

Verpleeghuiszorg

Joost Cornelissens*

Verpleeghuiszorg is in de eerste plaats woonzorg. Als mensen in een zorginstelling wonen, heb je automatisch te maken met diversiteit, en dat is zeker het geval in een multiculturele omgeving.

De ervaring in verpleeghuis De Schildershoek, dat al heel lang werkt aan interculturalisatie, leert dat het vooral gaat om een zorgvuldige opstelling, die belevings- en vraaggericht is. De zorg is even zo divers als de uniciteit van ieder individu. Het denken in grote gehelen met de grootste gemene deler als uitgangspunt dient daarom verlaten te worden.

In dit hoofdstuk wordt deze vraaggerichte aanpak en organisatie van verpleeghuiszorg nader toegelicht met voorbeelden.

1 Woonzorg en gezondheidszorg ineen

De eerste verpleeghuizen in Nederland werden, in de jaren zeventig van de vorige eeuw, uit nood geboren: mensen waren uitbehandeld in het ziekenhuis en moesten verzorgd worden. Een arts hield vaak op een afstandje de vinger aan de pols en schreef, waar nodig, een recept uit. Later werd de activiteitenbegeleiding uitgebreid en kwamen verpleeghuisartsen, therapeuten, psychologen en anderen de geledingen versterken. Zo groeide de geboden zorgverlening uit tot een aanvankelijk tamelijk medisch georiënteerde voorziening. Ook al was je opgenomen vanwege geheugenstoornissen en bleek thuis een halfjaarlijks consult van de huisarts meer dan voldoende, nu was de kans groot dat je van top tot teen medisch onderzocht en begeleid werd. Was er weinig te behandelen, dan was je ook meer op jezelf aangewezen en viel er nog minder te beleven. Bij verzet werd veelal het belang van de cliënt ondergeschikt gemaakt aan een vlotte voortgang van de vooral behandeltechnische instellingszorg.

* Drs. J.J.W.M. Cornelissens is als GZ-psycholoog werkzaam in de woonzorgcentra Om & Bij en Rivierenbuurt, alsmede in het verpleeghuis De Schildershoek van Meavita WoonZorg te Den Haag.

Sinds die jaren is er veel veranderd: het medisch model heeft zich geleidelijk meer ontwikkeld naar een psychosociaal model. Het belang van de cliënt gaat voor dat van de instelling en de woonfunctie is veel meer op de voorgrond getreden. Medisch en paramedisch handelen vinden aanvullend plaats en zijn afgestemd op de behoefte van de cliënt.

Verpleeghuiszorg is langer durende zorg. Ook al is korter durende revalidatie in principe op alle afdelingen mogelijk, de realiteit leert dat de grote meerderheid van de cliënten met een langer durend verblijf te maken krijgt. Zo kon het zijn dat in de thuissituatie de zelfredzaamheid terugliep ten gevolge van lichamelijke en geestelijke beperkingen en de al dan niet professionele ondersteuning afwezig was of ontoereikend. Hoe dan ook, gedurende het verblijf zullen cliënten zich zo veel mogelijk thuis moeten voelen. Echt 'thuis' kan het nooit zijn, maar een eigen plek met eigen spullen en betrokken naasten is wel zo'n fundamentele behoefte, dat het thuisgevoel zo veel mogelijk benaderd moet worden. Welbevinden en welzijn zijn nauw verbonden met de dagelijkse behoefte aan eigenheid: op jezelf kunnen zijn, sociale contacten, eten, drinken, wassen, kleden, bezigheden, eigen spullen, een lekker bed, een borreltje of een chocolaatje, enzovoort. Pas wanneer in materieel en psychosociaal opzicht een passend leefklimaat is geconstrueerd, voelt de cliënt zich prettig en ontstaat er meer ruimte om eventuele medische en paramedische behandeling effectief te laten zijn. De motivatie van de cliënt is doorslaggevend voor het slagen van behandelingen.

Door nieuwe bewegingen in de ouderenzorg – van deeltijdopvang tot thuiszorg – is het steeds vaker mogelijk om zorg in de laatste levensjaren in de thuisomgeving te verlenen. Toch wordt de gemiddelde leeftijd van cliënten in woonzorgcentra en verpleeghuizen steeds hoger en groeit daarmee ook de zorgbehoefte.

Op psychogeriatrische afdelingen van een verpleeghuis zijn in de regel ouderen opgenomen, die met het klimmen der jaren een psychische handicap ontwikkelden. Voor hen bleek het zelfstandig wonen in welke vorm dan ook individueel niet meer haalbaar. Cognitieve functiestoornissen, veroorzaakt door bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer of een CVA (Cerebro Vasculair Accident) en ook wel ernstige psychiatrische stoornissen, kunnen een indicatie tot opname vormen, evenals mengvormen met een dementie-syndroom. Geheugen- en oriëntatiestoornissen, persoonlijkheidsverande-

ringen, apraxie, spraak- en gedragsstoornissen tekenen veelal het functioneren van de cliënten op een psychogeriatrische afdeling.

Het betreft dus cliënten met een veelsoortige en complexe hulpvraag. Echter, ook op andere wijze is de complexiteit van verpleeghuiszorg de laatste jaren duidelijk toegenomen. Beperkingen in personele bezetting en beschikbare middelen zetten een tegengestelde beweging in gang, waardoor zorgwekkende situaties op afdelingen zich steeds vaker voordoen. Negatieve berichtgeving in de media is eerder regel dan uitzondering. De berichten over tekorten aan personeel en financiën, het teveel aan overhead en subsidies, sterke kostenstijging, bezuinigingen, arrogante opstelling, wachtlijsten, persoonlijke incidenten, vormen een niet-aflattende stroom van kritiek. Soms lijkt het wel mode om af te geven op de zorg. Hierbij blijft de aandacht voor het engelengeduld en de energie waarmee keer op keer situaties op deskundige wijze het hoofd worden geboden onderbelicht. Er wordt hard gewerkt, veelal met plezier, ondanks de vaak ook trieste en zware omstandigheden die zich aandienen. Leven en dood staan in het dagelijkse leven op verpleegafdelingen dicht bij elkaar en gaan cliënt, familie en medewerkers bepaald niet in de koude kleren zitten.

Zo kan het afscheid van een dierbare overledene een proces van ontkenning, woede en verdriet in gang zetten. Deze heftige emoties worden niet alleen met verpleeghuismedewerkers gedeeld, maar ook afgereageerd. Als verpleeghuismedewerker moet je van alle markten thuis zijn: aanspreekbaar zijn op je verantwoordelijkheden, kiezen voor een open en eerlijke dialoog, zo nodig de hand in eigen boezem steken, aanwezig zijn in medeleven, troost, wanhoop en woede – zelfs als boosheid zich ten onrechte tegen jou richt (Kübler-Ross 1969).

Terwijl het duidelijk is dat de inhoud van het werk een hoge graad van professionaliteit vereist, is het niet eenvoudig om de vereiste deskundigheid vast te houden. Op vacatures wordt mondjesmaat gereageerd en bovendien zijn medewerkers vaak eerder voor ‘efficiënte zorg’ opgeleid dan voor ‘waardige zorg’. Empathisch contact blijft daarbij vaak ondergeschikt en daardoor onderontwikkeld. ‘Eerst wassen, knippen, scheren’ alvorens aan de cliënt toe te komen is een ernstige, maar toch veel voorkomende misvatting. Het is een heel proces om deze visie om te buigen naar de gedachte dat het toekomen aan de cliënt tijdens de zorgverlening plaatsvindt en er niet los van staat. Eén plus één is hier één.

Psychosociale investeringen moeten even vanzelfsprekend zijn als een douche. Een spelletje spelen, een gesprek voeren, een krantje lezen en koffie drinken met de cliënt bepalen minstens zo sterk het welbevinden. Wanneer daar hoegenaamd geen tijd voor is, moeten er andere keuzes worden gemaakt, anders blijft de beleefde zorg incompleet en eenzijdig.

