rust hij even uit om vervolgens door twee verzorgenden geholpen te worden om te gaan staan en naar de huiskamer te lopen. Lopen vindt hij erg belangrijk. Vroeger maakte hij lange wandelingen en nu stelt het lopen hem in ieder geval nog in staat om, samen met zijn vrouw, dochter en schoonzoon, zo af en toe uit eten te gaan of een concert te bezoeken. Maar ook dit gaat steeds moeizamer. Na elke vier meter lijkt het of zijn voeten vastplakken aan de vloer en moet de verzorgende zeggen: 'Stop! Even rechtop staan. Ik tel tot 3 en dan gaan we weer. 1, 2, 3!' En wanneer hij dan eindelijk in zijn stoel zit, heeft hij het gevoel of hij de marathon heeft gelopen. De verzorgende geeft dit door aan de verpleegkundige. Even later ziet de coördinerend verpleegkundige dat meneer Verbeek in slaap is gevallen in zijn stoel, scheef is gezakt en bijna uit zijn stoel lijkt te glijden.

WAT IS PDL?

PDL staat voor **Passiviteiten van het Dagelijks Leven**.

De definitie is: PDL is een complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt aan een optimale begeleiding of verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet zijn terug te dringen.³

PDL is een multidisciplinaire zorg- en behandelingsmethode, waarbij zorg- en behandeldoelen met elkaar zijn verweven. Wanneer een zelfzorgtekort niet meer omgezet kan worden in zelfzorgvermogens, zijn trainen en therapie zinloos en kan beter via een andere weg ingegaan worden op ondersteuning van dit zelfzorgtekort. Zo kunnen de betreffende cliënt en de zorgverlening deze zelfzorgtekorten accepteren.

Door te accepteren dat iemand iets niet meer kan en ook niet meer zal kunnen, kon gekeken worden naar manieren om iemand een ander leven te laten leven in zorgafhankelijkheid. Een leven waarbij comfort van zorg op de eerste plaats komt. Een passiviteit is binnen de PDL een zelfzorgtekort dat niet meer omgezet kan worden in een zelfzorgvermogen door bijvoorbeeld training, therapie, medicatie of hulpmiddelen.

Wil de zorgverlener de patiënt in de zorgrelatie liefdevol ondersteunen bij het accepteren van diens passiviteit, dan is na en naast de acceptatie een vaardigheidsniveau noodzakelijk om bijvoorbeeld met pijn, afweerspanning, decubitusgevaar en ernstige bewegingsbeperkingen om te gaan. Om op dit vaardigheidsniveau te komen, moet de zorgverlener kunnen beschikken over nieuwe handelingen, maatregelen en voorzieningen; PDL

voorziet daarin.⁴ Dit wordt onder andere bereikt door paramedische vaardigheden in de directe zorg te implementeren.

PDL heeft zeven aandachtsgebieden, PDL-factoren of passiviteiten genoemd, waaromheen de zorg voor passieve cliënten wordt opgebouwd. Deze zeven passiviteiten zijn:

1. liggen
2. zitten
3. gewassen worden
4. gekleed worden
5. verschoond worden
6. verplaatst worden
7. gevoed worden.

Voor iedere cliënt wordt vastgesteld wat ten aanzien van elke PDL-factor de mate van passiviteit is, en op basis daarvan wordt voor iedere cliënt een individueel zorgplan opgesteld. In dit zorgplan wordt gemotiveerd omschreven welke, zo nodig voor ieder individueel aangepaste, maatregelen, handelingen en voorzieningen worden ingezet. Hierbij kan het gaan om volledige overname van zorg volgens de PDL-methode of alleen inzet van die handelingen, maatregelen of voorzieningen op een van de deelgebieden waarop de passiviteit wordt geaccepteerd. Daarbij wordt steeds nagegaan welk restvermogen (dat wat iemand nog wel kan) de grootste meerwaarde heeft voor de cliënt. De cliënt kan aangeven wat voor hem of haar de meeste waarde heeft in de rest van zijn leven. Hierbij wegen restvermogens met een sociale functie doorgaans het zwaarst.

Regelmatig wordt er een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd om het functioneren van meneer Verbeek vanuit meerdere invalshoeken te bekijken. De coördinerend verpleegkundige vertelt hoe alles steeds meer moeite kost voor meneer Verbeek en stelt in het MDO voor om over te gaan op volledige verzorging via de PDL-methode (zie kader).

