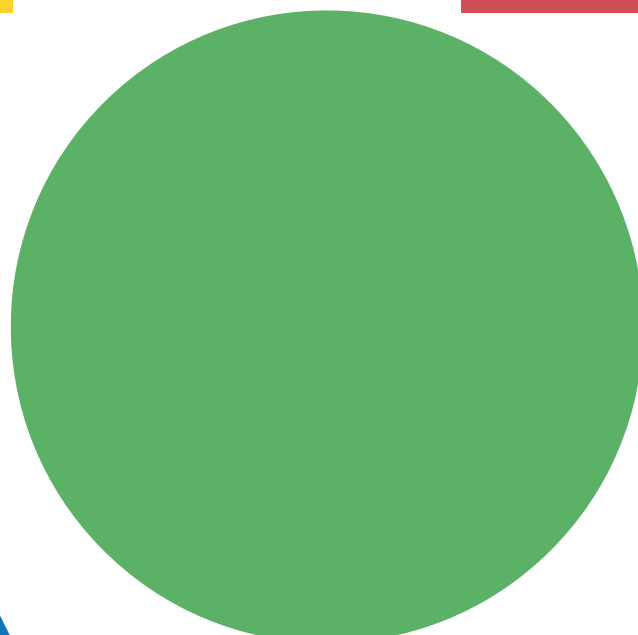
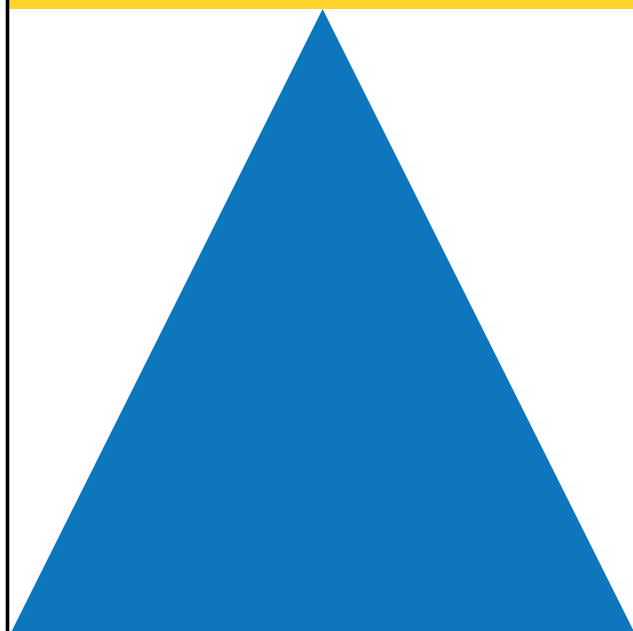




PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE TYPEN PER DISCIPLINE bij NPS en dementie/NAH

↓ KLIK op de gewenste discipline

FYSIOTHERAPIE	2
ERGOTHERAPIE	4
DIETIEK	11
PSYCHO-GERIATER	13
PSYCHOLOOG	15
PMT	18
VERPLEGING	21
GEESTELIJK VERZORGER	26
ACTIVITEITENBEGELEIDER/ SOCIAL WORKER	28
CTBS	31
MUZIEKTHERRAPIE	35
LOGOPEDIE	38
MAATSCHAPPELIJK WERK	39



FYSIOTHERAPIE

1. Onderzoek

Onderzoek/diagnose

Het door middel van een specifieke/
algemene anamnese, inspectie, onderzoek
van het houdings- en bewegingsapparaat,

het uitvoeren van tests en informatie
van derden komen tot een oordeel over
het (dys)functioneren van een patiënt.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Lichaamsplan/besef/idee

Het beïnvloeden van de sensorische input
en verwerking ervan d.m.v. oefeningen,

aanwijzingen en instructie met als doel
het lichaamsplan, - besef en -idee te
veranderen.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Compenseren

Het aanleren van bewegingen en acti-
viteiten waarbij gebruik wordt gemaakt
van hulpmiddelen of waarbij een deel van

het houdings- en bewegingsapparaat een
nieuwe functie aangeleerd krijgt ter ver-
vanging van een dysfunctie in dat hou-
dings- en bewegingsapparaat.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Oefentherapie:

• Actief

Het uitvoeren van actieve bewegingen
c.q. oefeningen door een patiënt nadat
deze zijn geïnstrueerd door de fysio-
therapeut.

• Geleid actief

Het uitvoeren van een actieve beweging

c.q. oefening door een patiënt waarbij
de fysiotherapeut een manuele onder-
steuning geeft die de beweging of
verlicht of verzwaart voor de patiënt.

• Passief

Het manueel uitvoeren van bewegingen/
tracties en translaties bij een patiënt
door een fysiotherapeut.

5. Begeleiding/ondersteuning

Het conditie- project: Conditieonderhoud Op Oudere Leeftijd (COOL)

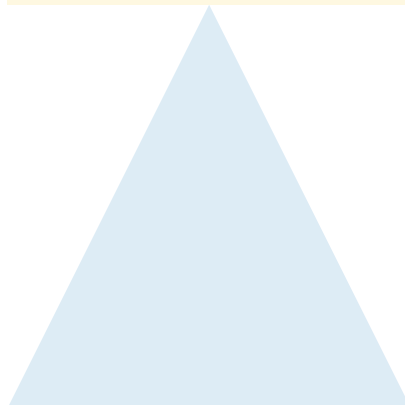
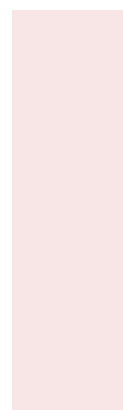
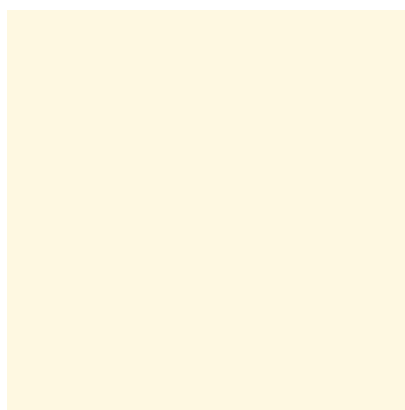
Het onderhouden van de lichamelijke conditie met behulp van fitness apparatuur door middel van een oefenprogramma

dat per deelnemer wordt samengesteld en wordt aangeboden in groepsverband op een vaste dag en tijdstip.

8. Psycho-educatie

Het geven van inzicht aan de patiënt door middel van informeren en instrueren betreffende werkzaamheid van oefen-

ningen, aanwijzingen en instructies in relatie tot zijn functioneren.



ERGOTHERAPIE

ALGEMENE BESCHRIJVING VAN INSTRUMENTEN EN VAARDIGHEDEN

AMPS (Assessment of Motor and Proces

Skills)

Dit is een observatie waarin diverse huishoudelijke (83) taken geobserveerd kunnen worden (gestandaardiseerde taken) en waarin gescoord wordt op de motorische (16) en procesmatige (20) vaardigheden. Er wordt een score tussen 1 en 4 gegeven (1 = ernstige problemen, 4 = zelfstandig). De observatie is niet gericht op het achterhalen van de stoornissen, maar is gericht op de omgang met de stoornissen in een praktische activiteit (dus in het dagelijks leven!). Deze ruwe scores worden in een computer programma ingevoerd en zo ontstaan de totaal scores. Aan de hand van deze scores wordt duidelijk waar iemands problemen liggen en kan bepaald worden welke interventies nodig zijn. Tevens is het mogelijk om een grafisch rapport uit te draaien, hierdoor wordt inzichtelijk of de patiënt in staat is terug te keren naar de thuissituatie of dat de patiënt naar een andere (aangepaste) woonomgeving moet.

N.B. AMPS is gestandaardiseerd, ongeacht leeftijd, diagnose, culturele achtergrond of ernst van de aandoening. De AMPS is evidenced based product en wordt over de hele wereld gebruikt door ergotherapeuten die een certificaat AMPS behaald hebben.

Downloads:

[Amps Taken](#)

[AMPS Scoreformulier](#)

[CoCo-p patient 2024 cognitieve klachten dagelijks leven](#)

[CoCo-P scoring patient 2024-2 score formulier](#)

[Ergotherapie Magazine 2024 CoC-P klinische validatie voor beroerte-traumatisch hersenletsel en neuro oncologie](#)

Taken

De taken zijn ingedeeld in moeilijkheidsgraad, dit aan de hand van de moeilijkheid op het gebied van de procesvaardigheden (AMPS proces taakhierarchie). Belangrijk is dat die taak gekozen wordt die aansluit bij de patiënt en die ook voldoende uitdaging biedt. Er moet voor een AMPS altijd twee taken geobserveerd worden (lieft op dezelfde dag). Er zijn taken op huishoudelijk gebied observeerbaar en op het gebied van de persoonlijke verzorging.

Interesselijst

Dit is een lijst van een scala aan interesses. Doel is om samen met de patiënt in kaart te brengen waar iemands interesses liggen, zowel in verleden, heden als de toekomst en om vervolgens doelen op te stellen voor een zinvolle dagbesteding. Wanneer de lijst in zijn geheel is afgenomen, wordt een top vijf van interesses opgesteld waaraan de patiënt de komende tijd kan gaan werken, met name in het kader van de rehabilitatie.

In dit onderdeel wordt nauw samengewerkt met de verpleging en activiteiten begeleiding.

Rollenlijst

Dit is een lijst waarbij in kaart gebracht wordt welke rollen iemand heeft (had) in het verleden, heden en toekomst. Daarnaast wordt aangegeven in welke mate rollen belangrijk zijn voor de patiënt. Aan de hand van dit overzicht kan duidelijk worden aan welke rollen een patiënt wil gaan werken en wordt een plan van aanpak opgesteld.

Dit wordt met name gebruikt in de rehabilitatie fase.

Rollen en gewoonten lijst

Dit is een lijst met als doel om rollen en gewoonten in kaart te brengen. De lijst bestaat uit het invullen van een tabel voor een doordeweekse dag en een dag in het weekend. Hierop moet worden aangegeven welke taken iemand doet en welke rollen of gewoonten hierbij horen. Vervolgens moeten in een tabel de huidige rollen worden beschreven. Hierbij moet worden nagegaan welke eisen de patiënt stelt aan

een bepaalde rol. Dit wordt weergegeven in cijfers van 1-5. Hierdoor wordt inzichtelijk welke rollen hoge eisen stellen en welke rollen informeler en minder veeleisend zijn. Deze gegevens kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt in de rehabilitatie fase.

