



De psychiatrische zorg voor ouderen!

Wat houdt het in en wat zijn de mogelijkheden voor de psychomotorische therapeut?
Het beeld van pmt'ers in opleiding onderzocht!

Hayke van Valburg

Je loopt stage binnen de ouderenzorg en je bent de eerste anderhalve maand van de stage ervan overtuigd dat je in de psychogeriatric stage loopt. Omdat je je wilt verdiepen in het werkveld waar je stage loopt ben je bezig met het verzamelen van literatuur over dit werkveld. Je vraagt een arts op je stageplek of zij literatuur voor jou heeft en zij komt met de wedervraag: "Maar waarom wil je literatuur over de psychogetriatrie als je nu stage loopt in de gerontopsychiatrie?"

Het zal je maar overkomen, je liep toch stage in de psychogeriatric? Het is van essentieel belang om als therapeut te weten in welk werkveld je daadwerkelijk werkzaam bent.

Als je je dan wilt verdiepen in de verschillende werkvelden, dan kun je jezelf de volgende vragen stellen:

- Welke verschillende werkvelden zijn er binnen de psychiatrische zorg voor ouderen?
- Wat is dan het verschil tussen die werkvelden?
- Wat houdt dit verschil in voor jou als psychomotorisch therapeut?
- Wat zijn mogelijkheden binnen deze werkvelden voor de psychomotorisch therapeut?
- Word je als student voldoende geïnformeerd over de werkvelden binnen de ouderenzorg?

Om niet in een soortgelijke situatie te komen als genoemd voorbeeld is het belangrijk dat BA/PMT studenten op de hoogte zijn van de bovenstaande vragen en antwoorden omtrent het werken binnen de ouderenzorg. In dit artikel wordt geprobeerd om een antwoord te geven op deze vragen.

Wat is eigenlijk precies het beeld dat BA/PMT studenten hebben over de werkvelden binnen de ouderenzorg? Er is onderzoek naar gedaan onder vierdejaars BA/PMT studenten aan de School of Human Movement and Sports. In het eerste gedeelte van het artikel wordt besproken wat voor een onderzoek er gedaan is en welke conclusie daaruit getrokken kan worden.

In het tweede gedeelte wordt antwoord gegeven op de vraag: "Wat houden de werkvelden binnen de psychiatrische zorg voor ouderen in?"

In het derde deel van het artikel worden mogelijkheden voor de psychomotorische therapeut binnen de werkvelden beschreven. Er wordt onder andere gekeken naar behandeldoelen, bijpassende thema's en naar de attitude van de thera-

peut. Zelf heb ik mijn eindstage gelopen in de gerontopsychiatrie en het laatste deel van het artikel zal gaan over mijn eigen mening en ervaringen met deze doelgroep.

WAT IS HET BEELD DAT STUDENTEN HEBBEN VAN HET WERKVELD DE OUDERENZORG?

Om een beeld te krijgen van de mening van vierdejaars PMT/BA studenten over het werkveld de ouderenzorg is er een enquête afgenomen onder alle vierdejaars PMT/BA studenten aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle. Uit het onderzoek blijkt dat een hoog percentage van de studenten een onduidelijk en negatief beeld hebben van het werkveld de 'ouderenzorg'.

Het beeld over psychomotorische therapie met ouderen onder vierdejaars studenten van de PMT/BA opleiding aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle is dat er binnen doelen veel herhaling nodig zal zijn, je als therapeut veel geduld moet hebben en er weinig progressie binnen behandeling te behalen is.

Veel rekening houden met lichamelijke beperkingen, traag bewegen en niet actief zijn worden benoemd als negatieve aspecten van het werken met ouderen. Als voordeel van het werken binnen de ouderenzorg gaf ongeveer de helft van de studenten aan dat de cliënten dankbaar zijn en dat je als therapeut veel waardering krijgt voor je werk. Ook het contact wat je met de cliënten kunt hebben wordt als voordeel benoemd. Het 'gezellig' kletsen en indrukwekkende levensverhalen worden daarbij als voorbeelden genoemd.