In evenwicht verkerende verpleeghuiszorg is niet zo ingewikkeld en ver weg, het is zo ongeveer zoals eenieder het zelf thuis heeft. Het woonklimaat moet de basis van verpleeghuiszorg zijn en specifieke deskundigheden maken daar, indien gewenst, deel van uit en niet omgekeerd.

2 Toenemende diversiteit

Niet alleen de toegenomen complexiteit van de zorgbehoefte maakt het werk zwaarder, maar ook de enorme diversiteit op velerlei deelgebieden. De verschillen tussen mensen qua geloof, kleding, eetgewoonten, sociale verbanden, rituelen en gebruiken zijn de afgelopen decennia alleen maar toegenomen en verlangen van de hulpverlener als het ware een doctoraal-examen diversiteitsmanagement.

Afwisseling van bezigheden, personen, structuur en plaats, naar gelang de behoefte van cliënten, bepalen de kwaliteit van het woonklimaat. Maar mensen die ergens geen zin in hebben, een rustige omgeving prefereren en liever niets doen, dienen ook in hun behoefte te worden gekend.

Rekening houden met ieders behoeften is één ding. Iets anders is het om ook de behoeften te achterhalen. Soms is het voor mensen, bijvoorbeeld vanwege een beperking van depressieve of cognitieve aard, niet goed mogelijk om een voorstelling te maken van wat komen gaat.

Indien je een cliënt uitnodigt voor een groepsbijeenkomst, kan het zijn dat hij zegt geen zin te hebben. Uit eerder contact met deze cliënt weet je dat het in de praktijk vrijwel altijd heel anders uitpakt. Wanneer telkens blijkt dat iemand, eenmaal aanwezig, volop geniet, is het belangrijk te bepalen in hoeverre je het aandurft om aan te dringen.

Juist dit soort beslissingen raken de essentie van belevingsgerichte zorg: je hebt overzicht en inzicht nodig in hetgeen een beslissing voor de cliënt, maar ook voor jou zelf betekent.

Het voordeel van een multiculturele samenleving is dat je moet oppassen met te snel te denken. In een plattelandsdorp weet je al gauw met wie je van doen hebt, in de grote stad zogezegd veel minder. Vriendelijkheid voorop is dan een randvoorwaarde. Vanuit een zeker respect, betrokkenheid, interesse, fatsoen en nieuwsgierigheid is in het begin een zorgvuldige opstelling op haar plaats. Diversiteit logenstraft als het ware vooringenomenheid, om de eenvoudige reden dat je anders meer fout doet dan goed. Want er is geen tweede kans voor een eerste kennismaking en als je met elkaar van doen hebt en dus op elkaar aangewezen bent, wil je graag een goede indruk maken.

Zodoende is een goed begin het halve werk, en leer je het bijzondere, het unieke in mensen kennen. Het vooroordeel is dan allang ingehaald door de veel meer intrigerende actualiteit.

2.1 Veel culturen aan één tafel

Betrokkenheid en interesse in mensen met een andere culturele achtergrond zijn belangrijke voorwaarden voor een prettige, soepel verlopende en natuurlijke omgang.

In verpleeghuis De Schildershoek is in de afgelopen achttien jaar gebleken dat veel culturen met elkaar aan tafel zitten. In de dagelijkse interpersoonlijke contacten tussen mensen met een verschillende achtergrond worden individuele culturele gewoonten als vanzelfsprekend uit- of afgewisseld naar persoonlijke behoefte. Een bewoner trekt zich even terug voor gebed, speelt met enkele Chinezen mahjong, gaat naar de Hindostaanse soos, drinkt met de Turkse familie ambachtelijk bereide thee of danst zo goed en zo kwaad als dat gaat in een rolstoel met kleindochter een Antilliaanse samba. Het samenzijn in eigen kring geeft weer wat te vertellen in groter verband. Er wordt dwars over alle culturen heen gecommuniceerd.

In De Schildershoek is bewust gekozen om diversiteit in tal van opzichten naast elkaar te laten bestaan. Als mensen in een relatie van elkaar verschillen, hebben ze elkaar iets te zeggen en kunnen ze elkaar aanvullen.

Op de psychogeriatrische afdelingen in De Schildershoek bestond tot midden jaren negentig een differentiatie. Cliënten werden over verschillende units verdeeld in drie niveaus van functioneren naar een nu reeds gedateerde indeling: begeleidings-, verzorgings- en verpleegbe-

hoefdig. Vandaag de dag wordt een belevingsgericht model gehanteerd, waarin per opeenvolgende fase het centrale kenmerk benoemd wordt: het 'bedreigde-ik', 'verdwaalde-ik', 'verborgen-ik' en 'verzonken-ik' (Van der Kooij 2002). Nu echter differentiatie van units is losgelaten en mensen uit de verschillende fasen daar tezamen verblijven, blijken zij het in het algemeen prima met elkaar te kunnen vinden. Mensen in de fase van het 'bedreigde ik' kunnen mensen in een latere fase helpen. Omgekeerd kunnen mensen die in een latere fase verkeren iets oppikken van degenen in een eerdere fase.

Ook als het om cultuur of achtergrond gaat kunnen mensen veel van elkaar leren: protestanten en katholieken gaan naar elkaars diensten of de oecumenische dienst, Hollanders vieren het offerfeest mee, men geniet van een typisch Surinaamse verjaardag met heerlijke cultuurgebonden gerechten, de Turkse thee wordt nieuwsgierig door die ene meneer gedronken en een Marokkaanse dame bedankt na een slokje feestelijk voor de *Wiener melange*.

Mensen apart plaatsen op basis van een enkel kenmerk doet hen op andere terreinen tekort, is tegennatuurlijk en bovendien geen afspiegeling van onze dagelijkse samenleving: mensen van allerlei slag kunnen van elkaar leren en moeten met elkaar rekening houden. Het recept van 'eigenheid kunnen behouden en verder veel samen delen' blijkt veel meer aan te spreken. Belangrijker dan een indeling naar niveau of achtergrond is de aansluiting die individuen bij elkaar kunnen vinden. Wanneer mensen aan tafel zitten, is het belangrijk dat ze op een of andere wijze bij elkaar passen. Dat neemt niet weg dat er best een 'Chinese' of 'Indische' tafel kan ontstaan of een 'Schilderswijk-' of 'Scheveningen-tafel'. Mensen moeten vrij zijn de behoefte aan gelijkgezindheid al dan niet zelf te bepalen: met landgenoten aan tafel, met zeven verschillende culturen in een huiskamer of liever alleen bij het raam in een hoekje of toch liever op de slaapkamer. Als iemand zich maar prettig kan voelen.

In de praktijk is gebleken dat interculturele zorg niet zo veel verschilt van monoculturele zorg. We mogen er hier van uitgaan dat de intentie met betrekking tot de zorgverlening dezelfde is. Wat wél enorm verschilt, is de diversiteit van cultuurbepaalde aspecten. Zoals gezegd maakt 'het management van diversiteit' de zorg veel intensiever. Er is meer regie nodig van de zogeheten secundaire zorgaspecten die de specifieke omstandigheden waaruit iemand afkomstig is naar buiten laten komen. Een verpleeghuis als

De Schildershoek ondervindt dit dagelijks aan den lijve (Jacobs e.a. 2002). Meerdere pandits, imams, dominees, priesters en geestelijk verzorgers kruisen elkaars pad geregeld. De hele week door vinden aan religie gerelateerde diensten plaats en ook feest- en gedenkdagen zijn er het hele jaar door: ramadan, Chinees Nieuwjaar, Holi Phagwa, suikerfeest, Pasen, Divalifeest, offerfeest, Keti Koti, Koninginnedag, Dodenherdenking en Bevrijdingsdag, sinterklaasfeest, kerstfeest.

De vele verschillende talen maken het soms noodzakelijk de tolkfunctie toe te passen. Via een tolk van het tolkencentrum, via de tolkentelefoon, via een medewerker uit het specifieke taalgebied of door familie.