Occupational Performance History Interview

Dit is een lijst met als doel om rollen, dagelijkse routine, handelingssituaties, activiteiten/rolgebonden keuzes en beslissende levensgebeurtenissen in kaart te brengen. Het is een gestructureerd interview. Gegevens kunnen gebruikt worden bij de verdere behandeling.

1. Onderzoek

ADL

Een observatie van het handelen bij zelfverzorgingsactiviteiten en toiletgang. Deze wordt afgenomen wanneer het onduidelijk is welke activiteiten de patiënt uit kan voeren. Daarbij wordt gekeken naar de wijze van het uitvoeren, invloed van beperkingen op het handelen, de mogelijkheden die er zijn op het gebied van aanpassingen/voorzieningen en of training haalbaar is. De observatie kan liggen op de volgende gebieden: somatisch, psychisch of communicatief.

AMPS

Gestandaardiseerde observatie methode, reden van afname AMPS kan het volgende zijn:

- Vaststellen van functioneel niveau en betrokken functionele gebieden (incl. zintuigen), richtlijnen voor therapie geven
- Advisering voor (toekomstige) woonsituatie
- Behoeftte aan vervolg onderzoek vaststellen

Interesselijst

Samen met de patiënt wordt een lijst van interesses afgenomen. Doel is om in kaart te brengen waar iemands interesses liggen in het verleden, heden en toekomst. Wanneer de lijst in zijn geheel is afgenomen, wordt een top vijf van interesses opgesteld waaraan de patiënt de komende tijd kan gaan werken, met name in het kader van de rehabilitatie. In dit onderdeel wordt nauw samengewerkt met de verpleging en activiteiten begeleiding.

Specifieke taken

Arm/hand observatie

Door observatie van de arm/hand functie wordt een duidelijk beeld gekregen over de beperkingen die het handelen kunnen beïnvloeden.

Observatie geschiedt door:

- Inspectie door middel van kijken en palpatie. Hierbij wordt gelet op vorm, zwel-

lingen, littekens, temperatuur, trofische veranderingen van huid, haar of nagels.

- Onderzoek en testen van mobiliteit,

coördinatie, fijne en grove motoriek, spierkracht en sensibiteit.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Gesprek voeren met de patiënt over zowel positieve als negatieve gebeurtenissen in diens leven, normen en waarden, rollen en gewoonten, zodat er meer inzicht ontstaat in processen rondom en in de patiënt. Doel is om te werken aan acceptatie of verwerking van diens problematiek en er beter mee (leren) omgaan. Binnen dit onderdeel gebruik maken van bijvoorbeeld de heteroanamnese. Tevens kunnen ergotherapeutische lijsten nog extra informatie bieden. Bijvoorbeeld:

- Occupational Performance History Interview
Doel: rollen, dagelijkse routine, handelings-situaties, activiteiten/rolgebonden keuzes en beslissende levensgebeurtenissen in kaart te brengen. Het is een gestructureerd interview. Gegevens kunnen gebruikt worden bij de verdere behandeling.

- Rollen en Gewoonten lijst
Doel: rollen en gewoonten in kaart te brengen. De lijst bestaat uit het invullen van een tabel voor een doordeweekse dag en een dag in het weekend. Hierop moet worden aangegeven welke taken iemand doet en welke rollen of gewoonten hierbij horen. Vervolgens moeten in een tabel de huidige rollen worden beschreven. Hierbij moet worden nagegaan welke eisen de patiënt stelt aan een bepaalde rol. Dit wordt weergegeven in cijfers van 1-5. Hierdoor wordt inzichtelijk welke rollen hoge eisen stellen en welke

rollen informeler en minder veeleisend zijn.

- Occupational Self Assessment
Doel: beoordelen en waarderen van het eigen handelen in rollen en taken om een eigen beeld weer te geven van de handelingscompetentie en de invloed van de omgeving op het handelen. Tevens geeft de patiënt prioriteiten voor verandering aan, waarmee een aanzet wordt gemaakt tot een patiënt gerichte plan van aanpak.

Methoden die hierbij gebruikt kunnen worden zijn:

- Counseling (inzichtgevend)
- Reflectie over uitgevoerde handelingen
- Plan matig leren werken, met name gericht op de toekomst.

ADL-/BDL trainingen

Bij de training van de ADL- en BDL-activiteiten worden die (deel)activiteiten getraind, die niet of moeilijk uitvoerbaar zijn. Er wordt advies gegeven over hoe de behandeling wordt uitgevoerd aan de patiënt, het verplegend personeel en/of familieleden. Indien een (deel)activiteiten niet opnieuw of anders kan worden aangeleerd, kan het nodig zijn een hulpmiddel te verstrekken of een aanpassing te maken en de patiënt te instrueren en/of te trainen in het gebruik.

Handfunctie training

Arm/hand training is een functionaliteitstraining en richt zich op de fijne en grove motoriek van de arm/hand, het reiken, grijpen, vasthouden en loslaten.

De ergotherapeut gebruikt bij de training een activiteit (die aansluit bij de belevingswereld van de patiënt) als middel om de functie van de arm/hand te verbeteren. Tevens kan de activiteit als doel worden gebruikt, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van een hobby activiteit. De activiteit, situatie, instructie en begeleiding worden bewust gehanteerd. De ergotherapeut biedt structuur aan zodat de patiënt gestimuleerd wordt om aandacht te hebben voor tweehandig/eenhandig werken, coördinatie, spierkracht, sensibiliteit, uithoudingsvermogen van de arm/hand spieren of mobiliteit van de gewrichten.

Wanneer er sprake is van dreigende contracturen oedeem en/of pijn kan een spalk of handrolletje aangemeten worden. Wanneer extra ondersteuning van de arm/hand noodzakelijk is kan een sling worden aangemeten.

Rolstoeltraining

Aan patiënten die niet of nauwelijks tot lopen in staat zijn, kan een rolstoel verstrekt worden. De patiënt en zo nodig de familie wordt geadviseerd over het juiste gebruik van de rolstoel. Ook kan de patiënt rolstoeltraining krijgen om te leren zich zelfstandig te verplaatsen. Als de lichaamshouding verstoord is, kunnen houdingsadviezen worden gegeven en zo nodig extra voorzieningen worden getroffen zodat de patiënt zo goed mogelijk in de stoel zit.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

In dit onderdeel wordt gebruik gemaakt van die activiteiten die aansluiten bij de beleving van de patiënt. Aan de hand van deze activiteiten wordt gewerkt aan het geven van inzicht in het eigen functioneren. Methodieken die hierbij gebruikt worden zijn zelfreflectie en trial and error. Doel is om de patiënt inzicht te geven in het eigen handelen en laten zien welke problematiek het dagelijks leven beïnvloeden.

AMPS

Door middel van observatie van huishoudelijke taken kan helder in kaart gebracht worden waarin iemands sterke/zwakke kanten liggen. Aan de hand van de AMPS is het mogelijk de

patiënt inzicht te geven in eigen functioneren (evt. met behulp van ondersteuning video-materiaal).

Handfunctie training

Arm/hand training is een functionaliteitstraining en richt zich op de fijne en grove motoriek van de arm/hand, het reiken, grijpen, vasthouden en loslaten.

De ergotherapeut gebruikt bij de training een activiteit (die aansluit bij de belevingswereld van de patiënt) als middel om de functie van de arm/hand te verbeteren. Tevens kan de activiteit als doel worden gebruikt, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van een hobby activiteit.

De activiteit, situatie, instructie en begeleiding worden bewust gehanteerd. Voor de training wordt die activiteit gekozen die een appèl geeft op de missende component zoals aandacht, tweehandig/eenhandig werken, coördinatie, spierkracht, sensibiliteit, uithoudingsvermogen van de arm/hand spieren of mobiliteit van de gewrichten.

Wanneer er meerdere patiënten in aanmerking komen voor arm/hand trainingen kan er gekozen worden om te behandelen in een groep. De therapeut maakt hiervoor een voorstel en bespreekt dit met de arts. De groep moet dan een meerwaarde bieden boven individueel oefenen.

De meerwaarde kan bestaan uit: communicatie mogelijkheden tussen de therapeut en patiënt (zien werken doet werken),

bevorderen van de interactie tussen de patiënten, motivatie van de patiënt kan beter zijn, herkenning bij patiënten, efficiëntie van de therapie.

ADL-/BDL trainingen

Bij de training van de ADL- en BDL-activiteiten worden die (deel)activiteiten getraind, die niet of moeilijk uitvoerbaar zijn. Er wordt advies gegeven over hoe de behandeling wordt uitgevoerd aan de patiënt, het verplegend personeel en/of familieleden. Indien een (deel)activiteiten niet opnieuw of anders kan worden aangeleerd, kan het nodig zijn een hulpmiddel te verstrekken of een aanpassing te maken en de patiënt te instrueren en/of te trainen in het gebruik.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Uitgangspunt voor de ergotherapie is het handelen, ergotherapie richt zich op de (on)mogelijkheid handelingen uit te voeren. Handelen is het uitvoeren van iedere doelgerichte activiteit die betekenis heeft voor het individu en samengesteld is uit vaardigheden. Mensen zijn van nature handelende wezens. Hierin kunnen verstoringen en beperkingen worden ervaren. Het handelen en de omgeving kan worden gebruikt als aangrijppingspunt tot verandering.

Tijdens de uitvoering van praktische taken biedt de ergotherapeut structuur aan waarvoor de patiënt zo min mogelijk fouten kan maken of kan falen en de taak met succes kan worden afgerond (geen trial and er-

ror-aanpak). Deze succeservaring kan de beleving van de patiënt positief beïnvloeden. Tijdens de behandeling maakt de ergotherapeut gebruik van verschillende methoden als; forward-chaining, backward chaining (leerconcepten), directief-nondirectief (benaderingswijze). Tijdens de behandeling kunnen verschillende vormen van structuur worden aangeboden, zoals verbaal begeleiden en schriftelijk begeleiden. De methode en of structuur die gebruikt wordt is afhankelijk van de patiënt zelf, zoals wat is diens leerstijl, wat heeft iemand nodig, diens persoonlijkheid en problematiek. Afhankelijk van de patiënt zal ook het inslijpen van de vaardigheden centraal staan. Het doel bij dit interventietype is dat door

middel van het aanbieden van structuur een gedragsverandering tijdens het dagelijks handelen bereikt wordt en/of het positief beïnvloeden van de beleving van de patiënt, zodat de autonomie meer bewerkstelligd wordt.

ADL-/BDL trainingen

Bij de training van de ADL- en BDL-activiteiten worden die (deel)activiteiten getraind, die niet of moeilijk uitvoerbaar zijn. Er wordt advies gegeven over hoe de behandeling wordt uitgevoerd aan de patiënt, het verplegend personeel en/of familieleden.