'Gezellig kletsen en indrukwekkende levensverhalen'

In de enquête is de vraag gesteld of studenten het verschil weten tussen de gerontopsychiatrie en de psychogeriatric. Het is van essentieel belang om als therapeut te weten in welk werkveld je daad-

werkelijk werkzaam bent, maar zeven procent van de studenten weet wat het verschil tussen de gerontopsychiatrie en de psychogeriatric. Een wezenlijk verschil tussen twee werkvelden waar veel studenten dus niet van op de hoogte zijn.

Op de vraag of studenten na hun opleiding werkzaam zouden willen zijn in de ouderenzorg gaf achttien procent van de studenten aan dat zij niet werkzaam willen worden in de ouderenzorg. Als voornaamste redenen worden onder andere aangedragen dat er weinig uitdaging in de doelgroep zit en de studenten denken dat ze te weinig geduld hebben voor de doelgroep.

Kort samengevat en kijkend naar LECS¹ dan zien studenten de nadelen vooral op lichamelijk gebied en de mogelijkheden omtrent het bewegen. De studenten zien de voordelen met name in het sociale aspect. Hiermee wordt de omgang en het contact bedoeld en niet het sociale punt aspect behandeldoelen en thema's.

De laatste vraag die aan de studenten gesteld is, was of zij vinden dat zij door de opleiding voldoende geïnformeerd zijn over het werkveld de ouderenzorg om in dit werkveld goed te kunnen functioneren na de opleiding. Vijfentachtig procent van de studenten vindt dat de opleiding meer aandacht mag besteden aan het werkveld. Ze geven aan dat ze te weinig informatie hebben over het werkveld en dat ze er meer over zouden willen weten.

De conclusie van het onderzoek luidt als volgt:

De vierdejaars studenten van de BPT opleiding aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle hebben weinig kennis en (daardoor) een verkeerd beeld van de werkvelden binnen de psychiatrische zorg voor ouderen. Zij vinden het een onderbelichte doelgroep binnen de opleiding en het merendeel van de studenten geeft aan niet werkzaam te willen worden in werkvelden binnen de ouderenzorg.

¹Een observatie en interventie methode aan de hand van de aspecten lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal.

WAT HOUDEN DE TWEE WERKVELDEN BINNEN DE PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR OUDEREN IN?

Voordat er verder gegaan wordt op de ouderenzorg binnen de psychiatrie zal er eerst een korte omschrijving volgen van wanneer iemand precies tot de ouderen hoort:

Aangezien ouderdomsveranderingen voortdurend en sluipend komen is er geen scherpe grens te trekken wanneer iemand tot de ouderen behoort. In veel gevallen wordt er uitgegaan van vijftenzestig, de gebruikelijke officiële pensioenleeftijd. Door grote verschillen tussen oudere individuen in de mate waarin biologische veroudering optreedt, zegt de kalenderleeftijd echter betrekkelijk weinig. Binnen de psychiatrische zorg voor ouderen kom je dus ook cliënten tegen die jonger zijn dan vijftenzestig.

De twee werkvelden die voor een psychomotorisch therapeut van belang zijn worden in de praktijk aangeduid met de gerontopsychiatrie en de psychogeriatric.

DE GERONTOPSYCHIATRIE

De gerontopsychiatrie wordt binnen sommige instellingen ook wel de ouderenpsychiatrie genoemd. Het is van de instelling afhankelijk hoe het werkveld

genoemd wordt.

Binnen een verpleegtehuis wordt de psychiatrische afdeling vaak de gerontopsychiatrie genoemd.

Binnen psychiatrische instellingen wordt vaak de term ouderenpsychiatrie gebruikt. Een term die binnen de psychiatrische instellingen meer voor de hand ligt en aanduidt waar het werkveld voor staat: psychiatrische zorg bij ouderen. Binnen de gerontopsychiatrie/ouderenpsychiatrie worden mensen behandeld met psychische stoornissen.

Veel voorkomende ziektebeelden /problematiek.