Ter voorbereiding formuleert de coördinerend verpleegkundige het volgende om in het MDO te bespreken:

1. Meneer heeft moeite met het vinden van een comfortabele houding. Wat is op het gebied van ligondersteuning mogelijk?
2. Het zitten in de stoel kost veel energie. Is de huidige stoel nog wel adequaat?
3. Door voorgaande factoren is er sprake van schuif- en drukkrachten, waardoor de kans op decubitus toeneemt.
4. Meneer geeft pijn aan, in de ochtend en tijdens de ADL.
5. Rigiditeit vraagt om ADL door twee personen. Cliënt lijkt moeite te hebben met zijn zorgafhankelijkheid en het omgaan met zijn intimiteit. Dit vraagt een een-op-eenbenadering.
6. Het lopen lijkt ten koste te gaan van energie voor eten, drinken en spraakvermogen.

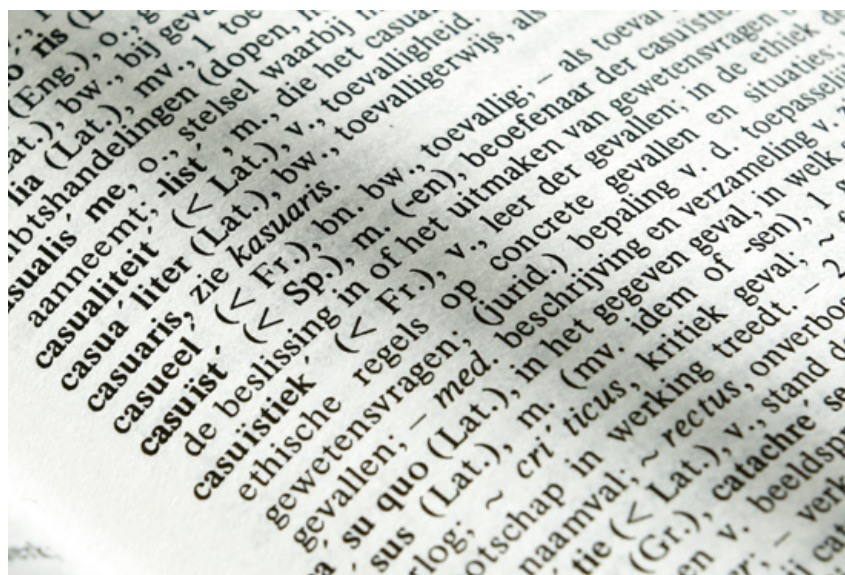
De verpleegkundige vult tevens een PDL-scorelijst³ in (zie bijlage), om na te gaan wat de zorgzwaarte van meneer Verbeek is. Zo kan zij een indicatie krijgen of volledige overname van zorg op basis van PDL geïndiceerd is, of dat dit alleen voor een aantal PDL-factoren nodig is. De PDL-scorelijst geeft een waarde van 19 aan, wat haar advies om over te gaan op volledige PDL-zorg ondersteunt.

HET MDO

Meneer Verbeek wordt in het MDO besproken. Hierbij zijn de volgende disciplines aanwezig: een verpleegkundig specialist ouderenzorg (VGG-er), een geriater, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en de eerstverantwoordelijk verpleegkundige.

Aan de fysiotherapeut en de ergotherapeut wordt gevraagd om mee te kijken bij de dagelijkse zorg en met een advies te komen. Samen met de verpleegkundige brengen zij het functioneren van meneer Verbeek volgens de zeven PDL-factoren in kaart en komen met een advies.

1. *Liggen*: meneer kan niet zelfstandig zijn houding in bed veranderen en dit veroorzaakt een toename van de spiertonus. Deze kan verminderd worden door het inzetten van ligondersteunende middelen zoals traagschuimkussens onder de benen en bij zijn hoofd en romp.
2. *Zitten*: aangezien er sprake is van een afnemende rompbalans, kan hij niet langdurig actief zitten en is meneer meer gebaat bij een passieve rolstoel met kantelfunctie, zodat het zitten minder energie kost.
3. *Gewassen worden*: door het toepassen van het handelingsschema voor wassen en kleden op bed kan het aantal transfers op bed sterk gereduceerd worden tot twee, waardoor het wassen op bed veel meer ontspannen kan verlopen. Bij het hanteren van dit handelingsschema¹ is het bovendien mogelijk om meneer nog steeds in een een-op-eensituatie te verzorgen in plaats van met twee. De verpleegkundig specialist benadrukt dat wanneer je de zorg voor meneer met twee personen uitvoert, deze veel verbale en non-verbale reacties van meneer zullen missen, en hier dan ook niet op kunnen ingaan, omdat zij hun handelingen dan steeds op elkaar moeten afstemmen. Bovendien kan