Indien een (deel)activiteiten niet opnieuw of anders kan worden aangeleerd, kan het nodig zijn een hulpmiddel te verstrekken of een aanpassing te maken en de patiënt te instrueren en/of te trainen in het gebruik.

N.B. Er wordt bij de patiënt niet gewerkt aan het geven van inzicht in eigen handelen.

Handfunctie training

Arm/hand training is een functionaliteitstraining en richt zich op de fijne en grove motoriek van de arm/hand, het reiken, grijpen, vasthouden en loslaten.

De ergotherapeut gebruikt bij de training een activiteit (die aansluit bij de belevingswereld van de patiënt) als middel om de functie van de arm/hand te verbeteren.

Tevens kan de activiteit als doel worden gebruikt, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van een hobby activiteit. De activiteit, situatie, instructie en begeleiding worden bewust gehanteerd. De ergotherapeut biedt structuur aan zodat de patiënt gestimuleerd wordt om aandacht te hebben voor tweehandig/eenhandig werken, coördinatie, spierkracht, sensibiliteit, uithoudingsvermogen van de arm/hand spieren of mobiliteit van de gewrichten.

Wanneer er sprake is van dreigende contracturen oedeem en/of pijn kan een spalk of handrolletje aangemeten worden. Wanneer extra ondersteuning van de arm/hand noodzakelijk is kan een sling worden aangemeten.

Rolstoelverstrekking

Aan patiënten die niet of nauwelijks tot lopen in staat zijn, kan een rolstoel verstrekt worden. De patiënt en zo nodig de familie wordt geadviseerd over het juiste gebruik van de rolstoel. Ook kan de patiënt rolstoeltraining krijgen om te leren zich zelfstandig te verplaatsen. Als de lichaamshouding verstoord is, kunnen houdingsadviezen worden gegeven en zo nodig extra voorzieningen worden getroffen zodat de patiënt zo goed mogelijk in de stoel zit.

7. Rehabilitatie

Het trainen van de vaardigheden wordt zoveel mogelijk geïntegreerd in het handelen van de patiënt op de afdeling, zodat deze iedere dag dezelfde oefenmomenten tegen komt. Binnen dit gebied zal nauw worden

samengewerkt met de verpleging en activiteiten begeleiding.

Intake

Door middel van gesprek in kaart brengen

van gewoontes, interesses (huishouden, hobby, ADL) normen en waarden (COPM). Op deze wijze worden samen met de patiënt rehabilitatie doelen vastgesteld en is er een plan dat aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Interesselijst

Samen met de patiënt wordt een lijst van interesses afgenomen. Doel is om in kaart te brengen waar iemands interesses liggen in het verleden, heden en toekomst en zo doelen op te stellen voor een zinvolle dagbesteding. Wanneer de lijst in zijn geheel is afgenomen, wordt een top vijf van interesses opgesteld waaraan de patiënt de komende tijd kan gaan werken.

Met de verpleging wordt de uitkomst van deze lijst besproken en wordt aangegeven wie aan welke taak gaat werken.

Rollenlijst

Dit is een lijst waarbij in kaart gebracht wordt welke rollen iemand heeft (had) in het verleden, heden en toekomst. Daarnaast wordt aangegeven in welke mate rollen belangrijk zijn voor de patiënt. Aan de hand van dit overzicht kan duidelijk worden aan welke rollen een patiënt wil

gaan werken en wordt een plan van aanpak worden opgesteld.

Rollen en gewoontenlijst

Dit is een lijst met als doel om rollen en gewoonten in kaart te brengen. De lijst bestaat uit het invullen van een tabel voor een doordeweekse dag en een dag in het weekend. Hierop moet worden aangegeven welke taken iemand doet en welke rollen of gewoonten hierbij horen. Vervolgens moeten in een tabel de huidige rollen worden beschreven. Hierbij moet worden nagegaan welke eisen de patiënt stelt aan een bepaalde rol. Dit wordt weergegeven in cijfers van 1-5. Hierdoor wordt inzichtelijk welke rollen hoge eisen stellen en welke rollen informeler en minder veeleisend zijn.

AMPS

Door middel van observatie van huishoudelijke taken kan helder in kaart gebracht worden waarin iemands sterke/zwakke kanten liggen. Deze gegevens kunnen gebruikt worden bij het opstellen van een rehabilitatie plan. Tevens kan de AMPS gebruikt worden om na te gaan welk soort woonvorm geschikt is voor de patiënt.

DIETIEH

1. Onderzoek

Onderzoek/diagnostiek

Het afnemen van een specifieke en/of algemene voedingsanamnese door middel van het samen met de patiënt en de EVV-er achterhalen van specifieke voedingsaspec-

ten, smaakvoorkeuren, voedingsgewoonten en de lichamelijke conditie in verleden en heden. Het verwerven van inzicht in de voedingsgewoonten van de patiënt die hebben geleid tot diens huidige lichamelijke conditie.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Counseling

Het gericht werken aan motivatie bij de patiënt door het geven van goede uitleg over de voordelen van gewijzigde voedingsgewoonten. Er wordt nader ingegaan op de eigen verantwoordelijkheid en de belangen die de patiënt heeft bij verbeterde voedingsgewoonten. De diëtist stimuleert de patiënt zijn eigen

belang onder ogen te zien in geval deze belemmeringen ervaart bij het navolgen van een dieet. Uiteindelijk doel is het maken van onderlinge afspraken om voedingsgewoonten daadwerkelijk te wijzigen. In het vervolgtraject komt dit neer op het geven van ondersteuning, o.a. bij terugval in de oude gewoonten.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Dieet verstrekking

Een dieet is een voeding die om medische redenen aan specifieke eisen moet voldoen ten behoeve van het individu. Deze eisen betreffen afwijkende hoeveelheden voedingsstoffen en consistentiewijzigingen. Dieetverstrekking gaat op basis van onderhandeling gericht

op het verwerven van inzicht bij de patiënt in diens voedingsgewoonten in relatie tot het verhelpen en/of verminderen van bepaalde klachten (obstipatie, bloedglucosewaarden bij diabetes mellitus), verbetering van de conditie, de haalbaarheid hiervan en de voordelen die de patiënt hierbij kan hebben.

5. Begeleiding/ondersteuning

Individueel-ondersteunend

Ondersteunende gesprekscontacten met de patiënt over het herstel of behoud van de lichamelijke conditie. (Eventueel) ondersteuning bieden bij de door de patiënt ervaren

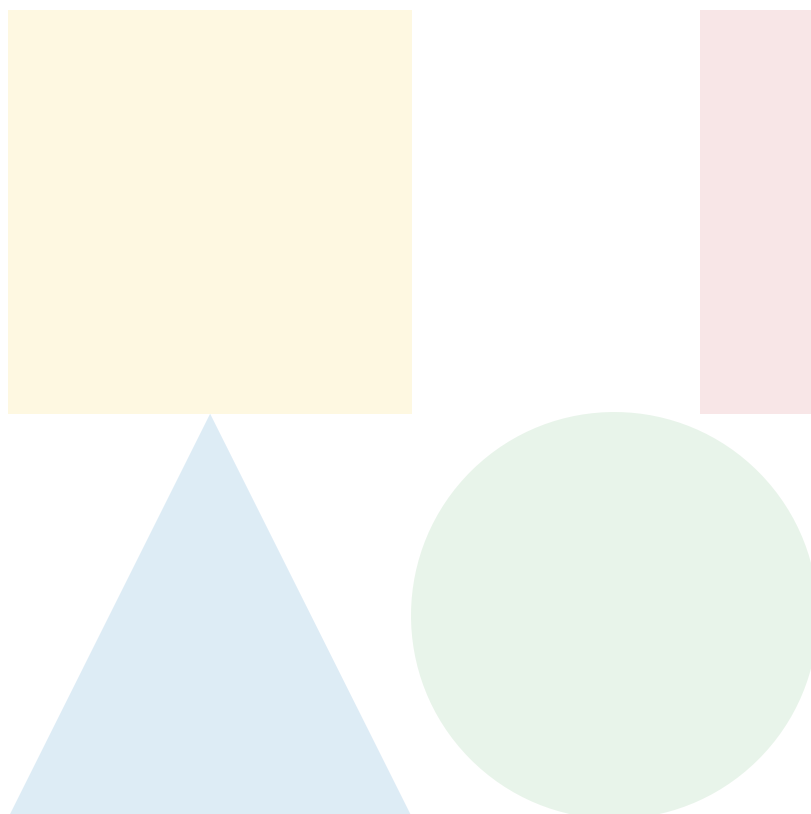
belemmeringen die zich voordoen bij de opvolging van adviezen ten aanzien van de voedingsgewoonten, het kunnen bieden van alternatieven voor de patiënt.

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie

Het geven van voorlichting over de kenmerken van de huidige lichamelijke en voedingsconditie, de oorzaken en de be-

handelmogelijkheden hiervan. Het geven van voorlichting en adviezen over voedingsgewoonten en de effecten hiervan op de lichamelijke conditie.



PSYCHO-GERIATER

1. Onderzoek

Onderzoek en diagnostiek (somaatich en psychodynamisch)

Het inventariseren van de huidige symptomen (somaatich en psychisch), de voorgeschiedenis (waaronder belangrijke life-even-

ts) alsmede het in kaart brengen van de belangrijkste (dys)functionele kenmerken van de patiënt op het terrein van cognitieve-, belevings- en persoonlijkheidskenmerken en coping-stijlen (gedrag).

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Psychodynamische interventies met eclectische technieken (o.a. psycho-analytisch)

Het voeren van gesprekken met de patiënt en/of mantelzorgers met een verkennend, veranderingsgericht en/of inzichtverwend karakter met specifieke aandacht voor de verschillende levensfasen.

Afhankelijk van de problematiek en de

mogelijkheden van de patiënt wordt gekozen voor een bepaalde psychotherapeutische deeltechniek. De bij de patiënt te bereiken therapeutische doelen (bijv. verwerving van inzicht, verandering in beleving) worden gesteld afhankelijk van de behandelfase en/of de bevindingen binnen het kernteam.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Counseling

Het voeren van gesprekken met de patiënt en/of mantelzorger(s), waarbij gestreefd wordt naar het verwerven van inzicht in de instandhoudende, bevorderende factoren

van dysfunctioneel gedrag, waarbij gestreefd wordt naar ontwikkeling van nieuw, functioneel gedrag door middel van het bevorderen van zelfinzicht.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Gedragstherapeutische interventies

Het voeren van gesprekken met de patiënt

en/of mantelzorgers, waarbij gestreefd wordt naar identificatie van de instandhoudende

factoren van het dysfunctionele gedrag en er wordt gewerkt aan de beheersing van

dit gedrag door middel van structurerende gedragsinterventies.