2.2 Een eigen hulpvraag

سيدي يجب ان تعلم ان ابي بعد إصابته بجلطه , يصعب عليه التكلم وهو نصف مشلول , لقد عمل لسنوات طويله بمشقه في هولندا من أجل أبنائه , وبعد التقاعد عن العمل , كان يريد ان يعيش مع والديه بعض السنوات الجميله في مكان ولادته , ولكن لقد عاد الى هولندا , وهو الان في دار العجزه , ويريد العمل من أجل تحسين العجز , الذي اصيب به , يحاول إستغلال كل طاقته بلا حذر , يريد ان يتمكن من المشي مره اخرى , هذا هو هدفه وامله الوحيد . وبمناسبة عيد الاضحى اجتمعت العائله , وتمكن ابي حينها بالمشي قليلا بمساعدتي ومساعدة اخي , والجميع صفقه له بحراره , حتى انه تمكن من الوقوف للحظات قصيره دون أي مساعده ابي كان فخورا ابي هو المسؤول ابي هو الملك .

Deze hulpvraag is te verwachten. De vertaling uit het Arabisch luidt: ‘Meneer, u moet weten dat mijn vader na een hersenbloeding moeilijk praat en halfzijdig verlamd is. Hij heeft een leven lang heel hard gewerkt in Nederland voor zijn kinderen. Na zijn pensioen zou hij nog een aantal goede jaren met mijn moeder in hun geboorteland hebben willen doorbrengen. Nu is hij weer terug in Nederland in een verpleeghuis en wil hij hier werken aan zijn beperkingen. Hij wil eruit halen wat erin zit en niet te voorzichtig zijn. Hij wil weer lopen. Zijn doel is zijn enige hoop. Op het offerfeest was de hele familie bijeen en kon mijn vader een klein beetje lopen, tussen mij en mijn broer in. Iedereen ging applaudisseren en toen stond hij even los. Mijn vader was mijn trots. Mijn vader is de baas, mijn vader is koning.’

In deze specifieke situatie hebben de ergotherapeut en de fysiotherapeut op de vraag ingespeeld door de cliënt en familie het ziektebeeld goed uit te leggen. De zoon gaat samen met zijn vader naar de fysiotherapie om de oefeningen door te nemen en deze in familiekring verder toe te passen. De vader bepaalt zelf wat hij wil: zoals een koning betaamt! De man en zijn familie zijn heel tevreden dat hun idee van revalideren is begrepen. Het was eigenlijk geen moeite; als je goed luistert, ligt het antwoord in de vraag besloten.

2.3 *De extended family: een uitgebreid sociaal netwerk*

De familieverhoudingen kunnen heel verschillend zijn. Families zijn in sommige gemeenschappen groter, en verspreid over een groter gebied. Familiezaken kunnen een belangrijke rol spelen. Zeggenschapsverhoudingen en betrokkenheid kunnen verschillen.

Het is niet vreemd om in de hal een etend familiegezelschap aan te treffen.

Als bijvoorbeeld kinderen bij een grote familie overlast veroorzaken – ze rijden met driewielers op de gang, zakken door tuinstoelen, of trekken een demente bewoner aan de neus – moet je niet nalaten daarover het gesprek te openen.

Om een en ander goed te laten verlopen wordt per cliënt een Eerst Verantwoordelijke Verzorgende aangewezen (EVV). Het is van belang bij families goed uit te leggen wat de taak is van de EVV als aanspreekpunt voor familie. Evenzeer geldt dat van de familie verwacht wordt dat zij een zorgvertegenwoordiger kiezen. Bij de verdere invulling wordt besproken wat van de zorgvertegenwoordiger als aanspreekpunt voor de verzorging en intermediair naar de familiale achterban verwacht zal worden. Gelijkwaardigheid betekent: het gesprek aangaan, ook als er daarvoor allerlei hindernissen en (taal)barrières geslecht moeten worden.

3 Luisteren

Het begint met je mond te houden. Want erkenning van diversiteit betekent dat je niet uitgaat van een vast aanbod.

Voordat individueel zorgbeleid kan worden geformuleerd en het definitieve zorgplan gestalte kan krijgen, is het noodzakelijk met de cliënt om de tafel te gaan zitten. Cliënten vertellen hun verhaal. Luisteren is het motto; cliënt en familie kunnen het beste hun authentieke zorgvraag formuleren.

3.1 *Het verhaal van de cliënt*

Keuzes worden gemaakt vanuit het referentiekader, de ervaringen, kwaliteiten, capaciteiten en tekortkomingen van de cliënten. Luister dus naar hun verhaal. De taal van de cliënt in letterlijke en figuurlijke zin, het verstaan van de eigen gewoonten en gebruiken vraagt in alles een luisterende adaptieve houding. Oren en ogen goed de kost geven, respect tonen, blijk

geven van invoelend vermogen en de boodschap op jezelf als luisteraar in laten werken. In het verhaal van de cliënt ligt niet alleen de vraag, maar ook het antwoord besloten.

Uitgaan van mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden werd het devies. Uiteindelijk formuleerden we de zorgvisie als volgt: ‘Voor elke cliënt met een complexe zorgvraag wordt – in samenspraak – gezocht naar een passend zorgaanbod. Autonomie, kwaliteit van leven en psychosociaal welbevinden staan daarbij als oriënterende principes centraal’ (Cornelissens en Van den Bergen 2001).

Leer de persoon en zijn (culturele) geschiedenis kennen. Een open en respectvol contact schept een veilige omgeving om in vertrouwen met elkaar informatie uit te wisselen. De persoonsgebonden informatie geeft qua inhoud, wereldbeschouwing en persoonlijke stijl een duidelijke richtlijn voor de zorg.

3.2 *Goed contact*

Voor wie is nu eigenlijk de gezondheidszorg primair bedoeld? Alhoewel belangen talrijk, omvangrijk en complex zijn, durf ik zonder aanmatiging de cliënt als eerste te noemen (World Health Organisation 2003). Het gaat feitelijk om individuele beleving van gezondheid georganiseerd in collectief verband. De persoonlijke beleving en interpretatie van gezondheid is richtinggevend. Ofwel, de autonomie van de cliënt is het vertrekpunt. Andere belangen en verantwoordelijkheden spelen een rol, maar hier willen we de cliënt aan het woord laten. Indien gewenst met eventuele naasten. Overigens geen onredelijk uitgangspunt, daar waar de klant koning moet zijn.

In de praktijk zijn de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg echter vaak doordrongen van de stelling ‘kennis is macht’. Aan de ene kant maakt het bezit van de kennis, de middelen en de reputatie van oudsher de kloof tussen behandelaar en cliënt haast onoverbrugbaar. Aan de andere kant is de mondigheid van de cliënt toegenomen. Door sommige beroepsbeoefenaars wordt dit als ‘lastig’ ervaren. Adequate communicatie komt soms maar moeizaam tot stand (Cramer-Cornelissens 2002). Voor een wederzijds kwalitatief goed contact kunnen drie axioma’s hulp bieden.

Het eerste axioma is:

Een positieve, gevoelsmatige houding gebaseerd op gelijkwaardigheid. Participanten in een gesprek moeten kunnen getuigen van eigen inzichten, ervaringen en belangen.

Uit de hoofdstromingen in de psychologie is een breed spectrum aan psychotherapeutische interventiemethodieken voortgekomen. Specifieke waarden van de fenomenologische of humanistische psychologie, waarbij de mens in zijn totaliteit wordt beschouwd en niet in onderdelen of termen van ziek-zijn, bleken een belangrijke en beproefde basis. Met name de door Carl Rogers ontwikkelde ‘client-centered therapy’ (Patterson 1980). De hieruit voortkomende, nauw aan de ‘belevingsgerichte zorg’ (zie hierna) gerelateerde principes, vormen het tweede axioma:

Respect, onvoorwaardelijke acceptatie, empathie, echtheid en congruentie zijn onmisbaar in een oprecht intermenselijk contact.

Rogers liet mensen beseffen dat ieder mens de potentie heeft om op eigen kracht tot ontwikkeling te komen. In dit proces komen ‘ervaren en voelen’ eerder aan bod dan ‘inzicht en intellect’. Hij wist de zin van een non-directieve therapeutische relatie aan te tonen. Kort gezegd dragen mensen de elementen ter verbetering van hun situatie zelf met zich mee. Ze behoeven geen bevoogdende adviezen, maar kunnen volstaan met het besef van eigenwaarde en eigen mogelijkheden. Anderen kunnen faciliteren, maar kunnen probleem en oplossing niet overnemen respectievelijk bieden. Het individu is zelf de expert en heeft het best begrip van zichzelf (Rogers 1978).