PDL-FACTOR	BESCHRIJVING:	SCORE	CLIËNT-SCORE
1 Liggen			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat zich te verplaatsen in lighouding?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
2 Zitten			
<i>Is de cliënt in staat zich zelfstandig te verplaatsen in zithouding?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
3 Gewassen worden*			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat zich te wassen (delen van het lichaam of het gehele lichaam)?</i>			
0.	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1.	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2.	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3.	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
* Toelichting vraag: Wassen van lichaamsdelen: gebruiken van water, zeep en/of andere substanties om delen van het lichaam schoon te maken, zoals wassen van handen, gezicht, voeten, het haar of de nagels. Wassen van het gehele lichaam: gebruiken van water, zeep en/of andere substanties om het hele lichaam schoon te maken, zoals baden en douchen. Zich afdrogen: gebruiken van een handdoek of andere middelen om een of enkele lichaamsdelen of het hele lichaam af te drogen, zoals na het gewassen te hebben.			
4 Gekleed worden*			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat zich aan en uit te kleden?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
Toelichting vraag: Aantrekken van kleding: op gecoördineerde wijze kleding aantrekken over verschillende lichaamsdelen.			
5 Verschoond worden			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat naar het toilet te gaan en zichzelf te reinigen?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
6 Verplaatst worden			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat in en uit bed te stappen?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
7 Gevoed worden			
<i>In hoeverre is de cliënt zelfstandig in staat te eten en te drinken?</i>			
0	De cliënt kan het zelfstandig en heeft daarbij geen hulp van anderen nodig	0	
1	De cliënt kan het zelf, maar iemand anders moet toezien of stimuleren	1	
2	De cliënt kan dit slechts met veel moeite, iemand anders moet helpen	2	
3	De cliënt kan dit niet zelfstandig, iemand anders moet dit overnemen	3	
Totaalscore			

Figuur 1 PDL-scorelijst. Dit valide en betrouwbare meetinstrument kan gebruikt worden om de zorgwaarde van een cliënt te bepalen en daarbij na te gaan of volledige of partiële overname van zorg op basis van de PDL-methode is geïndiceerd.

PDL-score inbrengen in het MDO:

Als de totale score lager is dan 18: geen volledige inzet van PDL: wel op basis van deelpassiviteiten handelingen, hulpmiddelen of voorzieningen uit de PDL-methodiek gebruiken.

Als de totale score gelijk of hoger is dan 18: volledige overname op basis van de PDL-methodiek.³

Link om te downloaden: <http://stichtingpdl.nl/wp-content/uploads/2015/01/PDL-scorelijst1.pdf>

door het toepassen van het handelingsschema het ontspannende effect van de ligondersteuning langer worden behouden (zie <http://stichtingpdl.nl/publicaties/protocollen/handelingsschema-wassen-en-kleden>). De fysiotherapeut spreekt af een aantal keren mee te kijken tijdens het wassen op bed. Zij kan de verpleegkundigen dan leren op welke wijze gebruikgemaakt kan worden van key-points en facilitatietechnieken. Hierdoor kunnen zij beter leren omgaan met de rigiditeit van meneer en hoe zij zijn bewegingen het beste kunnen ondersteunen tijdens het gewassen worden.

4. *Gekleed worden:* omdat het heffen van de armen erg moeizaam gaat, vanwege de rigiditeit in zijn ledematen, wordt voorgesteld om de kleding aan te passen. De fysiotherapeut stelt voor om de cliënt blouses te laten dragen die van achteren geopend kunnen worden, zodat het kleden eenvoudiger en minder belastend verloopt. De ergotherapeut stelt voor om 'losse frontjes' te maken van de blouses zonder mouwen. Meneer heeft namelijk ook veel last van speekselvloed, waardoor de blouses snel nat worden en koud aanvoelen. Door losse frontjes te maken, zonder mouwen (foto), kunnen deze wanneer ze nat worden eenvoudig verwisseld worden. Door de frontjes te voeren met badstof kunnen ze meer vocht opnemen. Wanneer ze gedragen worden onder een vest is het niet zichtbaar dat de blouse is aangepast.
5. *Verschoond worden:* cliënt draagt passend incontinentiemateriaal. De fysiotherapeut geeft adviezen hoe dit op een zo ergonomisch mogelijke wijze aangebracht kan worden. Door het



incontinentiemateriaal bij het aanbrengen in zijlig omgekeerd dubbel te vouwen, schuift dit comfortabeler tussen de benen door. De pasvorm sluit beter aan bij de anatomie van de schaamstreek waardoor minder met het materiaal geschoven hoeft te worden, en wanneer de cliënt weer in ruglig ligt, kan het eenvoudig aansluiten in de liezen (zie <http://stichtingpdl.nl/publicaties/protocollen/protocol-aanbrengen-incontinentiemateriaal>).