5. Begeleiding/ondersteuning

Begeleiden en ondersteunen

Het door middel van gesprekken beïnvloeden van het psychisch, sociaal en somatisch functioneren van patiënt en systeemleden,

met als doel voorkomen van terugval, het draaglijk houden van de problematiek en/of het behoud van (zoveel mogelijk) zelfredzaamheid.

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie patiënten en familie

Het verstrekken van informatie aan de patiënt en/of aan diens familie over de aard van de problematiek, de symptomatologie en de manier van omgaan hiermee.
Het wijzen van de familie op de effecten

van onderlinge communicatiepatronen op het gedrag van de patiënt. (Eventueel) het verstrekken van informatie over mogelijke behandelingswijzen en de voor de patiënt te verwachten resultaten hiervan in de toekomst.

9. Systeeminterventies

Systeeminterventies

Het door middel van gesprekken aan patiënt en relevante systeemleden verduidelijken van de onderlinge relaties

en de dysfunctionele aspecten hiervan; bewust maken van meer functionele vormen om relaties met elkaar te onderhouden.

10. (Psycho)farmaca

(Psycho)farmaca

Medicamenteuze behandeling gericht op reductie, stabilisatie of doen verdwijnen van somatische, gedrags- of stemmings-

stoornissen en tevens het voorkomen van nieuwe symptomatologie. Het bieden van begeleiding en ondersteuning bij onderhoudsgebruik.

PSYCHOLOOG

1. Onderzoek

Observatie en diagnostiek

Inventariseren van de huidige symptomen, voor- en levensgeschiedenis (incl. trauma's) en achterliggende persoonlijkheidsproblematiek en afweermechanismen (DSQ42 + LIM).

Systeemonderzoek door middel van een genogram met behulp van overgangsfasen en eventueel daarmee gepaarde gaande verstoorde patronen.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Psychodynamische interventie

Het identificeren en begrijpen van dieperliggende achtergronden. Het krijgen van inzicht in bewuste en onbewuste psychische conflicten en het emotioneel doorwerken daarvan. Het bewust maken van interpretaties die pa-

tiënten over zichzelf en anderen hebben, gedragsstrategieën en gevoelens die zij daardoor hebben ontwikkeld. Het ontwikkelen van nieuwe interpretaties en gedragsstrategieën. Het leren herkennen en oplossen van problemen die patiënten in hun contacten met anderen ervaren.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend/inzichtgevend

Counseling

Het vormen van hypothesen over instandhoudende factoren van probleemgedrag, probleemsamenhang en wijze van omgang hiermee. Het opsporen van negatieve denkpatronen en (leren) omzetten in cq. bevorderen van meer 'waarheidsgetrouwe' schema's.

patronen en (leren) omzetten in cq. bevorderen van meer 'waarheidsgetrouwe' schema's.

Gedragstherapeutische interventie

Het vormen van hypothesen over instandhoudende factoren van probleemgedrag, probleemsamenhang en wijze van omgang hiermee. Het opsporen van negatieve denk-

Ontdekken/inzicht in heden

- emoties benoemen/erkennen en verder doorvragen
 - emoties benoemen/erkennen, toewerken naar mogelijk doorbraak
 - groepsdynamica, ook reacties van andere groepsgenoten gebruiken
 - ruimte geven aan emoties van groepsleden, bewustwording van de rol van de anderen
- Voorbeeld: bevestigen inzicht in actuele emoties

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Structuur

- emoties benoemen/erkennen, ondersteuning bieden, maar niet doorvragen
- emoties benoemen/erkennen, onderlinge herkenning groepsleden
- bescherming bieden, om de emotie 'heen

bouwen', mogelijke heftigheid in emotie/confrontatie voorkomen

- ruimte geven aan emoties van groepsleden (bijv. d.m.v. appèl op eigen oplossend vermogen)

Voorbeeld: bevestigen van emotie.

3./4. Groepsinterventie (Hier en Nu structuur/ Hier en Nu inzicht)

Leiding: psycholoog en creatief therapeut beeldend/spel

Doel:

Positief beïnvloeden van de omgang van de patiënt met anderen door middel van ervaringsleren en (inzichtgevende) gesprekken en onderlinge feedback.

Subdoelen

- beïnvloeding van het (manifeste) gedrag en beleving d.m.v. waardering, aandacht, stimuleren en succeservaringen (positief) of afkeuring, dempen (negatief)
- bewustwording van eigen percepties (kijk op de omgeving en zichzelf) en cognities
- bewustwording van de eigen gevoelens en ervaren van herkenning en steun bij anderen.
- (stapsgewijze) verandering in de eigen percepties (omgeving en zichzelf) en cognities
- vermindering van de afweer d.m.v. symbolisch werken
- inzicht en mogelijke evenwichtigheid
- meer autonomie
- toekomst

Werkwijze en opzet

Er wordt per sessie themagericht gewerkt.

Thema's zijn:

- contact leggen
- eigenheid
- emoties herkennen en erkennen
- levensgeschiedenis
- samenwerking (aan de hand van concrete voorbeelden)
- afscheid/toekomst

Voorwaarden

De therapeut schept de voorwaarden voor een veilig en stimulerend groepsklimaat. De creatief therapeut zorgt voor de begeleiding van de spel- en beeldende elementen. De psycholoog en de creatief therapeut zijn beide verantwoordelijk voor de gespreksbegeleiding.

Op indicatie verwijzing naar de 'inzicht'-groep: dit gebeurt door een selectie uit de structuurgroep. Binnen de 'inzicht'-groep wordt gewerkt volgens psychodynamische inzichten. Thema's zijn: jeugd en levensgeschiedenis, mogelijk psychotrauma.

Continuïteit in begeleiding. Uit de 'structuur'- en de 'inzicht'-groep dienen aanknopingspunten te ontstaan met het groepsgesprek op de afdeling. Verzorging en AB spelen hierin een belangrijke rol.

Methoden

De therapeuten maken gebruik van gedrags- en groepstherapeutische technieken. De deel-

nemers van de groep kunnen profiteren van het contact met en de feedback van de groepsleden. Via onderlinge ondersteuning en ervaringsuitwisseling kunnen strategieën ontwikkeld worden ter verbetering van vaardigheden in de omgang met (belangrijke) anderen. Er wordt gebruikt gemaakt van het groepsproces. De therapeuten spelen in op wat binnen de interacties in de groep naar voren komt.

8. Psycho-educatie

Voorlichting geven over aard van de problematiek en de symptomatologie en de wijze

van omgang hiermee.

9. Systeeminterventies

Begeleiding

Het ondersteunen van de systeemleden in de omgang met hun patiënt en het herstellen van een verstoord evenwicht binnen het systeem.

Therapie

Aantonen van sterke verwevenheid tussen het functioneren van patiënt en systeemleden. Het richten op interpersoonlijke problematiek tot uiting komend in relatieconflicten en communicatieproblemen.

PMT

1. Onderzoek

PG-Observatie

Dit type interventie is gericht op observatie van motorische vaardigheden, de expressieve aspecten van het bewegen en de beleving en contactname bij de patiënt. Daarnaast komen aspecten als lichaamsbeleving en waardering aan de orde. De observatie vindt plaats aan de hand van een gestandaardiseerde methode. Het observatieverslag (in

DSA-termen) dient mede als basis voor de gerichte inzet van therapeutische disciplines bij de patiënt.

Gerichte observatie

Kortdurende observatie (max. 4 keer) rondom een verondersteld probleemgebied bij de patiënt (m.n. gedrag, stemming en sociale interactie).

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Interventietypen gericht op inzicht in eigen gedragingen en belevingen

Ervaringen binnen de bewegingssituaties worden waar mogelijk inzichtelijk gemaakt bij de patiënt, door een koppeling te maken naar de problematiek in het dagelijks leven (bijv. angsten, depressieve gevoelens, paniek, dominantie en afhankelijkheid met zijn

ervaringen uit het verleden. Centraal staat het verkrijgen van inzicht in de beleving en gedragingen in relatie tot de eigen levensgeschiedenis. Geprobeerd wordt conflicten en problemen in het contact met anderen te signaleren en te beïnvloeden. Het middel hiertoe is het ontdekken van alternatieve gedragsmogelijkheden.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Interventietypen gericht op ervaren van eigen mogelijkheden

Deze typen zijn er m.n. op gericht de patiënt bewuster te maken van zichzelf (mogelijkheden) door nieuwe ervaringen aan te bieden. Centraal staat het ontdekken van eigen mogelijkheden. Het middel hiertoe is o.a. het opdoen

van succeservaringen.

Bijv. een faalangstige patiënt in een dusdanige bewegingssituatie plaatsen, dat hij zijn aanwezige mogelijkheden opnieuw lijfelijk kan ervaren met (enig) eigen inzicht. De voldoening en inzicht n.a.v. de opgedane ervaring kan de patiënt sterken in zijn zelfvertrouwen.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Gedragstherapeutische interventietypen

Binnen het structurerende interventietype kan tevens geprobeerd worden gewenst gedrag aan te leren (en ongewenst gedrag af te leren). Bij het vertonen van het vooraf vastgestelde gewenste gedrag geeft de therapeut iedere keer een blijk van waardering (beloning). Iedere poging dit gedrag te vertonen wordt consequent beloond met positieve reacties als goedkeuring en aandacht. Ongewenst gedrag daarentegen wordt genegeerd of afgekeurd.

Bijv. bij de start van een activeringsprogramma bestaat gewenst gedrag uit aanwezigheid bij de therapiesessie gedurende 10 minuten. Beloning van deze prestatie leert de patiënt om vaker deel te gaan nemen. Indien de pati-

ent eenmaal een trouwe deelnemer is, kan nieuw gewenst gedrag vastgesteld worden (bijv. meer eigen initiatieven ondernemen in het weekprogramma).

Oefengerichte interventietypen

Bij deze typen worden strategieën ter beïnvloeding van lichamelijke gewaarwordingen (spanningen in het lijf) toegepast. Eerst oefent de patiënt de gevonden toepassingsmogelijkheden samen met de therapeut. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de patiënt zich deze vaardigheden eigen maakt en onderhoudt (eventueel m.b.v. enige begeleiding van verzorgenden). Het gaat om voortzetting van hetgeen door de patiënt ervaren/ontdekt is (d.m.v. ervaringsgerichte interventietypen).