Binnen de gerontopsychiatrie zijn de stoornissen veelal gerelateerd aan de psychische problematiek en niet aan de leeftijd van de cliënten. Alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische –en classificatiesystemen (o.a. DSM-4). Denk aan:

- Depressie, bipolaire stoornis
- Psychose
- Angst

En uit hierboven genoemde stoornissen mogelijk voorkomend of bijbehorend:

- Persoonlijkheidsproblematiek
- Afhankelijkheidsproblematiek
- Eenzaamheid, sociaal isolement
- Delier; verwardheidstoestand waarbij het bewustzijn is vertroebeld, ontregeling hersenfunctie.

DE PSYCHOGERIATRIE

De term psychogeriatric is bedacht door de internationale 'World Health Organization' als aanduiding voor psychische problemen die zich bij ouderen kunnen manifesteren. Het gaat om problemen van de oude dag en niet om psychiatrische aandoeningen waar men al eerder last van had.

Het vermogen tot logisch nadenken, begrijpen en onthouden neemt steeds verder af

In Nederland heeft de term psychogeriatric vooral betrekking op de zorg voor oude mensen die cognitieve problemen hebben, voornamelijk dementie. Mensen die dement worden, kunnen psychosociale problemen ontwikkelen doordat het voor hen heel moeilijk is om hun ziekte en de gevolgen daarvan te verwerken en ermee om te leren gaan. Het vermogen tot logisch nadenken, begrijpen en onthouden neemt steeds verder af waardoor contact met de omgeving steeds minder wordt. Ouderen kunnen bijvoorbeeld helemaal in hun eigen wereld verzinken.



De zelfredzaamheid wordt steeds minder. In de psychogeriatrische zorg werken verplegers, maatschappelijk en sociaals werksters, psychologen en ook therapeuten waar de psychomotorische therapie ook toe behoren.

Veel voorkomende ziektebeelden / problematiek

Binnen de psychogeriatric zijn de stoornissen veelal gerelateerd aan de leeftijd van de cliënten. Denk hierbij aan cognitieve stoornissen zoals vormen van demantie in samenhang met lichamelijke problematiek. De leeftijd van de cliënten ligt vaak rond de zeventig jaar.

De meest voorkomende soorten demantie:

- De ziekte van Alzheimer
- Vasculaire demantie
- Lewy body demantie
- Parkinson demantie

Met het toenemen van de leeftijd stijgt de prevalentie van de psychische aandoeningen waarbij cognitieve stoornissen op de voorgrond staan, zoals demantie en delier. In de differentiële diagnostiek speelt dit een belangrijke rol. Bij veel andere psychiatrische stoornissen komen ook cognitieve verschijnselen voor (o.a. concentratiestoornissen bij depressie). Bij oudere patiënten zal altijd goed onderzocht moeten worden in hoeverre de verschijnselen toe te schrijven zijn aan de psychiatrische aandoening of aan een beginnende demantie. Een bijkomende cognitieve stoornis kan het beeld en de behandeling van bestaande psychiatrische aandoeningen beïnvloeden.

MOGELIJKHEDEN VOOR DE PSYCHOMOTORISCHE THERAPEUT BINNEN DE TWEE WERKVELDEN.

Psychomotorische therapie is binnen de ouderenzorg een opkomende therapievorm en binnen de psychiatrische ouderenzorg geldt dit zeker. Het verschilt daardoor erg per instelling welke waarde en positie psychomotorische therapie heeft binnen de ouderenzorg. Psychomotorische therapie is wel een zeer geschikte therapie vorm voor ouderen. Cliënten binnen de ouderenzorg pakken vanwege hun leeftijd non-verbale therapievormen vaak gemakkelijker op dan verbale therapievormen.

Psychomotorische therapie is goed te gebruiken omdat bewegingssituaties herkenbaar zijn en goed aan te passen zijn aan de mogelijkheden van de cliënten.

'Het opdoen van ideeën en inspiratie'

Om een beeld te krijgen van wat voor activiteiten er binnen de werkvelden gebruikt worden, wil ik de internetsite www.pmtmetouderen.nl aanraden. Op deze internetsite kun je veel inspiratie en ideeën opdoen voor activiteiten en doelen/thema's voor activiteiten. Het geeft ook een goed beeld in wat er mogelijk is en hoe je met een creatief denkvermogen op uitdagende PMT aanbod kunt komen.