Zoals uit het voorgaande blijkt, zijn de autonomie en individuele capaciteiten van mensen belangrijke elementen in de intermenselijke communicatie. Dit geldt zeker voor de gezondheidszorg en met name de geestelijke gezondheidszorg. Niet zelden wordt de kwaliteit van communicatie afgemeten aan louter het intellectuele vermogen van mensen. Jammer genoeg worden emotie, non-verbale communicatie, mimiek, houding, motoriek, uitstraling, sfeer, plezier, familieband, enzovoort als ondergeschikt ervaren. Vaak genoeg tellen mensen alleen dan mee, indien zij op dezelfde wijze communiceren als wij dat zelf plachten te doen. Zelfs als dit zijn beperkingen kent. Daarnaast geldt ook impliciet de eis dat het van een hoog informatief gehalte moet zijn. Hiermee is het derde axioma benoemd:

Goed contact berust voor een groot deel op non-verbale communicatie.

Communicatie in de breedste zin van het woord maakt problemen in taalbegrip en taalgebruik beter overbrugbaar. Bij een taalbarrière doet zich hetzelfde fenomeen voor: verbaliteit alleen is niet toereikend om de boodschap over te brengen.

3.3 Cliënt centraal

Waar het persoonlijk belang van een cliënt in de gezondheidszorg aan de orde is, dient de cliënt zelf in het middelpunt van de belangstelling te staan. Men zal wellicht met gerust hart concluderen dat dit in Nederland in ruime mate het geval is. Echter, hoe staat de positie van de cliënt centraal? In de dagelijkse praktijk blijkt de huisarts helaas te weinig minuten aan de cliënt te kunnen besteden. Intramuraal blijkt multidisciplinair overleg vaak zonder de ervaringsdeskundige zelf plaats te vinden. Ook wordt de denkfout gemaakt dat misschien sprake is van wilsonbekwaamheid, waardoor gemakshalve het tegelijkertijd op sommige terreinen wel aanwezige wilsonbekwaam handelen maar buiten beschouwing wordt gelaten (Helle 2001). Feitelijk wordt de ruimte wel aan de cliënt toegegedacht, maar de mate waarin die door hem kan worden ingenomen, wordt door de hulpverlener bepaald. De communicatie verloopt voorwaardelijk en vanuit een zeker vooroordeel. Al druk doende is de hulpverlener – ongetwijfeld met de beste bedoelingen – aan het vliegen en regelen. Een vraag is op zijn plaats: wanneer is de rust daar en wordt het even stil om te luisteren naar de cliënt zelf? Zijn boodschap te ontvangen, hem te begrijpen en zijn referentiekader te kennen? Veelal klinkt al snel ‘die tijd heb ik niet’. Spijtig genoeg betekent dat onvermijdelijk achter de feiten aanlopen, daardoor nog meer tijd kwijt zijn en een echt antwoord op maat schuldig blijven.

Zorgverleners ondervinden niet zelden dat inzichten en antwoorden op vragen vaak dicht bij de cliënt zelf liggen. Wat na het lezen van een aanmeldingsformulier aan vragen is gerezen, verdwijnt als sneeuw voor de zon tijdens contact met de cliënt zelf. Geen wonder, want hij is de bron van informatie: de zorgverlener proeft de sfeer en de stemming, beluistert de persoonlijke geschiedenis, de verwachtingen en beslissingen. Het cliëntperspectief wordt duidelijk in het onderling contact. Juist die pluriforme informatie is richtinggevend en bepalend voor de mate waarin acties op de cliënt zijn afgestemd.

De kwaliteit van dienstverlening wordt vaak beoordeeld naar hetgeen de cliënt ervaart. Indien je als hulpverlener in staat bent met al je kennis en kunde je zo objectief en kwetsbaar mogelijk op te stellen, om zodoende de ‘eigenheid van de cliënt’ te ontdekken, is er sprake van samenspel. In die wederkerigheid ligt kwalitatief goed contact besloten.

Hoe moet dat dan met al diegenen, die niets zeggen of schijnbaar missen waar het over gaat?

Zelf ben ik die mensen eigenlijk niet tegengekomen. Ieder mens draagt informatie met zich mee en draagt informatie uit. Het is aan de zorgverlener de signalen te ontvangen en op de juiste golflengte af te stemmen.

Want als de cliënt het middelpunt is, zullen zijn communicatiemogelijkheden het uitgangspunt moeten zijn. Wat daarentegen nog wel eens te wensen overlaat, zijn de communicatieve vaardigheden van de hulpverlener. De kunst is de taal van de cliënt te verstaan en er een mouw aan te passen.

3.4 Samenspraak

In verpleeghuis De Schildershoek vinden halfjaarlijks met iedere cliënt de zogeheten cliënt- en familiegesprekken c.q. Kennismakings- en Voortgangsgesprekken plaats. Het welbevinden van en de zorg voor de cliënt in de afgelopen periode zijn daarbij onderwerp van gesprek. De cliënt, vaak bijgestaan door familie (soms ook in de rol van zorgvertegenwoordiger), wordt uitgenodigd om samen met de eerstverantwoordelijke verzorgende en iemand van het multidisciplinaire team in overleg te gaan. Op informele wijze wordt met koffie, thee en een koekje de ontmoeting aangegaan. Ook diep dementerende ouderen worden hiervoor uitgenodigd. Soms wordt het gesprek op basis van ‘herkenning’ bij de cliënt ingericht met behulp van interesses en prikkels die een leven lang van betekenis zijn geweest. Zoals de vier jaargetijden van Vivaldi, Indische lekkernijen, Marokkaanse thee, een voorliefde voor chocolade of parfum, een babypop die de bijzondere band met kleine kinderen uitdrukt of het pluchen hondje dat de innige band met Fikkie levend houdt. Voorbeelden van stimuli in communicatie die bij de cliënt passen. Belangrijk is dat de cliënt in de ontmoeting centraal staat, dat hij zich opgenomen weet in het gezelschap, dat hij belangstelling en betrokkenheid ervaart. In die sfeer kunnen zorginhoudelijke zaken aan de orde komen. Indien verbaal overleg met de cliënt

niet goed mogelijk is, verwoordt de eerstverantwoordelijke verzorgende de situatie en zoekt oogcontact.

Bij de ochtendverzorging van die morgen: ‘Toen ik u vanochtend heb gewassen, had u pijn bij het keren op uw rug, ik zag dat het wondje op uw stuit nog steeds niet genezen is. Ik heb rondom het wondje zelf gesmeerd en op het wondje Betadine gedaan, waarna ik een gaasje heb aangebracht. Misschien kunt u het zich nog herinneren?’

Door de situatie vanuit het cliëntperspectief te benoemen is enige herkenning ook bij geheugengestoorde cliënten soms mogelijk. Tevens vindt informatieoverdracht naar derden plaats, die bij het gesprek aanwezig zijn. De zorgvertegenwoordiger kan – waar nodig – in de geest van de cliënt aanvullingen doen of verantwoordelijkheden overnemen. Gepoogd wordt om echte samenspraak te genereren waarvan de cliënt evenzeer deel uitmaakt. Praten ‘met’ de cliënt in plaats van ‘over’ de cliënt is het devies. Ieder mens is in zekere mate wilsbekwaam.

Communicatie is een kunst, zowel verbaal als non-verbaal. Emotie, houding, mimiek en motoriek geven voldoende uitdrukking. Samen met directe naasten proberen om wensen, behoeften en verwachtingen te verstaan. Het vraagt durf om onder cliëntgerichte voorwaarden gezamenlijk tot interpretatie te komen. Het vraagt ook moeite; echter, als de zorgverlener het niet doet en de cliënt het niet zelfstandig kan, wie blijft er dan nog over?