5. Begeleiding/ondersteuning

Begeleiding type I

Dit interventietype komt zowel bij aanvang van de therapie als bij een al lopende therapie voor.

Bij aanvang van de therapie gaat het om het opbouwen van therapeutisch contact waarbij ingeschat wordt dat deze fase langdurig is door een afwerende houding bij de patiënt met de mogelijkheid om voorzichtig te zoeken naar kansrijke ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden. Bij een al lopende therapie gaat het om het onderhou-

den van therapeutisch contact wanneer in de behandeling tijdelijk een pas op de plaats gemaakt moet worden met de mogelijkheid om te zoeken naar nieuwe ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden.

Begeleiding type II

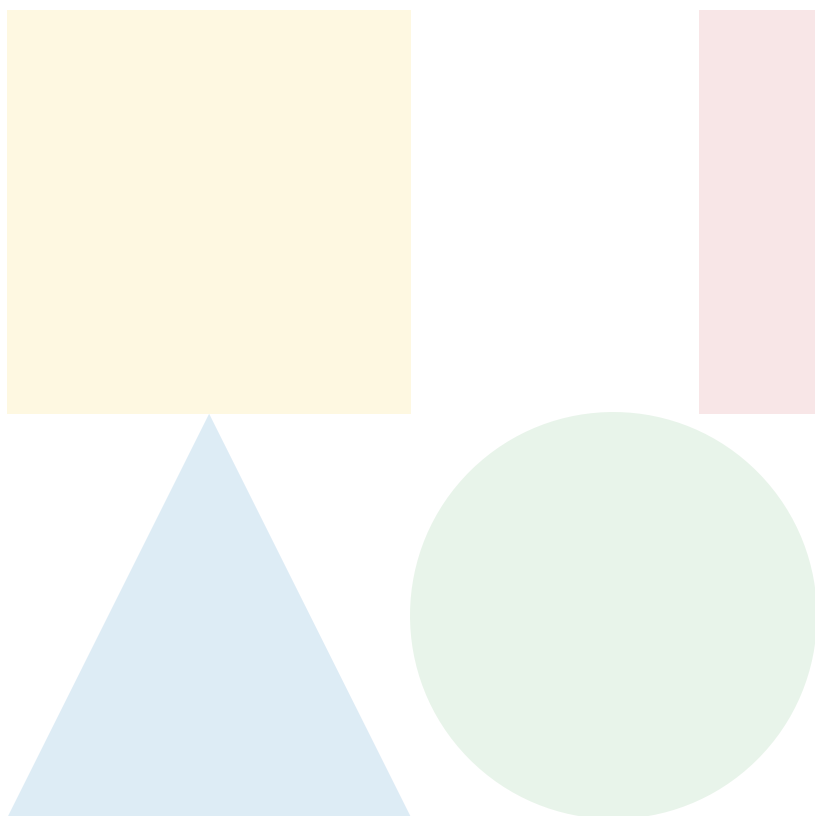
Zie type I, maar nu zonder de intentie om te zoeken naar nieuwe ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden. Er worden dus op geen enkel moment eisen gesteld aan de patiënt

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie

Gericht op het verschaffen van voorlichting en informatie aan de patiënt over de geconstateerde problematiek. De patiënt

wordt geleerd signalen m.b.t. de problematiek te herkennen; daarna volgt concrete informatie over de mogelijkheden om de problematiek te verminderen.



VERPLEGING

ALGEMEEN PSYCHO-SOCIAAL KLIMAAT

Sociaal stimulerend groepsverband/ sociotherapeutisch klimaat

Het bieden van een leefsituatie, waarbinnen de patiënt de mogelijkheid wordt geboden te leren. Het gaat hierbij om leren over zichzelf in relatie tot de teamleden/verzorgenden, in relatie tot medepatiënten en in relatie tot dagelijkse situaties binnen de afdeling. Binnen de leefsituatie gaat het om het creëren van een evenwicht tussen structuur en vrijheid, tussen acceptatie van afwijkend gedrag en confrontatie met normen, tussen aandacht voor de groep en voor het individu, waardoor de patiënt de mogelijkheid wordt geboden te veranderen, te experimenteren en oefenen met ander gedrag. Nieuwe vaardigheden kunnen worden eigen gemaakt teneinde de zelfredzaamheid te vergroten. Noodzakelijke voorwaarden voor het creëren van deze leefsituatie zijn:

- klimaathantering: het bieden van zekerheid en structuur, individualisering van de patiënt en eenduidigheid in de begeleiding.
- situatiehantering: het bieden van een situatie die de patiënt de mogelijkheid

biedt tot ontwikkeling, zo weinig mogelijk beperkingen biedt en verder inzichtelijk en overzichtelijk is. Het gaat hierbij om 1. het beïnvloeden en aanpassen van situaties waardoor deze leermogelijkheden bieden voor de patiënt en 2. het creëren van situaties, d.w.z. structuur en context.

- relatiehantering: de relatie tussen patiënt en verzorgende (functionele relatie) is een voorwaarde voor beïnvloeding van gedrag en gedragsverandering. Voor het opbouwen van een relatie is het helder houden van de communicatie van groot belang. Het onderhouden van een goede (functionele) relatie dient als bekrachtiging van waardering en afkeuring van gedrag. Verder dient de relatie als een voorbeeld voor de patiënt, waarmee deze inzicht krijgt in eigen gedrag en het effect hiervan.

De verzorging/verpleging draagt geen uniform. Indien nodig wordt beschermende kleding gedragen.
(Zie voor uitgebreide beschrijving: "Sociotherapeutisch klimaat" door groepsoudste.)

1. Onderzoek

Onderzoek

Het door middel van observatie verzamelen van gegevens over gedrag, somatische aandoeningen, het in kaart brengen van de

belangrijkste persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, sociaal functioneren in de groep. Dit zowel op indicatie van andere disciplines als op eigen verantwoordelijkheid.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Psychodynamische interventietypen

Een aantal patiënten heeft in het heden last van eerder opgelopen trauma's en verlieservaringen. Hierbij valt te denken aan een oorlogsverleden, incest, overlijden van dierbaren, maar ook geestelijke of lichamelijke achteruitgang.

Ervaringen binnen de afdeling/groep worden waar mogelijk inzichtelijk gemaakt bij de patiënt, door een koppeling te maken naar de problematiek in het dagelijks leven

(bijv. angsten, depressieve gevoelens, paniek, dominantie en afhankelijkheid) met ervaringen van de patiënt uit het verleden. Centraal staat het verkrijgen van inzicht in de beleving en gedragingen in relatie tot de eigen levensgeschiedenis. Geprobeerd wordt conflicten en problemen in het contact met anderen te signaleren en te beïnvloeden. Het middel hiertoe is het ontdekken van alternatieve gedragsmogelijkheden.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend/inzichtgevend

Preferenties

Het uitlokken van gewenst, positief gedrag bij een patiënt (met ontwijkend en afhankelijk gedrag), door deze systematisch en herhaaldelijk keuzes voor te leggen met als doel hem te stimuleren eigen voorkeuren te ontwikkelen, uit te spreken en te ervaren.

(een minimum aan kritiek en een maximum aan verbinding). Minder acceptabel gedrag en contact maken worden gecorrigeerd door de 'all-bad'. Doel is ontdekkend/inzichtgevend met de patiënt aan de slag gaan. In onderling overleg wordt afgesproken op welke negatieve aspecten van het gedrag van de patiënt de 'all-bad'-rol van toepassing moet zijn.

All good, all bad

Een consequente benaderingswijze naar de patiënt, waarbij d.m.v. een rolverdeling binnen het team gestreefd wordt naar het vasthouden van open communicatie bij patiënten die gebruik maken van primitieve afweermechanismen (ontkenning, projectie, splitsing). Positief contact wordt bij de patiënt gestimuleerd door het maken van een verbinding, die concreet zichtbaar moet zijn

Twee gesprekken

Het houden van twee gesprekken per dag met een min of meer verplicht karakter, in een strakke structuur en met een duidelijk thema. Ongewenst, dwangmatig en negatief gedrag van een patiënt wordt tussentijds niet genegeerd en er wordt naar het gesprek van een kwartier verwezen om dit te bespreken. Deze

gesprekken worden gevoerd vanuit de verwachting dat de controle en de beleving van de patiënt t.a.v. zijn gedrag hierdoor verbetert.

Counseling

Het werken aan het probleemoplossend vermogen bij de patiënt door middel van

het geven van feedback en ondersteuning met als uiteindelijk doel toe te werken naar meer zelfontplooiing. Het streven is de patiënt met zo weinig mogelijk sturing (geen gerichte adviezen geven) te stimuleren zijn eigen problemen onder ogen te zien en deze op te lossen.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Gedragstherapeutische interventietypen

De gedragstherapeutische interventietypen hebben als algemeen doel het teweegbrengen van veranderingen in het sociale, emotionele gedrag van de patiënt en diens activiteitsniveau. Het uiteindelijke doel is meer autonomie voor de patiënt. Onderdelen hiervan zijn:

Blootstelling (met of zonder ontspanning)

Door middel van blootstelling aan een oplopende reeks van probleemsituaties proberen het probleemgedrag (voortkomend uit angst) op te lossen. Het stapsgewijs benaderen van de door de patiënt gevreesde situatie, waarbij tegelijkertijd een ontspanningstechniek wordt gegeven.

Overladen

Het overladen van de patiënt met de betreffende situatie door bijv. in overvloed tegemoet te komen aan diens wensen, waardoor verzadiging optreedt en het probleemgedrag verdwijnt.

SRC (stimulus-response-consequence)

Door een gerichte observatie proberen te achterhalen welke functie het probleem-

gedrag voor de patiënt heeft en hem door middel van gesprekken te wijzen op de gevolgen die zijn gedrag voor hem en de omgeving heeft. Door middel van een gerichte aanpak (beloning gewenst gedrag en negeren ongewenst gedrag) bij de patiënt de als (onbewust) positief ervaren gevolgen van zijn probleemgedrag proberen te doorbreken.

All good, all bad

Een consequente benaderingswijze naar de patiënt, waarbij d.m.v. een rolverdeling binnen het team gestreefd wordt naar het vasthouden van positief gedrag bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek die gebruik maken van primitieve afweermechanismen (ontkenning, projectie, splitsing). Positief gedrag/contact wordt bij de patiënt gestimuleerd door het maken van een verbinding, die concreet zichtbaar moet zijn (een minimum aan kritiek leveren en een maximum aan verbinding nastreven). Dit is de rol van de 'all-good'. Minder acceptabel gedrag wordt gecorrigeerd door de 'all-bad'. Doel van deze benaderingswijze is om positief gedrag/contact uit te bouwen en negatief gedrag te laten uitdoven zonder

dat er gewerkt wordt aan inzicht bij de patiënt in de achtergronden van diens gedrag. In onderling overleg wordt

afgesproken op welke negatieve aspecten van het gedrag van de patiënt de 'all-bad'-rol van toepassing moet zijn.