DE GERONTOPSYCHIATRIE

De Geronto- psychiatrische behandeling is bedoeld voor mensen die zodanige psychische stoornissen hebben, dat begeleiding, behandeling en ondersteuning nodig zijn. Om de psychische en/of psychosociale problemen te verminderen of weg te nemen, kan PMT ingezet worden. Daarbij wordt het bewegen en de lichamelijke van de cliënt als aanknopingspunt gebruikt om te kunnen werken aan doelen die zijn gesteld binnen het behandelplan van een cliënt. Contra-indicaties voor psychomotorische therapie binnen de gerontopsychiatrie zijn een beperkt leervermogen t.a.v. inzicht in eigen functioneren, als een cliënt ernstige fysieke of cognitieve beperkingen heeft en als een cliënt geen enkele affiniteit met bewegen en lichaamswerk heeft.

Doordat er veel verschillende stoornissen voorkomen zijn de behandel doelen binnen de psychomotorische therapie ook zeer divers.

De algemene doelen die daar overwegend in naar voren komen zijn het veranderen van inadequate gedragpatronen, het verminderen van psychosociale problematiek en het vergroten van inzicht in eigen functioneren en eigen gedragspatronen.

De volgende thema's kunnen worden geformuleerd bij bovenstaande algemene doelen:

1. Vergroten sociale betrokkenheid
2. Initiatief nemen, (zelfstandigheid, autonomie, versus afhankelijkheid)
3. Het nemen van verantwoordelijkheid
4. Acceptatie van aanwezige beperkingen
5. Vergroten sociale vaardigheden
6. Werken aan het zelfvertrouwen, succeservaren en inschatten van eigen mogelijkheden.
7. Verminderen van angst/ onzekerheid
8. Rouw en verlies (zowel van functionaliteit als persoon)
9. Assertiviteit

'Het vergroten van inzicht in eigen functioneren'

De attitude die passend is bij deze doelgroep is erg afhankelijk van de stoornis, behandel doelen en bijpassende thema's die daarvoor gebruikt worden. In eerste instantie is het belangrijk dat je als therapeut altijd respectvol bent en daarnaast uitnodigend, stimulerend, rustig, met humor, geduldig, empatisch, structurerend, begrenzend, confronterend of directief.

Als het binnen de therapie gaat om initiatief nemen dan zal je als therapeut een uitnodigende en geduldige houding aan moeten nemen. Gaat het om het nemen van verantwoordelijkheid dan is een confronterende en directieve houding meestal passender. Neem je als therapeut een confronterende houding aan dan werkt het bij ouderen vaak goed om dit met humor te doen.





Ouderen hebben het vanuit vroeger niet meegekregen om dingen rechtstreeks en confronterend te benoemen en te horen te krijgen, vroeger was dit ongepast en werd dat niet gedaan. Door humor te gebruiken maak je de confrontatie luchtig en daardoor zullen ouderen het makkelijker aannemen.

Als het gaat om activiteiten dan kun je in principe alle activiteiten die binnen de volwassen psychiatrie gebruikt worden ook binnen de gerontopsychiatrie gebruiken. Deze activiteiten dienen echter wel te worden aangepast op het energieniveau van de cliënten. Het gaat er niet zozeer om wat je doet maar hoe je het aanbiedt en wat het doel is, is veel belangrijker. De belangrijkste kernwoorden als het gaat om het bedenken van passende activiteiten voor deze doelgroep zijn laagdrempelig en haalbaar.

Waarom laagdrempelig en haalbaar? Het één staat in relatie tot het ander. Laagdrempelig zodat de cliënten geen druk of spanning voelen om aan de activiteit deel te nemen. Zet je een activiteit laagdrempelig in, dan zal deze voor veel cliënten haalbaar zijn om mee te doen. Denkt een cliënt bij voorbaat al dat hij/zij een activiteit niet kan, dan zal de cliënt er niet aan beginnen. Dus maak een activiteit haalbaar en wil hierin niet te snel teveel. Als therapeut moet je goed kunnen differentiëren en flexibel zijn. Eigenlijk geldt dit voor elk werkveld

waar je mee te maken krijgt. Je kunt een perfecte voorbereiding hebben maar als er plotseling iets onverwachts gebeurt moet je flexibel en creatief zijn en van je voorbereiding af kunnen wijken. Probeer in je denken de voorbereiding los te laten en speel in op wat er gebeurt.