Inventiviteit en creativiteit zijn daarbij welkome eigenschappen. Het is zaak om sensitief en flexibel te zijn. Tijd maken voor communicatie is essentieel. Mensen in hun waarde laten en tot hun recht laten komen in samenspel met elkaar. Kennen en gekend worden is een basisbehoefte in de intermenselijke omgang. Gevoelens, gedachten en vaardigheden moeten gedeeld kunnen worden. Niet alleen bij voortgangsgesprekken in de zorg, maar ook bij de therapeutische begeleiding. Gebleken is dat een gespreks-cultuur de vraag naar medicatie weet te temperen. Het gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen neemt toe als reflectie met anderen regelmatig kan plaatsvinden. Lotgenotencontact, themagroepen en zintuiglijke oriëntatie zijn voorbeelden van groepsbijeenkomsten los van intellectuele vermogens, maar simpelweg verbonden aan het menszijn (zie 4.3).

3.5 Interculturele communicatie

Wat is nu eigenlijk zo bijzonder aan interculturele verpleeghuiszorg? Als de drie axioma's met betrekking tot gelijkwaardigheid, de Rogeriaanse of belevingsgerichte principes en het belang van non-verbale communicatie in acht worden genomen, is er geen wezenlijk verschil met monoculturele zorg.

Belangrijk is op een belevingsgerichte, cliëntgerichte wijze de zorg te formuleren die bij een persoon past. Ieder mens is immers uniek en heeft vele bijzondere kanten. Sommige kanten zullen meer bekend voorkomen. Dit heeft onder meer te maken met de cultuur waarmee iemand vertrouwd is geraakt. Opgegroeid in Nederland weet men in algemene zin dat het protestantisme bestaat, dat een dominee bij hen voorgaat, dat rijst met boter, suiker en een eitje alweer 35 jaar terug populair was en weten de meesten vast en zeker wie Mieke Telkamp is. Echter, bekendheid met de eigenheid van cultuur en de betekenis ervan voor iemand persoonlijk, ligt in het individu zelf besloten. Wil men hiervan kennis nemen, dan zal men het persoonlijke gesprek moeten aangaan. De persoon in kwestie kan zelf beter dan wie ook vertellen welke culturele waarden en normen hij voorstaat. Bovendien is het soms zo dat mensen, opgegroeid in een andere cultuur, al enige jaren in Nederland verblijven en zelf tot een persoonlijke mix van culturele elementen zijn gekomen. Dus luisteren is geboden.

Een Surinaamse dame wil zich graag om hygiënische en religieuze redenen twee keer daags uitgebreid wassen. Zij kan dat niet alleen en daarom hielp thuis haar dochter. In het verpleeghuis werden goede afspraken gemaakt om de dochter ook daar bij de lichaamsverzorging te betrekken.

Een Marokkaanse man drinkt alleen thee uit eigen servies. Zijn theestel wordt door familie naar de afdeling meegebracht.

Een Pakistaanse man bidt meerdere malen daags tot Allah met het gezicht naar Mekka. Hij wordt naar de gebedsruimte gebracht.

Een Indische dame mist de rijst koening zoals door haar dochter bereid. Gezamenlijk wordt gekeken op welke dagen de dochter het gerecht kan meebrengen.

Een Creoolse vrouw is met winti opgegroeid. Haar amulet mag bij het wassen nooit nat worden. In het zorgoverzicht van het Cliëntgericht zorgdossier wordt deze wens vastgelegd.

Een Chinese familie schaamt zich voor de verpleeghuisopname van vader ten opzichte van landgenoten. Gevraagd wordt iedere informatie met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid te behandelen.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van persoonlijke wensen die mensen zelf kenbaar maken en die belangrijk zijn voor succesvolle zorg. Deze wensen staan overigens niet in boeken beschreven. Het is onbegonnen werk om de talloze cultureel bepaalde gewoonten en gebruiken erop na te slaan. Zo het boek al zou bestaan, dan zou in de praktijk blijken dat de uitzondering op de regel hoogtij viert.

Een belangrijke stelregel is: de zorg is zo divers als de uniciteit van ieder individu of meerdere individuen samen. Anders gezegd: de vraag bepaalt het antwoord, oftewel vraaggestuurde zorg moet richtinggevend zijn in beleidsontwikkeling. Het denken in grote gehelen met de grootste gemene deler als uitgangspunt dient verlaten te worden, evenals het daaraan gereleerde aanbodgerichte denken.

4 Organisatie

De conclusie van de vorige paragraaf verwijst naar een verandering van de hele zorginstelling. Dit hoofdstuk is vooral geschreven vanuit ervaringen in verpleeghuis De Schildershoek. De ‘interculturalisatie’ van deze instelling is beschreven in hoofdstuk II.2.7 van dit handboek.

4.1 Van aanbodgericht naar vraaggericht

Goede interculturele zorg is feitelijk niets anders dan de inmiddels ruim bekende vraaggerichte zorg. In een aanbodgerichte organisatie worden veel verschillende diensten en faciliteiten gecreëerd om de klant van dienst te kunnen zijn. Alle goede voorbereidingen en initiatieven ten spijt blijft men dan bij een multicultureel geschakeerde cliëntenpopulatie een zeker gevoel houden achter de feiten aan te lopen. Medewerkers werken hard, maar staan steeds voor verrassingen. Cliënten hebben toch dikwijls vragen die moeilijk te beantwoorden zijn. De opgedane kennis draagt bij aan de ontwikkeling van het zorgaanbod, maar geeft helaas niet op alle vragen antwoord. Daarvoor is de aard en hoeveelheid te veelomvattend.

Het houvast van het eerste uur door studie van culturen was o zo belangrijk voor de attitudevorming en het oordeelvermogen in huis, maar bleek toch niet altijd toereikend om alle uitzonderingen op de regel te kunnen begrijpen. Zeker, we wisten dat in Suriname mensen met een Creoolse, Chinese, Javaanse of Hindostaanse achtergrond woonden. En ook hadden we al wel ondervonden dat niet alle Hindostaanse mensen, indien godsdienstig, hindoeïstisch, maar evenzogoed christelijk of islamitisch konden zijn. Moeilijker werd het al toen het aantal stromingen binnen het hindoeïsme aan ons duidelijk werd en dus van verschillende gebedsdiensten sprake moest zijn. Ieder met een eigen pandit. Nog ingewikkelder maakte de mate van orthodoxie de toepasbaarheid van zorg. In hoeverre zijn dierlijke bestanddelen in voeding toegestaan? Mag vlees worden gegeten of juist helemaal niet, of toch alleen varkensvlees? Mag melk wel gedronken worden of mogen alleen eieren gegeten worden? Iedere praktiserende Hindi heeft zo zijn eigen eetopvattingen. Hetzelfde geldt natuurlijk ook voor kleding, gebed en godsdienstige afbeeldingen en rituelen. De diversiteit in zorgvragen bleek zo omvangrijk te zijn dat het welhaast door eenieder afzonderlijk, individueel bepaald leek.

Na verloop van tijd was meer dan de helft van de cliënten op de diverse afdelingen inmiddels allochtoon, afkomstig uit meer dan dertig verschillende culturen (Booij 2003).

Gelukkig is de verandering in culturele samenstelling van de cliënten ook van toepassing op de medewerkers. In overleg met cultuurgenoten kan menig probleem het hoofd worden geboden. Taalbarrières, eetgewoonten en godsdienstige rituelen worden zo beter begrepen.

Langzaam werd toen al de stelling verlaten 'het antwoord kant en klaar in huis te moeten hebben' en bleek de ondraaglijke onzekerheid het niet te weten minder desastreus te zijn dan altijd gedacht.

In onze instelling leerden we in de praktijk de noodzaak tot vraaggestuurde zorg. Bij iedere cliënt is immers sprake van een unieke situatie met daarbij horend een onvoorspelbare en unieke zorgvraag. Informatie om de zorg vorm te geven ligt niet alleen bij verpleeghuisdeskundigen, staat niet alleen in boeken, is niet alleen via mantelzorgers te verkrijgen, maar is vooral bij de cliënt zelf aanwezig.