5. Begeleiding/ondersteuning

Begeleiding type I

Het bieden van ondersteuning en structuur aan de patiënt en het systeem, zodanig dat eigen verantwoordelijkheden worden gestimuleerd en er rekening wordt gehouden met voorkeuren met als doel een verbetering bij de patiënt in de omgang met zijn omgeving te bewerkstelligen.

De praktische uitwerking betreft m.n. het stimuleren van de patiënt tot deelname aan huiskameractiviteiten, het verrichten van corvée-activiteiten (ADL-training). De taak van begeleiding wordt vervuld door de EVV-er in een frequentie van één keer per maand met de zorgwaarnemer (structureel). Met de patiënt vinden

begeleidingsgesprekken plaats wanneer dit nodig is (op indicatie).

Begeleiding type II

Begeleiding en ondersteuning kunnen ook als doel hebben om escalatie van het problematische gedrag te voorkomen. De begeleiding is dan meer gericht op veiligheid en het benutten van mogelijkheden. De patiënt wordt uitgenodigd en gestimuleerd om deel te nemen aan (laagdrempelig) activiteiten en zelfzorg, het dient echter niet geforceerd te worden. Er wordt veel aandacht besteed aan de mogelijkheden en voorkeuren. Veiligheid staat centraal.

6. Regressie

Het meegaan in de wensen/behoeften van de patiënt (die terugvalt naar een vroegere ontwikkelingsfase), waarbij ernaar gestreefd wordt bij de patiënt zo veel mogelijk weerstanden weg te halen en hem van alle aan hem gestelde eisen te ontslaan, met als doel een vergaand gevoel van veiligheid te creëren. Voor de patiënt houdt deelname aan

verplichtingen tijdelijk op. Indien hiertoe bij een patiënt behoefte bestaat, kan eventueel worden overgegaan tot het bieden van vergaande hulp bij functies die intact zijn (bijv. rolstoelvervoer, terwijl iemand zelf kan lopen). Het doel is een situatie te creëren, waarin de patiënt de behoefte gaat voelen zelf weer verantwoording te nemen.

7. Rehabilitatie

Rehabilitatie (+/- oefengericht)

Het stimuleren, coachen en begeleiden van de patiënt bij het stapsgewijs trainen van vaardigheden gericht op het behalen van (door de patiënt) gekozen doelen op

het terrein van zelfzorg, huishoudelijk werk, algemene en sociale vaardigheden. Het bieden van aanpassingen en/of het geven van extra hulp, indien vaardigheden niet meer geleerd kunnen worden.

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie (patiënt en systeem)

Het geven van voorlichting aan de patiënt en zijn systeem over de kenmerken van diens ziektebeeld en de gevolgen hiervan voor diens gedrag, de mogelijkheden tot omgang hiermee en in relatie hiermee het

wijzen op het belang van medicatie en therapie.

Het verhelderen bij de familie op hun eigen rol in het (probleem-) gedrag van de patiënt.

9. Systeeminterventies

Familiegesprekken

Het voeren van gesprekken door de EVV met de zorgwaarnemer van de patiënt in een frequentie van één keer per maand. In dit gesprek wordt de stand van zaken rond de patiënt besproken en er wordt

informatie gegeven over de voortgang van het zorgproces. Suggesties ter verbetering van begeleiding en verzorging van de patiënt gegeven komen aan de orde en tevens wordt er vooruitgeblikt naar de toekomst.

10. (Psycho)farmaca

Het verstrekken van (psycho)farmaca op voorschrift van de arts.

Het observeren en rapporteren over het beoogde effect en over het optreden van mogelijke bijwerkingen

GEESTELIJK VERZORGER

1. Onderzoek

Onderzoek

Door middel van een gestandaardiseerde vorm van vraaggesprek en contact met de patiënt en/of familie levensbeschouwelijk-

ke informatie als ook waargenomen en/of doorleefde uitingen daarvan verzamelen ten behoeve van een aangepaste behandeling en benadering.

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Psychodynamische interventies met eclectische technieken (o.a. psycho-analytisch)

Door middel van persoonlijke en/of familie-gesprekken - spiegelend van aard – zowel de

onverwerkte levenservaringen als de krachtbronnen van het eigen leven benoemen en integreren binnen de nieuwe levenssituatie

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Interpersoonlijke groepsactiviteiten

Door middel van gesprek en/of aangebracht visueel of auditief materiaal de bepalende (hier en nu) persoonlijke levensbeschouwelijke visie, bewuste en onbewuste

levensgevoelens en hiermee samenhangende interpersoonlijke problemen ontdekken, benoemen en eventueel positieve alternatieven ontdekken en beoefenen.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Interpersoonlijke groepsactiviteiten

Door middel van zingende/levensbeschouwelijke activiteiten op vaste tijden met een lage instapdrempel de patiënt een gevoel van veiligheid en vertrouwdeheid geven en van

daaruit stimuleren tot het aangaan van interpersoonlijke relaties met medepatiënten en/of GV met de bedoeling dat dit gedrag ook buiten de activiteit wordt voortgezet.

5. Begeleiding/ondersteuning

Rituelen

Begeleiden van patiënt en/of familie in het omgaan met levens- en/of doodservaringen

door middel van rituelen en symbolen, ingevuld afhankelijk van de persoonlijke levensovertuiging.

7. Rehabilitatie

Begeleidend groepsgesprek

In groepsverband begeleiden van patiënten in fase 3, die wachten op ontslag, in het werken naar ontslag en het vooruitblikken op de nabije toekomst, met als doel het consoli-

deren van het niveau van psychisch functioneren en het voorkomen van een terugval en het verwerven van inzicht in de persoonlijke leefstijl en de achterliggende bewuste en onbewuste opvattingen over het leven.

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie

Door middel van gesprek en/of het aanreiken van materiaal de patiënt en/of diens familie inzicht geven in het verlies

en acceptatieproces en de eigenheid van ieders positie daarin met de daaraan gekoppelde wisselwerking op elkaar's gedrag en evolutie na een verlieservaring.



ACTIVITEITEN- BEGELEIDING/SPH- SOCIAL WORKER

1. Onderzoek

Het doen van onderzoek naar hobby's en interesses zowel in heden als verleden door middel van observatie en navraag bij de patiënt en diens familie met als doel te werken aan de

motivatie van de patiënt, de ontplooiing van diens kwaliteiten en het vinden van zinvolle dagbesteding.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Algemeen

Het samen met de patiënt ontplooiën van activiteiten, waarbij gestreefd wordt de patiënt door middel van deze activiteiten inzicht te laten verwerven in (nog bestaande) eigen mogelijkheden en vaardigheden. De vorm waarin dit plaatsvindt kan variëren van een gesprek tot het (samen) doen van bijvoorbeeld een woordenspel of het oplossen van een puzzel. Deze activiteiten kunnen plaatsvinden in groepsverband of individueel. Doel hiervan is het treffen van voorbereidingen om bijv. patiënten over faalangst heen te helpen. Onderdeel van deze activiteiten kan zijn het geven van advies aan de patiënt over het aanreiken van hulpmiddelen of alternatieven, indien deze nodig zijn om activiteiten te ontplooiën. Dit gebeurt in samenspraak met bijv. de ergotherapie of de logopedie. Mogelijk kunnen deze activiteiten vooraf gaan aan het ontwikkelen van een hobby. Hobby ontwikkeling en activiteiten op creatief gebied

Het in samenspraak met de patiënt ontwikkelen/beoefenen van activiteiten, die zich in relatie met diens mogelijkheden en voorkeuren kunnen ontwikkelen tot een hobby, die ook na het ontslag, in de eigen woonomgeving blijft voortbestaan.

Bij deze activiteiten, zoals bijv. tekenen, schilderen en handwerken, gaat het om het voor de patiënt creëren van zinvolle dagbesteding, ontplooiing van kwaliteiten, stimulering van het zelfbeeld, onderhouden en stimuleren van de zelfredzaamheid, versterking van de identiteit en om ontspanning.

Welzijnsactiviteiten

Het gaat hier om activiteiten met een wisselende inhoud die afhankelijk van de wensen/behoefte van de patiënt individueel of in groepsverband worden beoefend en gericht zijn op bevordering van het welbevinden/welzijn van de patiënt.

Hierbij worden een aantal doelen gesteld,

zoals:

- het motiveren tot handelen/deelname
- het bevorderen van sociale contacten tussen groepsleden onderling
- het versterken/onderhouden van sociale vaardigheden
- het in stand houden van bestaande functies
- het ontplooien van kwaliteiten
- het ontplooien en versterken van het zelfbeeld
- het bevorderen van de zelfredzaamheid
- het bieden van ontspanning.

Activiteiten waarbij deze doelen bereikt zouden kunnen worden zijn bijvoorbeeld:

- huishoudelijke activiteiten en ADL-training (koken, bakken, afwassen, bloemen-, planten en vogelverzorging).
- bewegings- en spelactiviteiten (ochtendgymnastiek, balspel, gezelschapsspelen, kruiswoordpuzzel, legpuzzel).
- audiovisuele en zintuiglijke activiteiten (boeken lezen, luisteren naar muziek, kijken naar film en video, zingen, bedienen van apparatuur en bespelen van instrumenten).
- activiteiten op cultureel, recreatief, edu-

catief en maatschappelijk gebied (concert- en schouwburgbezoek, uitstapjes naar musea en in de natuur, wandelen, winkelen, bibliotheekbezoek, bruin café en soosbezoek, contact met huisdieren, zoals de 'aaihond').

Groepsgesprek

Het gezamenlijke laten deelnemen van de patiënten aan een groepsgesprek, met een veelzijdige doelstelling: oefenen, trainen en onderhouden van het sociaal functioneren, leren luisteren, proberen dingen onder woorden te brengen, initiatiefname tot eigen verhaal. Deelname heeft een voor de patiënt verplicht karakter. De aard van de onderwerpen binnen het groepsgesprek varieert. (Het kan gaan om thema's als speciale gebeurtenissen, het jaargetijde en dingen die in de groep leven.) Zo veel mogelijk wordt gestimuleerd patiënten met eigen initiatieven te laten komen.