‘Er zijn enorm veel activiteiten mogelijk’

Binnen de opleiding BA/PMT aan de School of Human Movement and Sports krijgen de studenten LECS aangereikt om te gebruiken binnen de therapie. Dit is een interventiemethode, daarnaast ook een observatiemethode en aan de hand van LECS kunnen ook behandeldoelen worden geformuleerd.

Hieronder een overzicht van belangrijke interventie en/of observatie mogelijkheden aan de hand van LECS.

Lichamelijk:

Ten eerste zijn de beweegmogelijkheden van de cliënten erg uiteenlopend. Waar de één kan hardlopen, kan de ander net een paar honderd meter wandelen. Ten tweede is er ook veel verschil te zien in hoe de cliënten bewegen. Van onbesuisd en niet rekening houdend met wat het lichaam aan kan, naar te voorzichtig

en daardoor gespannen en houterig bewegen.

Emotioneel:

Binnen interventies is het belangrijk dat de therapeut zich bewust is van welke emoties er opgerakeld worden en waarom. Het kan namelijk zijn dat het oprakelen van problematiek uit het verleden teveel emoties met zich meebrengt en dit zal de behandeling niet ten goede komen. Je kunt de cliënt overvragen en het is belangrijk dat de therapeut zich goed afvraagt wat en waarom er uit het verleden opgerakeld wordt en wat bijkomende emoties kunnen doen. Een voorbeeld hiervan is seksueel misbruik in het verleden bij een behandeling van een depressie. Wat de psychomotorische therapeut zich af moet vragen voor het interveniëren: Is de cliënt in staat om dit nog te verwerken? En zal het oprakelen van het misbruik met bijkomende emoties ten goede komen aan de behandeling?!

Cognitief:

Veel cliënten zijn echte denkers, het cognitieve stuk staat daardoor op de voorgrond. Er wordt inzichtgevend gewerkt dit zowel in en naar het verleden, het heden en de toekomst.

Sociaal:

Het sociale stuk binnen problematiek bij cliënten komt binnen PMT veel naar voren. Cliënten die teveel voor de omgeving zorgen en zichzelf vergeten en cliënten die alles zelf willen doen en hulp niet of nauwelijks aanvaarden kom je veel tegen. Binnen de psychomotorische therapie komen bijhorende gedragingen en denkpatronen goed naar voren.

DE PSYCHOGERIATRIE

Mensen die dement worden, kunnen psychosociale problemen ontwikkelen doordat het voor hen heel moeilijk is om hun ziekte en de gevolgen daarvan te verwerken en ermee om te leren gaan. Om deze psychosociale problemen te verminderen of weg te nemen, kan psychomotorische therapie ingezet worden. Daarbij wordt het bewegen en de lichamelijkeheid van de cliënt als aanknopingspunt gebruikt om te kunnen werken aan doelen die zijn gesteld binnen het behandelplan van een cliënt.

Contra-indicaties voor psychomotorische therapie binnen de psychogeriatric zijn er als een cliënt ernstige fysieke of cognitieve beperkingen heeft. En als de cliënt geen enkele affiniteit heeft met bewegen en lichaamswerk.

Binnen behandeldoelen ligt in de psychogeriatric de nadruk vooral op observatie en diagnostiek en veelal in de omgangsadvisering/benadering. Als het gaat om diagnostiek dan probeer je als psychomotorisch therapeut inzicht te krijgen in het psychische en psychosociale functioneren van de cliënt. Het behandeldoel anders dan het bepalen van de diagnostiek, wordt binnen de geriatric bij cliënten die opgenomen zijn vaak toegespitst op het zo goed functioneren dat de cliënt terug kan naar huis of, en dit is meestal het geval naar een verzorgingstehuis kan.