6. *Gevoed worden:* de ergotherapeut kijkt mee tijdens de maaltijd en geeft adviezen over de zithouding tijdens het eten en drinken en stelt voor een neusbeker of schuine beker in te zetten, zodat hij eenvoudiger het onderste uit zijn beker kan drinken en hierin zelfstandig blijft. Deze zithouding kan gedurende de dag eenvoudig aangepast worden vanwege de kantelbare rolstoel.
7. *Verplaatst worden:* de fysiotherapeute stelt vast dat door de afnemende mobiliteit het looppatroon dermate onbetrouwbaar is dat dit gevaarlijk wordt voor zowel de cliënt als voor de verzorgenden die hem ondersteunen. Zij stelt voor om niet meer met meneer te lopen, omdat dit veel energie van hem vraagt, wat ten koste gaat van andere activiteiten die voor hem van grotere waarde zijn, zoals het hebben van energie voor eten en drinken, het voeren van een kort gesprekje en het kunnen genieten van zijn favoriete klassieke concert op dvd.

Omdat meneer Verbeek niet meer goed kan aangeven wanneer hij pijn ervaart en hoe veel, stelt de verpleegkundig specialist voor om als effectmeting zijn pijnreacties bij te houden aan de hand van de



Voorbeelden van aangepaste kleding



PACSLAC-D pijnscorelijst.² Deze lijst wordt dagelijks ingevuld tijdens twee meetmomenten: een keer tijdens de ADL en een keer wanneer cliënt 's middags rustig in zijn stoel zit, rond een uur of drie.

DE FAMILIE

Het voorstel wordt samengevat in een nieuw zorgplan en door de verpleegkundig specialist en de coördinerend verpleegkundige besproken met meneer Verbeek en zijn vrouw, dochter en schoonzoon. Mevrouw Verbeek en haar dochter geven beiden aan hier moeite mee te hebben. De dochter, die zelf werkzaam is in de zorg, wijst op de berichtgeving in de media over het belang van bewegen voor een gezond brein. Zij zou het liefst willen dat de fysiotherapie de oefentherapie intensiveert, en verwijst daarbij naar de landelijke richtlijn Parkinson.

Zijn vrouw geeft aan dat wanneer er niet meer met haar man wordt gelopen, het al snel niet meer mogelijk zal zijn buiten het verpleeghuis uit eten te gaan of een concert te bezoeken, iets wat het echtpaar nog steeds graag samen doet.

Meneer Verbeek kan het gesprek maar met moeite volgen en is niet in staat een antwoord te formuleren.

De verpleegkundige nodigt mevrouw Verbeek en de dochter beiden uit een keer mee te kijken met de dagelijkse zorg om te zien hoeveel energie dit meneer Verbeek kost.

Na een week te hebben nagedacht over het voorstel geven de echtgenote en dochter aan dat ze het nieuwe zorgplan graag willen uitproberen. Ze willen dit wel graag na twee weken evalueren. De verpleegkundig specialist stelt het multidisciplinaire team ervan op de hoogte en geeft opdracht tijdens de komende twee weken door te gaan met het invullen van de PACSLAC-D pijnscorelijst.

HET RESULTAAT

Meneer Verbeek slaapt beter en wordt 's morgens beter uitgerust wakker. Hij heeft minder pijn, doordat de rigiditeit draaglijker is geworden en tot minder ongemak leidt tijdens de dagelijkse verzorging. Dit laatste wordt bevestigd, doordat zowel tijdens de ADL als tijdens het rusten in de stoel op minder items wordt gescoord met de PACSLAC-D pijnscorelijst. Tevens is de verzorging veel minder vermoeiend geworden. Deze energie kan gebruikt worden om meer te genieten van de maaltijd en van zijn favoriete muziek. Meneer Verbeek is zelfs weer een keer mee geweest naar een restaurant. Zijn vrouw heeft een rolstoeltaxi geregeld en hij heeft kunnen genieten van het gezelschap van zijn gezin.

Dat hij zo weinig kan vanwege zijn Parkinson speelt hem nog wel parten, maar hij is blij dat hij zich niet meer hoeft te generen voor zijn natte kleding, omdat dit 'probleem' snel en zonder extra belasting kan worden verholpen. Ook het feit dat hij tussendoor eenvoudig een dutje kan doen in zijn kantelrolstoel bevalt hem goed.

Meer weten over PDL: kijk op de website van stichting PDL (<http://stichtingpdl.nl>).

LITERATUUR

1. Meinders S, Tromp N. Training PDL. Enschede: Mobicare 2013:120-8.
2. Zwakhalen SMG. Pain assessment in nursing home residents with dementia. Thesis. Maastricht: Maastricht University; 2007:109.
3. Dijk GC van. Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL); kwaliteit van leven is meer dan cijfers. Enschede: Mobicare; 2008:75-7.
4. Meinders S, Scheffer M. Kennismaken met PDL. Enschede: Mobicare; 2015:5.