Onderdeel van het groepsgesprek kunnen activiteiten met een duidelijk trainingsdoel zijn, bijv. het geheugenspel.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Dagstructuur

Het aanbieden van activiteiten met een programma-achtig karakter die de patiënt structuur en houvast geven. De inhoud van dit programma wordt in samenspraak met

de patiënt bepaald tot groeps- en individuele activiteiten, welke zich voor de patiënt richten op het in stand houden/stimuleren van de zelfredzaamheid en het zelfbeeld en het ervaren van zingeving.

5. Begeleiding/ondersteuning

Het bieden van ondersteuning en begeleiding, waarbij gestreefd wordt naar welzijn van de patiënt (gezamenlijk met de verpleging). Doel hierbij is de patiënt voor een bepaalde duur te ontzien van te negatieve prikkels en voor hem of haar een prettige sfeer te organiseren. Het gaat om het ontplooiën van activiteiten waarbij de patiënt

niet aangezet wordt tot het leveren van prestaties, maar er vooral dingen in de voorwaardenscheppende sfeer worden gedaan. Het voorkomen van terugval in gedrag door ondersteuning bij afspraken met de patiënt. Deze betreffen het dagelijkse gebeuren, zoals nakomen van gemaakte afspraken, het bijsturen van gedrag in de groep.

7. Rehabilitatie

Het samen met de patiënt ontplooiën van activiteiten, met enerzijds een welzijnsdoel en anderzijds het doel patiënten zo veel mogelijk zelfredzaam te maken.

De doelen worden door verpleging en patiënt geformuleerd. De uitwerking van de doelen gebeurt o.a. door de AB /SPH-Social worker

Het gaat hierbij om het oefenen/weer aanleren van basisvaardigheden zoals huishoudelijke activiteiten, maar ook het trainen/leren onderhouden van sociale contacten. De vorm waarin dit plaatsvindt zijn gezamenlijke activiteiten.

8. Psycho-educatie

Het geven van voorlichting aan patiënten en familie over het belang van voor hem of haar mogelijke activiteiten. Dit betreft voor-

al het meedoen aan activiteiten binnenshuis met een cultureel of welzijnsdoel.

CTBS

1. Onderzoek

PG observatie: gestandaardiseerde algemene observatie t.b.v. diagnostiek

De nadruk ligt op zelf/omgevingsbeeld, persoonlijkheid, stemming en gedrag, in relatie met de omgang met materialen en therapeut. De patiënt wordt twee maal geobserveerd met behulp van vast-gestelde beeldende en spelactiviteiten,

waarna een verslag volgt volgens de DSA systematiek.

Gerichte observatie

Kortdurende observatie (4-5 maal) rondom bepaald probleemgebied bij de patiënt (gedrag, stemming, interactie omgeving)

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Verwerkingsgerichte therapie

Focus:

Komen tot acceptatie/verwerking van verlieservaringen/trauma's.

Eerder opgelopen trauma's en verlieservaringen in het leven van de patiënt kunnen een blokkerende werking hebben op het huidige leven van de patiënt en zijn toekomstperspectief.

Als er multi-disciplinair mogelijkheden gezien worden tot verwerking kan het beeldende handelen (in materiaalbeleving, vormgeving en thematiek) binnen de therapie hierop afgestemd worden. Dit stelt eisen aan de ego-sterkte van de patiënt. Ook stelt het eisen aan de wilskracht, motivatie en cognitieve (bevattende) mogelijkheden.

De nadruk binnen verwerkingsgerichte therapie kan ook liggen op integratie en acceptatie van de huidige beperkingen en verwerking van recente verlieservaringen.

Centrale doelen:

rouwverwerking/traumaverwerking integratie en verwerking van verlieservaringen acceptatie van huidige beperkingen.

Houding therapeut:

Kan zowel volgend als sturend zijn. De patiënt wordt in zijn eigen initiatieven gesteund, waarbij de therapeut het proces bewaakt.

Materiaal:

Beeldend materiaal waarbij vrije expressie mogelijk is (teken en schildermateriaal, klei). Er kan gebruik gemaakt worden van technieken zoals life-review en het maken van een levensboek.

Vorm:

De therapie zal individueel plaatsvinden, op een vaste tijd en in een vaste therapieruimte.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Ontdekkend/inzichtgevend

Focus:

De bestaande problematiek staat centraal, waarbij materiaalaanbod en houding therapeut worden aangepast. De ervaringen binnen de activiteiten worden waar mogelijk inzichtelijk gemaakt bij de patiënt, door een koppeling naar de problematiek in het dagelijks leven te maken.

Centrale doelen:

Gewaar worden van eigen mogelijkheden en beperkingen hervinden en vasthouden van eigenheid/identiteit experimenteren met alternatief gedrag uiten van (geblokkeerde) behoeften en gevoelens beïnvloeden van gedrag.

Houding therapeut:

De therapeut kan zich zowel sturend als volgend opstellen. De patiënt wordt ruimte gegeven voor experimenteren met en ontdekken van behoeften en gevoelens binnen de structuur van de therapie.

Materiaal:

De keuze van beeldend en of spelmateriaal komt met de patiënt samen tot stand. Er zijn mogelijkheden om met teken/schilder-materiaal, hout, klei en textiel te werken. Er kan binnen beeldend met thema's en symbolen gewerkt worden.

Vorm:

De therapie is individueel gericht (evt. binnen een groepje) en vindt plaats in een vaste therapieruimte, in de regel eenmaal per week.

Inzicht

- emoties benoemen en verder doorvragen
 - emoties benoemen/erkennen, toewerken naar mogelijk doorbraak
 - groepsdynamica, ook reacties van andere groepsleden gebruiken
 - ruimte geven aan emoties van groepsleden, bewustwording van de rol van de anderen
- Voorbeeld: doorvragen naar wat het te-
weeg brengt, wat iemand ermee kan.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Structuur

- emoties benoemen/erkennen, ondersteuning bieden, maar niet doorvragen
- emoties benoemen/erkennen, onderlinge herkenning groepsleden
- bescherming bieden, om de emotie

- 'heen bouwen', mogelijke heftigheid in emotie/confrontatie voorkomen
- ruimte geven aan emoties van groepsleden (bijv. d.m.v. appèl op eigen oplossend vermogen)

Voorbeeld: bevestigen van emotie.

3/4. Groepsinterventie (Hier en Nu structuur/ Hier en Nu inzicht)

Groepsinterventie (*Hier en Nu structuur/ Hier en Nu inzicht*)

Leiding: psycholoog en creatief therapeut
beeldend/spel.

Doel:

Positief beïnvloeden van de omgang
van de patiënt met anderen door middel
van ervaringsleren en (inzichtgevende) ge-
sprekken en onderlinge feedback.

Subdoelen:

- beïnvloeding van het (manifeste) gedrag
en beleving d.m.v. waardering, aandacht,
stimuleren en succeservaringen (posi-
tief) of afkeuring, dempen (negatief)
- bewustwording van eigen percepties
(kijk op de omgeving en zichzelf)
en cognities
- bewustwording van de eigen gevoelens
en ervaren van herkenning en steun bij
anderen.
- (stapsgewijze) verandering in de eigen
percepties (omgeving en zichzelf) en cog-
nities
- vermindering van de afweer d.m.v.
symbolisch werken
- inzicht en mogelijke evenwichtigheid
- meer autonomie
- **toekomst**

Werkwijze en opzet

Er wordt per sessie themagericht gewerkt.

Thema's zijn:

- contact leggen

- eigenheid
- emoties herkennen en erkennen
- levensgeschiedenis
- samenwerking (aan de hand van
concrete voorbeelden)
- afscheid/ **toekomst**

Voorwaarden

De therapeut schept de voorwaarden voor
een veilig en stimulerend groepsklimaat.
De creatief therapeut zorgt voor de begelei-
ding van de spel- en beeldende elementen.
De psycholoog en de creatief therapeut zijn
beide verantwoordelijk voor de gespreks-
begeleiding. Op indicatie verwijzing naar de
'inzicht'-groep: dit gebeurt door een selectie
uit de structuurgroep. Binnen de 'inzicht'-
groep wordt gewerkt volgens psychodyna-
mische inzichten. Thema's zijn: jeugd en le-
vensgeschiedenis, mogelijk psychotrauma.

Continuïteit in begeleiding. Uit de 'struc-
tuur'- en de 'inzicht'-groep dienen aan-
knopingspunten te ontstaan met het
groepsgebesprek op de afdeling. Verzorging
en AB spelen hierin een belangrijke rol.

Methoden

De therapeuten maken gebruik van gedrags-
en groepstherapeutische technieken. De deel-
nemers van de groep kunnen profiteren
van het contact met en de feedback van de
groepsleden. Via onderlinge ondersteuning
en ervaringsuitwisseling kunnen strategie-
en ontwikkeld worden ter verbetering van

vaardigheden in de omgang met (belangrijke) anderen. Er wordt gebruikt gemaakt van het groepsproces. De therapeuten

spelen in op wat binnen de interacties in de groep naar voren komt.

5. Begeleiding/ondersteuning

Begeleiding type I

Dit interventietype komt zowel bij aanvang van de therapie als bij een al lopende therapie voor. Bij aanvang van de therapie gaat het om het opbouwen van therapeutisch contact waarbij ingeschat wordt dat deze fase langdurig is door een afwerende houding bij de patiënt met de mogelijkheid om voorzichtig te zoeken naar kansrijke ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden. Bij een al lopende therapie gaat het om het onderhouden van therapeutisch contact

wanneer in de behandeling tijdelijk een pas op de plaats gemaakt moet worden met de mogelijkheid om te zoeken naar nieuwe ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden.

Begeleiding type II

Zie type I, maar nu zonder de intentie om te zoeken naar nieuwe ingangen om de psycho-sociale problematiek te beïnvloeden. Er worden dus op geen enkel moment eisen gesteld aan de patiënt

6. Regressie

Een vorm van therapie bij de patiënt waarbij zoveel mogelijk tegemoet gekomen wordt aan vroegkinderlijke behoeften van

de patiënt; het toepassen van ZAO technieken is hierbij een van de mogelijkheden.

8. Psycho-educatie

Gerichte vorm van advisering. De patiënt en eventueel familie inzicht geven in eigen

problematiek en de omgang daarmee.

MUZIEKTHERAPIE

1. Onderzoek

PG-observatie

In de omgang met het muzikale materiaal wordt een algemeen beeld zichtbaar. Zelf-beeld, omgevingsbeeld, persoonlijkheid, manier van communiceren en stemming zijn belangrijke aspecten die hierbij de aandacht krijgen. De observatie vindt plaats aan de

hand van een gestandaardiseerde methode.