'Observatie, diagnostiek en omgangsadvisering'

Veel voorkomende algemene doelen:

- (re) socialisatie
- (re) activering
- Bevordering van de emotionele stabiliteit en het zelfvertrouwen

De volgende thema's kunnen worden geformuleerd bij bovenstaande algemene doelen:

1. Contact maken, sociale vaardigheden
2. Samenwerken
3. Initiatief nemen (zelfstandigheid, autonomie)
4. Zelfvertrouwen (ervaren en inschatten van eigen mogelijkheden)
5. Voor jezelf opkomen (assertiviteit).
6. Kracht
7. Ontspanning
8. Uiten van emoties

De attitude/houding van de therapeut is afhankelijk van de gestelde doelen empathisch, structurerend, sturend en begrenzend. Voor mensen met cognitieve problemen is het bijvoorbeeld erg belangrijk dat je ze constant bewust maakt en houdt van wat ze aan het doen zijn en waarom ze het aan het doen zijn. De sturende en sturende attitude past daar goed bij. Als het gaat om activiteiten dan staat veiligheid altijd voorop!

In elk werkveld is dit belangrijk en moet de veiligheid gewaarborgd zijn. Op latere leeftijd ligt valgevaar op de loer dus vooral ook in dit werkveld: Zorg dat de veiligheid tijdens activiteiten gewaarborgd is!

Hierbij is het bijvoorbeeld handig om bij een warming-up een stoel als hulpmiddel te gebruiken. De cliënten doen de warming-up staand voor de stoel en geheel vrijblijvend kunnen de cliënten de stoel gebruiken als hulpsteuntje bij evenwichtsproblemen.

In de psychogeriatric is er veelal sprake van herhaling van activiteiten. Je komt cliënten tegen die lichamelijk en op bewegingsgebied niet alles meer kunnen dus activiteiten zittend doen komt veel voor. Ga als therapeut op zoek naar wat kan en wees hier creatief in. Enkele voorbeelden van activiteiten die mogelijk zijn: Zittend en staand ballontennis, kegelen, zit-hockey en midgetgolf.

Hieronder een overzicht van belangrijke interventie en/of observatie mogelijkheden aan de hand van LECS:

Lichamelijk:

Veel van de cliënten hebben aan bewegingsmogelijkheden al veel ingeleverd in het leven, probeer ze binnen de PMT dus het gevoel te geven dat ze iets kunnen. Als het gaat om lichamelijkheid binnen activiteiten dan is succeservaring belangrijk.

Emotioneel:

Een sociaal isolement als gevolg van cognitieve problemen zoals dementie heeft gevolg op de stemming van de cliënten. Wat hierdoor veel voorkomt is dat cliënten of verdriet en/of boosheid laten zien of een emotievlakking hebben en weinig tot geen emoties laten zien.

Het lijden van de mensen verlichten is belangrijk en de cliënt een prettige en veilige leef sfeer bieden staat veelal voorop.

Cognitief:

De cliënten in de psychogeriatric hebben veelal cognitieve problemen en dan is het lastig om inzichtgevend te werken. Mensen vergeten veel dingen en vinden het lastig dieper na te denken over bepaalde onderwerpen. Je bent vooral oefengegericht aan het werk. Het doel hiervan is het onderhouden van cognitieve functies en ook wel het omgaan met de cognitieve functies die minder worden.

Sociaal:

Bij veel cliënten met cognitieve problemen zwakt de sociale omgeving af. Ze komen steeds minder buiten omdat ze de omgeving niet meer herkennen en trekken zich steeds meer terug uit de maatschappij. Resocialiseren en reactiveren zijn daardoor belangrijke doelen voor binnen de psychomotorische therapie.



MIJN EIGEN MENING, INDRUKKEN EN ERVARINGEN.

Het voorbeeld aan het begin van het artikel is gebaseerd op een ervaring tijdens mijn vierdejaars stageperiode. Het beeld dat ik had van het werkveld van de ouderenzorg komt grotendeels overeen met het algemeen geldende beeld binnen de BPT studenten aan de Calo te Zwolle.