Een belangrijk initiatief was de vorming van een zorgberaad als platform. Een groep van verpleeghuismedewerkers die los van positie en eindverantwoordelijkheid eens in de twee weken overleg voerde. De leden werden in eerste instantie gekozen op grond van deskundigheid en niet vanuit leidinggevende functie. Er ontstond een zeer inspirerend platform, een soort ‘denktank’, door een ideale mix van disciplines, voor louter zorginhoudelijke zaken. De te onderscheiden deelgebieden van de zorg werden in persoon en daad optimaal vertegenwoordigd in beleidsontwikkeling. De opstelling van visie en doelstelling, de initiëring van nieuwe zorgopvattingen, de begeleiding daarvan, de aansturing en bijsturing vonden nu vanuit het platform plaats. Zodoende kon zorgvuldige afstemming op de actuele stand van zaken plaatsvinden.

4.2 Zorgafstemming

Wil men tot authentieke zorgafstemming komen, dan is de cliënt als informatiebron en ervaringsdeskundige het vertrekpunt en de maatstaf. Zijn persoonlijke situatie en omstandigheden staan model voor de opmaak van zorg. De keuze is reeds gemaakt: van aanbodgericht denken naar vraaggestuurde zorg. Echter, in het onderlinge contact is het beter de geëigende vaktechnische terminologie los te laten en begrijpelijke cliëntgerichte termen te gebruiken. Toenadering is immers belangrijk.

Zeker de beginperiode is voor de cliënt vreemd: daar sta je dan als vreemdeling in niemandsland, vaak geplaagd door allerlei gebreken van lichamelijke en geestelijke aard. Kort na opname volgt daarom een zogeheten *Kennismakingsgesprek* waarbij cliënt, familie, eerstverantwoordelijk verzorgende, zorgcoördinator en lid van het multidisciplinair team samen wat drinken en elkaars sfeer en die van de omgeving proeven. Het streven is elkaar beter te leren kennen en naar verdieping in samenspraak te zoeken door wensen, behoeften en verwachtingen op een rij te krijgen. Zie de kadertekst op pagina 18 voor een model.

Ieder halfjaar wordt een dergelijk cliëntgericht familiegesprek op basis van ‘zorginhoudelijke aspecten’ herhaald. Het vervolgesprek heet *Voortgangsgesprek*. Afspraken worden daarin nagelopen, teleurstellingen en ergernissen worden, evenals enthousiasme en waardering, uitgesproken. Ook veranderingen en nieuwe ideeën kunnen dan aan bod komen. Van deze gesprekken wordt een kort verslag gemaakt, waarbij de actiepunten het richtsnoer vormen voor de zorgplanbespreking in het *Cliëntgericht TeamOverleg*. Voor deze multidisciplinaire bijeenkomst worden cliënt en zorgvertegenwoordiger uitgenodigd om in

Aandachtspunten bij het Kennismakingsgesprek

Bij de start van het Kennismakingsgesprek komen eerst de algemene zaken aan de orde met betrekking tot de opname en het verblijf in het verpleeghuis. Geïnformeerd wordt hoe de eerste weken verlopen zijn. Daarna kunnen er meer specifieke onderwerpen aan de orde komen. Hieronder staan als hulpmiddel bij het gesprek de aandachtspunten onderverdeeld in trefwoorden. Dit kan als richtlijn worden gebruikt. Elk gesprek zal anders verlopen; belangrijk is dat de vragen niet confronterend zijn, maar juist de cliënt tot zijn recht laten komen. Aan het eind van het gesprek wordt kort besproken hoe het gesprek verlopen is.

Persoonsbeschrijving

Karakter/toekomstverwachting/gewoonten/omgang anderen/gewenste bejegening (jij of u).

Wonen

Mate van tevredenheid over woonsituatie en kamergenoten/persoonlijke aankleding van de slaapruiimte/bezoek ontvangen/behoefte aan privacy/verblijf in de huiskamer.

Ontspanning

Liefhebberijen/huidige mogelijkheden hiertoe/nieuwe activiteiten/uitstapjes/vakantie.

Persoonlijke verzorging

Wensen met betrekking tot: wassen, kleden en uiterlijke verzorging/tijden van opstaan/rusten/gaan slapen.

Voeding

Voorkeuren/speciale wensen/wat beslist niet/roken/bezwaren tegen roken door anderen/drinkgewoonten.

Levensovertuiging

Wensen met betrekking tot het belijden van geloof of levensovertuiging/voorschriften vanuit de religie.

Therapieën

Deelname aan een therapie (fysiotherapie/ergotherapie/logopedie).

Algemene medische zorg

Horen/zien/gebitsproblemen/tandartsbezoek/medicijnen/lichamelijke klachten/specialistische behandeling en controle/voorkeur ziekenhuis. Wel of niet levensverlengend handelen/wilsbeschikking.

samenspraak de ‘zorgtechnische aspecten’ op een rij te zetten en het zorgplan op te stellen. Belangrijk is, hoe dan ook, de wil van de cliënt serieus te nemen. Het is aan de cliënt om aan te geven welke belangen, gevoelens en persoonlijke voorkeuren een rol spelen door de eigen beleving verbaal of non-verbaal, met mimiek, emotie, motoriek en houding kenbaar te maken. Kennismakings- en Voortgangsgesprekken zijn er in eerste instantie voor de cliënt zelf – om te genieten van de aanwezigheid van dierbare naasten die belang in hem stellen en om aan hen de eigen wensen, behoeften en mogelijkheden duidelijk te maken. Zo kan hij hun laten zien wie hij nu feitelijk is en waar het bij hem om draait. De gevoerde communicatie moet gebaseerd zijn op interesses en kan desgewenst worden aangevuld met eigenheden (Werkgroep C&F participatie 1999). In een sfeer van herkenning en erkenning komt de cliënt het beste tot zijn recht: baklava, het Zwanenmeer van Tjaikowski, bara’s, limonadesiroop, spekkoek, chocola of een baby pop. Zie ook de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk, ‘Richtlijnen voor Cliënt- en Familieparticipatie’.

4.3 Groepen

Vaak wordt vergeten dat revalidatie en langdurend verblijf een grote psychosociale component kennen. Zeker in een verpleeghuis of woonzorgcentrum liggen eenzaamheid en emotioneel beladen ervaringen op de loer. De cliënt dient, waar nodig, in de gelegenheid gesteld te worden de brokstukken van een in duigen gevallen perspectief bij elkaar te sprokkelen en te integreren, opdat hij kan toekomen aan verwerking en acceptatie. Groepsbijeenkomsten kunnen daarbij helpen door de grote mogelijkheden van onderling reflecteren. Theoretische kaders voor het inrichten van de groepsbijeenkomsten zijn die van Rogers (non-directiviteit) en Cohn (thematische interactie) (Shaffer en Galinsky 1982).

Op somatische afdelingen is er een *Lotgenotencontact*, waar lief en leed worden gedeeld en tips worden uitgewisseld. Dit is een gestructureerde bijeenkomst waarin de cliënt samen met anderen ervaringen, teleurstellingen en beperkingen kan uitwisselen. Het verwerken van plotselinge invaliditeit is heel zwaar, laat staan aan acceptatie toekomen. Toch zijn dit belangrijke stappen om verder te kunnen. Het ‘doorleven’ van wat je plotseling is overkomen en je leven totaal veranderde, is een voorwaarde om weer voorzichtig een opnieuw gedefinieerde toekomst aan te durven. In het kader van revalidatie is het overigens belangrijk een zekere motivatie te kennen om een zwaar traject door te komen en de moed te hervinden om door te gaan. Contact met lotgenoten kan daarbij helpen.

Een oudere Marokkaanse heer, in een rolstoel gezeten door een halfzijdige verlamming, zou graag met zijn vrouw een aangepaste aanleuning betrekken. Echter, zijn relatief jonge gezin met nog thuiswonende kinderen biedt weinig ruimte. Zijn vrouw zal nog enkele jaren in het vrij kleine bovenhuis blijven wonen.

Een Surinaamse heer verkeert na een CVA in slechtere gezondheid en ziet zijn bezoeken aan familie in Suriname tot groot verdriet niet meer gebeuren. De dreiging van het onafwendbare, eindeloze, in combinatie met de onderhavige lichamelijke kwetsbaarheid is het gespreksonderwerp van die ochtend. Beide heren en groepsleden vinden herkenning en troost bij elkaar. De band door bemoediging is onderling nog weer sterker geworden.