Gerichte observatie

Kortdurende observatie (ongeveer 4 keer) rondom een bepaald probleemgebied bij een patiënt (gedrag, stemming, sociale interactie, vrije tijdsbesteding).

2. Proces/verwerkingsgericht (verleden) - ontdekkend/inzichtgevend

Verwerkingsgerichte therapie

Focus:

Een aantal patiënten heeft in het heden last van eerder opgelopen trauma's en verlieservaringen. Hierbij valt te denken aan een oorlogsverleden, incest, overlijden van dierbaren, maar ook geestelijke of lichamelijke achteruitgang. Multi-disciplinair wordt afgesproken of hier in de behandeling toedekkend of verwerkingsgericht mee om zal worden gegaan. Dit hangt o.a. af van ego-sterkte, wilskracht en het onder ogen willen zien van het probleem.

Centrale doelen:

Rouwverwerking; integratie en verwerking van verlieservaringen; acceptatie huidige beperkingen.

Houding therapeut:

Deze kan zowel sturend als volgend zijn.

Materiaal:

Receptieve muziektherapie, gebruik makend van waarde-gebieden die in de muziek te herkennen zijn, associaties en herinneringen.

Vorm:

Individueel, in een vaste ruimte, eens per week.

3. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) - ontdekkend inzichtgevend

Focus:

De bestaande problematiek staat centraal. Ervaringen binnen de activiteiten worden

waar mogelijk inzichtelijk gemaakt bij de patiënt, door een koppeling naar de problematiek in het dagelijks leven.

Centrale doelen:

Gewaarworden van mogelijkheden/
beperkingen; hervinden en vasthouden
van eigenheid/eigen identiteit; uiten van
(geblokkeerde) behoeften en gevoelens;
beïnvloeden van gedrag.

Houding therapeut:

De therapeut kan zich zowel sturend als vol-
gend opstellen. Aan de patiënt wordt ruimte
gegeven om te experimenteren met en ont-
dekken van behoeften en gevoelens binnen de
structuur van de therapie. Het gedrag van de
patiënt en de ervaringen binnen de therapie
worden waar mogelijk benoemd en gekoppeld
naar de problematiek in het dagelijks leven.

Materiaal:

De therapeut zoekt samen met de patiënt
naar geschikt materiaal (muziekstukken,
instrumenten). Te denken valt aan het
ophalen/delen van de levensgeschiedenis
n.a.v. muziek, weergeven van de stemming
in de muziek, muziek als tegenpool van het
huidige gevoel (iso/level principe) of muziek
als alternatieve vorm van communicatie
wanneer verbale communicatie niet meer
toereikend is.

Vorm:

Individueel of individueel binnen de groep;
eventueel samen met partner, in een vaste
ruimte, in de regel eens per week.

4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Structuur

- emoties benoemen/erkennen, ondersteu-
ning bieden, maar niet doorvragen
- emoties benoemen/erkennen, onderlinge
herkenning groepsleden
- bescherming bieden, om de emotie 'heen

bouwen', mogelijke heftigheid in emotie/
confrontatie voorkomen

- ruimte geven aan emoties van groepsle-
den (bijv. d.m.v. appèl op eigen oplossend
vermogen)

Voorbeeld: bevestigen van emotie

5. Begeleiding/ondersteuning

Begeleiding type I

Dit interventietype komt zowel bij aanvang
van de therapie als bij een al lopende the-
rapie voor.

Bij aanvang van de therapie gaat het om het
opbouwen van therapeutisch contact waarbij
ingeschat wordt dat deze fase langdurig is
door een afwerende houding bij de patiënt
met de mogelijkheid om voorzichtig te zoeken

naar kansrijke ingangen om de psycho-so-
ciale problematiek te beïnvloeden. Bij een al
lopende therapie gaat het om het onderhou-
den van therapeutisch contact wanneer in
de behandeling tijdelijk een pas op de plaats
gemaakt moet worden met de mogelijkheid
om te zoeken naar nieuwe ingangen om de
psycho-sociale problematiek te beïnvloeden.

Begeleiding type II

Zie type I, maar nu zonder de intentie om te zoeken naar nieuwe ingangen om de psy-

cho-sociale problematiek te beïnvloeden.

Er worden dus op geen enkel moment eisen gesteld aan de patiënt

6. Regressie

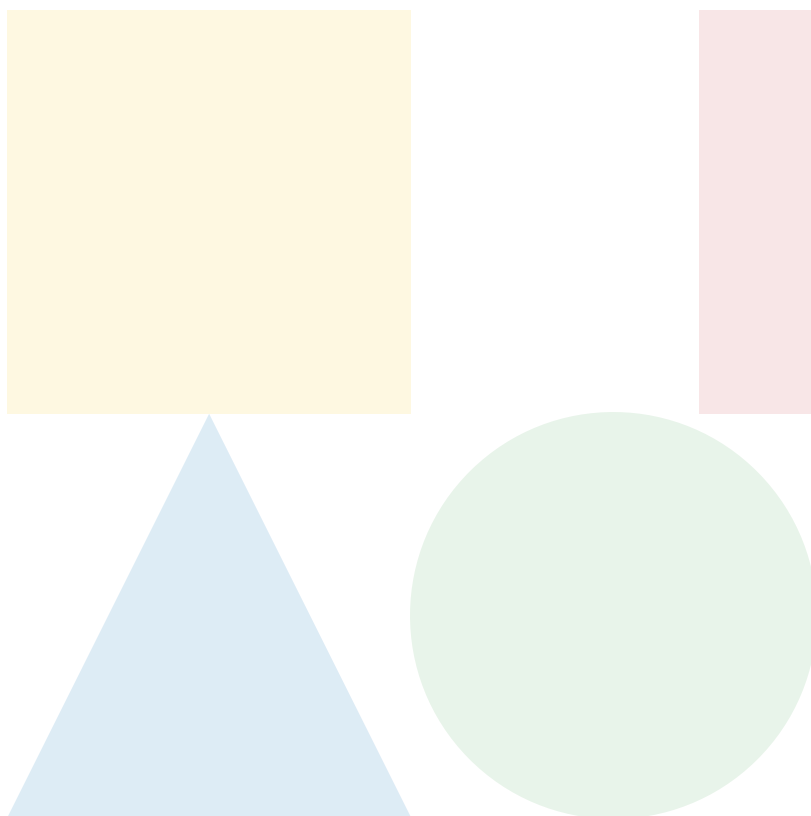
Een vorm van therapie bij de patiënt waarbij zoveel mogelijk tegemoet gekomen wordt aan vroegkinderlijke

behoeften van de patiënt; het toepassen van ZAO technieken is hierbij een van de mogelijkheden.

8. Psycho-educatie

Psycho-educatie is gericht op het verschaffen van voorlichting en informatie aan de patiënt over de geconstateerde problematiek. De patiënt wordt geleerd signalen

m.b.t. de problematiek te leren herkennen; daarna volgt concrete informatie over de mogelijkheden om de problematiek te verminderen.



LOGOPEDIE

1. Onderzoek

Observatie

Analyse van de stoornis die ten grondslag ligt aan het niet goed verlopen van de communicatie. Deze kan liggen op het

terrein van de spraak/articulatie, woordvindingsproblemen, productie en perceptie van grammaticale en begrijpelijke taal of combinaties hiervan.

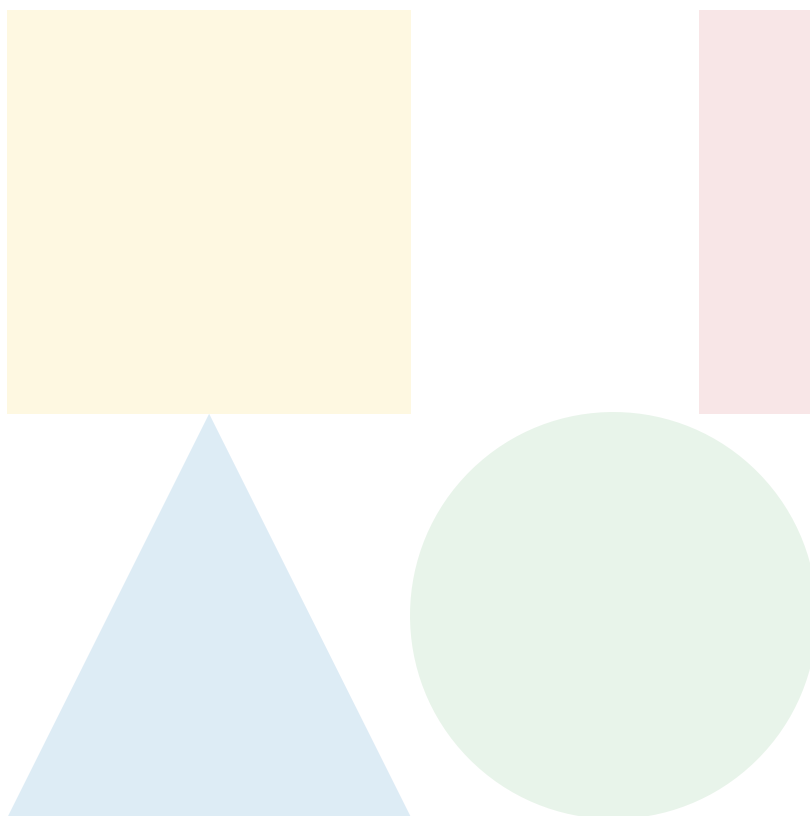
4. Functioneel/ervaringsgericht (hier en nu) structurerend

Training slikken en praten

Het trainen van de fijne motoriek in de articulatie en het slikken ter verbetering van de spraak. Indien goed gearticuleerde spraak niet meer kan worden aangeleerd, adviezen geven over gebruik hulpmiddelen en/of andere manieren van communiceren.

Aangepast communiceren

Het leren communiceren met hulpmiddelen indien begrijpelijke taal niet meer kan worden aangeleerd. Er worden middelen aangereikt die kunnen dienen als ondersteuning bij of vervanging van de gesproken taal zoals het leren communiceren via natuurlijke gebaren.



MAATSCHAPPELIJH WERK

5. Begeleiding/ondersteuning

Informeren/voorlichten

Het informeren van patiënt en familieleden over praktische zaken zoals de opnameprocedure, de financiering van de opname, de eigen bijdragen, huisopzegging en boedelopslag. Daarnaast ook het bieden van ondersteuning bij het maken van een keuze voor een andere woonvorm en het geven

van informatie rondom de indicatie voor een andere woonvorm.

Bemiddelen

In geval er sprake is van complexe zorg en zaakwaarneming het bieden van hulp aan de familie bij het regelen van verschillende zaken die er rond de patiënt spelen.