Ik ging mijn stage in met weinig ervaring en kennis over de doelgroep en dacht vooral te gaan werken met dementerende cliënten. Bij deze doelgroep kon ik me geen voorstelling maken van doelen waar ik binnen de psychomotorische therapie mee aan de slag kon. En een voorstelling maken van bewegings- en/of lichaamsgerichte ervaringssituaties passend bij de doelen vond ik nog lastiger.

Door de leeftijd en levenservaring had ik mijn vraagtekens bij de leerbaarheid en mogelijkheden om cliënten uit hun, in al die jaren opgebouwde patroon te krijgen.

Na zelf een jaar lang stage te hebben gelopen binnen het werkveld van de gerontopsychiatrie ben ik van mening dat dit werkveld zeer uitdagend is. Ik ben in dit werkveld namelijk veel verschillende stoornissen tegengekomen met daarbij ook veel verschillende behandeldoelen. Doelen waar je binnen de psychomotorische therapie echt behandelt op in kon steken en het bedenken van passende bewegings- en/of lichaamsgerichte ervaringssituaties was makkelijker dan gedacht. Met creativiteit en uitgaande van de bewegingsmogelijkheden van de cliënten is er veel mogelijk. Het contact dat je met de cliënten hebt en de waardering die je krijgt was erg prettig en zeker een voordeel van het werkveld.

Kijkend naar LECS dan werd er op mijn stage instelling binnen de psychomotorische therapie veelal ingezoomd op het cognitieve en sociale aspect. Vooral de sociale factor met thema's en doelen zoals hulp vragen en samenwerken waren erg interessant en uitdagend.

Waar ik, voordat ik mijn stage begon, twijfels had over de leerbaarheid van de cliënten, ben ik erachter gekomen dat de gerontopsychiatrie een doelgroep is die over het algemeen graag wil leren en zelf gemotiveerd is om te veranderen. Als psychomotorisch therapeut ben je behandelend aan het werk en niet agogisch.

Voor mij was het proces van onwetende stagiaire naar de beginnend psychomotorisch therapeut, die de mogelijkheden en uitdagingen ziet van de gerontopsychiatrie, er één van verbazing maar ook van plezier.

CONCLUSIE

Vanuit het onderzoek blijkt dat het beeld dat veel BA/PMT studenten aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle hebben over werken binnen de ouderenzorg is gebaseerd op ideeën over het werkveld de psychogeriatric.

'Een niet kloppend beeld over de gerontopsychiatrie'

Een niet kloppend beeld als je weet dat er voor een psychomotorisch therapeut twee werkvelden zijn binnen de psychiatrische zorg voor ouderen.

Binnen de lesstof wordt er veelal ingezoomd op de psychogeriatric en cognitieve beperkingen zoals dementie. De gerontopsychiatrie komt te weinig in beeld waardoor de studenten een verkeerd of incompleet beeld krijgen van de werkvelden binnen de psychiatrische zorg voor ouderen.

En dus voornamelijk een verkeerd beeld over de gerontopsychiatrie. Dit is een werkveld waarin je veel verschillende stoornissen tegenkomt, er op beweeggebied nog van alles mogelijk is en waarin je als psychomotorisch therapeut veel progressie kunt boeken binnen de behandeling.

Naast betere informatieverstrekking vanuit de opleiding kan er vanuit het werkveld ook meer informatie over het werkveld verstrekt worden. Hierbij kun je denken aan bijvoorbeeld voorlichtingspresentaties.

Het doel hiervan is dat deze informatie bij kan dragen aan een verbetering van het beeld dat studenten hebben over het werken binnen de psychiatrische zorg voor ouderen.

EN!

Ik hoop dat dit artikel een bijdrage levert aan verbetering van het beeld dat studenten hebben over de werkvelden binnen

de psychiatrische zorg voor ouderen.