Op psychogeriatrische afdelingen zijn er drie soorten groepen: de *Bewonerscirkel* waar cliënten zelf begeleiding ter hand nemen, de *Gespreksgroep* met themagesprekken ter versterking van eigenwaarde en de *Ontmoetingsgroep* met zintuiglijke oriëntatie op diverse prikkels.

De Bewonerscirkel is een gezellig samenkomen onder het genot van een kop koffie. De deelnemers worden zo veel mogelijk zelf ingeschakeld om de bijeenkomst in te vullen. Zo is er meestal een gastvrouw voor de koffie, iemand die de bijeenkomst opent en diverse gastsprekers, bijvoorbeeld de fietsenmaker, de coupeuse, het dienstmeisje of de nettenboetster. De zanger gaat de groep voor in het lied. Een ongedwongen gesprek is overigens altijd mogelijk.

De Gespreksgroep:

Terwijl een muziekje op de achtergrond klinkt, worden de mensen naar de groepsruimte gebracht. Na een gastvrij welkom wordt koffie gedronken. Men wordt in de gelegenheid gesteld om onderling de koekjes, melk en suiker uit te wisselen, wat al doende het contact met de burens vergemakkelijkt. Enige tijd later wordt een kennismakingsrondje gemaakt, waarbij eenieder wordt gevraagd om zijn buur te vragen zich voor te stellen. Vaak kunnen mensen eigen naam en toenaam noemen, wat het zelfvertrouwen bevordert. Bovendien is door een uitwisseling van zaken het ijs snel gebroken. Indien er geen onderwerp uit de groep voortkomt, wordt gestart met een attentietrekkende introductie waarmee een pakkend begin van een thema wordt ingezet. Voorbeelden van thema's zijn: de voorjaarsschoon-

maak, feestdagen, geld, vakantie, beroepen enzovoort. Vlak voor het einde van de bijeenkomst volgt een korte samenvatting van wat zoal gezegd is alvorens de deelnemers te vragen hoe zij het gevonden hebben.

Op tafel staat een mooie kristallen schaal op voet gevuld met heerlijke zoete koekjes in verschillende kleuren. Sommige zijn met kokos bestrooid. Vandaag praten we over het suikerfeest nu de ramadan voorbij is.

De vorige keer is gesproken over de koran en de bijbel. Nu Pasen in zicht komt, gaan we de volgende keer paasstol bij de koffie gebruiken.

Deviant gedrag is hier geen selectie criterium, maar juist een uitdaging om mee om te gaan en in te passen. Mensen in staat stellen om afwijkend gedrag te tolereren in plaats van te ontwijken en uit de weg te gaan. Een bewoner zal een nieuwe kans krijgen, omstanders zullen iets anders zien dan een ‘afwijkende buitenkant’ waarachter een geheel eigen persoonlijkheid schuilgaat.

De Ontmoetingsgroep:

De mensen worden hartelijk met een herkenbaar muziekje onthaald. Waar nodig wordt geholpen bij de koffie. Er wordt een kennismakingsrondje gemaakt, waarbij de begeleiding in de directe nabijheid assisteert. Meer dan in de Gespreksgroep is de begeleiding mobiel. Krukjes maken het gemakkelijk strategische plekken in te nemen. Praktische ondersteuning is vaker nodig, maar ook een invoelende belevingsgerichte opstelling bij voorkomende interacties. Een eerder voorbereid thema wordt met een attentietrekkende introductie ingebracht. Thema's kunnen zijn: muziekinstrumenten, vruchten, geurtjes, zilverpoetsen enzovoort.

Tegen het einde wordt de bijeenkomst kort samengevat en doorgesproken voordat mensen naar de huiskamer terug worden begeleid.

Belangrijk is het thema uit te werken binnen de mogelijkheden van de verschillende zintuiglijke modaliteiten. Sensorische oriëntatie op diverse prikkels zal tot enige herkenning leiden of tot een prettige gewaarwording. Soms zijn mensen in staat ondervindingen uit te wisselen of uit te spreken. Zo kun je een ananas, papaja of ramboetan voelen, ruiken, pellen, proeven, uitdelen, uitspugen enzovoort.

4.4 *Individuele ontmoeting*

Om de psychosociale communicatie verder te completeren is er het *Individueel sociotherapeutisch contact* tussen cliënt en activiteitenbegeleider voor hen die het groepsgebeuren niet prettig vinden. Voor degenen van wie kwalitatief goede communicatie sterk is verminderd en gangbare contacten niet meer van de grond komen, wordt *Primaire activering* als een systematische methodiek uitgevoerd. Cliënten verblijvend in het ‘verborgen-ik’ en ‘verzonken-ik’ krijgen hierbij voor hen bekend voorkomende aangename prikkels aangeboden, gebaseerd op interesses uit het verleden met als doel een plezierige en ontspannen ervaring te ondergaan. Het gaat dan om individuele aandacht met een verzorgende of activiteitenbegeleider ergens in een apart hoekje: een lekker luchtje, handmassage of kroepoek in stukjes.

4.5 *Cliëntgericht zorgdossier*

Zorg belevingsgericht uitdragen is heel belangrijk, echter de zorg belevingsgericht ordenen en beheren is dat eveneens. Ook hier moet de cliënt centraal staan. De essentie van een cliëntgericht zorgdossier is feitelijk op de juiste wijze de juiste zaken aan de orde stellen en dat in de juiste volgorde doen. Niet een procesmatige of taakgerichte beschrijving, maar het cliëntperspectief als richtinggevend. Er werd voor de volgende hoofdindeling van het zorgdossier gekozen: een deel Cliëntinformatie en een deel Zorginformatie. In beide delen wordt een chronologie in tijd voorgestaan. Daarbij is het voorwaartse in voorwaardenscheppende zin belangrijk voor het navolgende. Het cliëntgerichte deel en het deel van rapportage en verslaglegging vloeien met het ‘*dynamisch middendeel*’ in elkaar over. Dit middelpunt staat letterlijk en figuurlijk centraal. Het is voor wat betreft de uitvoering van de dagelijkse zorg het kloppend hart van het zorgdossier: zorgplan, weekoverzicht, zorgoverzicht en werkafsprakenblad. Gezocht is naar een opbouw en systematiek waarbij de essentiële cliëntgebonden zaken als vanzelf naar voren komen. De cliëntgebonden informatie is dus het eerste deel in het zorgdossier, zoals vanuit de belevingsgerichte optiek ook verwacht mag worden, en bevat: persoonsgegevens, verslag huisbezoek, opnameverslag met voorlopig zorgplan, levensgeschiedenis, verslag Kennismakings- en Voortgangsgesprek en de karakteristiek.

Na het genoemde middendeel volgt dan zoals gezegd de zorginformatie: 24-uurs rapportage, maandelijkse samenvatting hiervan, periodeverslag in B-SAMP-C-volgorde (Belevingsgerichte beschrijving van de Somatische zorg, Alledaagse levensverrichtingen, Maatschappelijke en Psychologische

aspecten en Communicatie), gevolgd door alle verdere voortgangsrapportage van activiteitenbegeleiding, maatschappelijk werk, artsen, fysiotherapie, ergotherapie enzovoort (Werkgroep Cliëntgericht zorgdossier 2001).