Terugkomend op de twee werkvelden voor de psychomotorische therapeut. De psychogeriatric staat gelijk aan leeftijdsgelateerde stoornissen zoals vormen dementie, dit in combinatie met lichamelijke problematieken. Binnen de gerontopsychiatrie kom je allerlei stoornissen tegen die je ook binnen de volwassenpsychiatrie tegen komt. Het voornaamste verschil voor de psychomotorische therapeut zit hem in de aard van werken. Binnen de psychogeriatric ligt de nadruk vooral op observatie en diagnostiek en veelal in de omgangsadviesing/benadering. Binnen de gerontopsychiatrie ligt de nadruk echt op de behandel-functie.

BESLUIT / AANBEVELINGEN

Uit het onderzoek blijkt dat er onder de studenten weinig kennis is van de werkvelden binnen de ouderenzorg. Daarom acht ik het raadzaam dat de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie meer aandacht besteed aan de werkvelden binnen de ouderenzorg.

Dit om zo toekomstig psychomotorisch therapeuten een duidelijk beeld te geven over de werkvelden. Hierdoor zal hopelijk de interesse voor de werkvelden groter worden en mogelijk ook een grotere groep studenten zal kiezen voor de werkvelden binnen de ouderenzorg.

'Ga vooral zelf ervaren wat de mogelijkheden van het werkveld zijn'

Tot slot wil ik een aanbeveling doen aan studenten van de opleiding bewegingsagogie en psychomotorische therapie. Ga vooral zelf ervaren wat de mogelijkheden van het werkveld de gerontopsychiatrie zijn.

Door bijvoorbeeld mogelijkheden binnen stage en profilering aan te grijpen en je zult je verbazen over wat je allemaal tegenkomt!

SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft het beeld dat studenten hebben van de werkvelden binnen de ouderzorg. Het beeld is gebaseerd op een afgenomen enquête onder alle vierdejaars BA/PMT studenten aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle.

Binnen de psychiatrische zorg voor ouderen zijn twee werkvelden waar de psychomotorische therapeut werkzaam in kan zijn: de gerontopsychiatrie en de psychogeriatric. De doelgroepen van deze twee werkvelden worden beschreven en vervolgens wordt er gekeken naar de mogelijkheden voor de psychomotorische therapeut binnen de twee werkvelden. De mogelijkheden uitten zich binnen de psychogeriatric voornamelijk in observatiemogelijkheden en omgangsadvisering. Binnen de gerontopsychiatrie heeft psychomotorische therapie een behandelfunctie en is op beweeggebied vaak nog veel mogelijk.

LITERATUURLIJST

Boeken

- Eulderink F., Heeren T., Knook D.L., Lighthart G.J. (2004). Inleiding Gerontologie en Geriatric. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reedijk J.S. (1995). Psychogeriatric, De zorg voor oude mensen die in de war zijn. Utrecht: De tijdstroom.
- Fluijt K.J., Jochems J., Joosten F. (2008). Zakwoordenboek van de ouderenzorg. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg
- Simons J., Konsten L. (1995). Psychomotorische therapie, Bewegen in beeld. Leuven: uitgeverij Acco
- Holmes, D. S. (2001). De kleine psychopathologie. Baarn: HB uitgevers
- Vandereycken, W. (2001). Handboek Psychopathologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dröes, R.M. (1997). Beweeg met ons mee! Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Pot, A., Kuin, Y., & Vink, M. (2007). Handboek ouderen psychologie. Utrecht: de Tijdstroom.

Internetsites

- <http://www.pmtmetouderen.nl/>
- <http://www.psyonline.nl>
- <http://www.pmtinfosite.nl/>
- <http://www.btsg.nl/infobulletin/pmt.html>



Hayke van Valburg is psychomotorisch therapeute in opleiding en studeert psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan de School of Human Movement and Sports te Zwolle. In het kader van haar afstuderen heeft zij dit artikel geschreven. Tijdens haar stage bij GGZ Nijmegen heeft zij psychomotorische therapie gegeven binnen het werkveld de gerontopsychiatrie ook wel de ouderenpsychiatrie genoemd. Daarnaast heeft zij voor studenten BA/PMT die stage gaan lopen binnen het werkveld de gerontopsychiatrie / ouderenpsychiatrie een reader ontworpen met informatie over het werkveld.