4.6 Belevingsgerichte zorg

Het voorgaande is vormgegeven vanuit de zorgopvatting die we ‘belevingsgericht’ noemen. Het geheim van belevingsgerichte zorg is beleving delen en mensen ontmoeten in de letterlijke zin van het woord. De werkwijze moet breed gedragen worden door de medewerkers: van receptionist tot hoofd behandelingen. Cursussen worden door iedereen gevolgd. Belevingsgerichte zorg is: niets moet, en er mag en kan veel. Door zich te verplaatsen in een ander begrijpt men beter wat er in iemand omgaat en hoe hij zich gedraagt. Wat betekent voor iemand verlies van: gezondheid, geheugen, huis, vrienden, familieleden, hobby’s en huisdieren? Leer een leven kennen waardoor iemand gevormd is. Maak vanuit dit begrip contact met degene en reageer vanuit zijn referentiekader in het hier en nu. Belevingsgerichte zorg is het gevoelsmatig ervaren van cliënten en medewerkers; inspelen op de belevingswereld, ingaan op en bevestigen van gevoelens vanuit de persoonlijke achtergrond. Kernachtig gezegd:

- inleven in de persoonlijke situatie en behoeften;
- kwalitatief hoogwaardig contact maken in het hier en nu;
- oog hebben voor de uniciteit van het individu, eigenheid leren kennen en accepteren;
- gedrag koppelen aan beleving;
- bewust worden van gevoelens en deze benoemen.

De continuïteit in de belevingsgerichte zorg wordt bereikt door gedurende 24 uur cliënten kwalitatief terzijde te staan. Want niet alleen in de middag, maar ook in de late avond en de vroege ochtend wordt een begripvol houvast gevraagd.

In het verband van belevingsgerichte zorg wordt ook wel het woord ‘*maieutisch*’ gebruikt, toegeschreven aan de Griekse filosoof Socrates die het gebruikt zou hebben in de betekenis van ‘verloskundig’, ‘verlossend’, ‘bevrijdend’. Socrates wilde dat mensen zich bewust werden van waarden en inzichten die zij in zich hadden (Van der Kooij 2002).

In beginsel wil iedereen feitelijk hetzelfde – China of Marokko, dagbehandeling of woonzorgcentrum, psychogeriatric of somatiek: gehoord worden en in zijn eigenwaarde worden gelaten. Voor wat betreft wensen is de zorg echter zo divers als het aantal individuen. Evenwel: als je heel goed luistert naar het ver-

haal van de cliënt, ligt het antwoord van de zorgvraag feitelijk hierin besloten. Belevingsgerichte zorg is goud waard omdat het contact met mensen gelijkwaardig, open en eerlijk is. Het is de kortste weg naar hoogwaardige samenwerking en daarmee ook naar goede en efficiënte zorg.

4.7 Intercultureel management

Het proces van interculturalisatie in De Schildershoek is beschreven in een ander hoofdstuk in dit handboek (II.2.7 Interculturele woonzorg in De Schildershoek). Gestaag is in de loop der jaren een specifieke deskundigheid gegroeid die beantwoordt aan wat een multiculturele organisatie vraagt (Stuurgroep Pragmatisch aanbod Zorg en Welzijn 2001). Veranderingen kwamen niet zomaar tot stand, maar met vallen en opstaan, door uitproberen en evalueren, opnieuw proberen en implementeren. Wisten we de vraag te verstaan? Hadden we het echt begrepen? Of dachten we het te kunnen begrijpen, maar sprak het antwoord niet aan? Twijfel en vertrouwen wisselden elkaar af. Gelukkig gingen we samen op en konden we de multiculturele discussie met elkaar voeren.

Dat maakt De Schildershoek tot het verpleeghuis dat het nu is: familiegesprekken met wel tien mensen, een dochter die bijna iedere dag in de ochtendverzorging haar moeder helpt, een weekschema van familieleden die vader helpen bij het middageten, mantelzorg van familie op de afdeling, de eigen vertrouwde Surinaamse eetkom door dochter gevuld, rijst met kousenband en roti, de norske gelaatstrek van bewoners uit een dorp op het Turkse platteland, de wintimagine. Dat is de dagelijkse praktijk.

Eén ding was echter al vanaf het begin duidelijk en dat was, dat de ontwikkeling van interculturele verpleeghuiszorg zoals we die voor ogen hadden alleen door intercultureel management gedragen kon worden. De diversiteit binnen de instelling vraagt om een goede basiskennis van alle medewerkers op verschillende terreinen. Daar werd bij ons dan ook hard aan gewerkt: van een tolkenprotocol tot een cursus elementair Hindi, van een cursus elementair Nederlands tot *native speakers* per afdeling (Ruys en Ramtahalsing 1995). Ook intercultureel personeelsbeleid nam een vlucht. De cultuur van samenwerken, cliëntgericht werken en multiculturele sensitiviteit groeide verder uit. Het hiërarchische organogram kwam onder druk te staan. De behoefte aan echte democratische zorg werd groter. Maar als je democratisch individueel bepaald zorgbeleid voorstaat, moet je ook in de omgang met collega's dezelfde normen en waarden laten gelden.

Feitelijk bekrachtigen deze processen elkaar over en weer. Een instelling kan niet goed klantgericht werken als zij niet ook haar eigen medewerkers als haar klant ziet en met hetzelfde respect behandelt. Consistentie van denken dwars door de organisatie heen op alle niveaus is belangrijk. Men kan geen democratische waarden voorstaan en vervolgens deze zelf als leidinggevende links laten liggen.

5 Niet zo anders

De kern van interculturele zorg is: luisteren naar de cliënt en zijn familie, hem leren kennen in alle aspecten, de informatie horen en gebruiken die hij zelf geeft. Dat bleek door de jaren heen de kern en het geheim van interculturele verpleeghuiszorg.

Dat betekent eigenlijk ook dat vooruitgang als intercultureel verpleeghuis ook vooruitgang betekent in de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Want waarom zou de diversiteit in een zogeheten ‘monocultureel’ milieu niet evenzeer gerespecteerd moeten worden? Interculturalisatie is niet alleen geboden, maar ook een goede en aantrekkelijke manier om te werken aan zorgkwaliteit.

Centraal prijkt in onze drie huizen de wijsheid van de Oudgriekse wijsgeer Protagoras aan de muur: ‘De mens is de maat van alle dingen’. Dit is voor de woonzorgcentra en het verpleeghuis de afgelopen jaren de gezamenlijke uitdaging geworden: mensen door belevingsgerichte zorg in het middelpunt van de belangstelling plaatsen. Ook al is de praktijk niet zo mooi als het verhaal, ook al zijn in de media bezuinigingen en rampspoed over de zorg aan de orde van de dag, toch stellen we de mens in het middelpunt van de belangstelling zoals Protagoras en Socrates het in de Griekse oudheid bedoeld moeten hebben. Dit alles vanuit het perspectief van de hedendaagse, alomtrent ons aanwezige interculturele rijkdom.

Literatuur

Geraadpleegde literatuur

- Booij, J. (2003), *Interculturele verpleeghuiszorg: niets nieuws onder de zon?* De Schildershoek (www.schildershoek.nl).
- Cornelissens, J.J.W.M. en C. van den Bergen (2001), *Interculturele belevingsgerichte verpleeghuiszorg in het centrum van Den Haag*. De Schildershoek (www.schildershoek.nl).
- Cramer-Cornelissens, L.J.M. (2002), *Professionele autonomie een recht van de patiënt?* Academisch proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam.

- Helle, R. (2001), 'Botsende belangen'. In: *Denkbeeld*, december 2001. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Jacobs, M.E., J.M.M. de Gouw, A. Kreffer-Romijn en L. van Waveren (2002), *Multiculturele verpleeghuiszorg nader geanalyseerd*. Stichting Tympaan, Voorburg.
- Kooij, C. van der (2002), *Gewoon lief zijn?* Lemma b.v., Utrecht.
- Kübler-Ross, E. (1969), *Lessen voor levenden*, AMBO.
- Patterson, C.H. (1980), *Theories of counseling and psychotherapy*. Harper & Row, New York.
- Rogers, C. (1978), *Mens worden*. Bijleveld, Utrecht.
- Ruys, E. en A. Ramtahaling (1995), *Evaluatierapportage interculturele verpleeghuiszorg door intercultureel management*, intern beleidsstuk De Schildershoek.
- Shaffer, J.B.P. en M.D. Galinsky (1982), *Groepstherapie en sensitivitytraining*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stuurgroep Pragmatisch aanbod Zorg en Welzijn, A. Sandvliet e.a. (2001), *Niets te vragen, niets te wensen (?)* Albani, Den Haag.
- Werkgroep C&F participatie (2004), *Notitie Cliënt- & familieparticipatie*, intern beleidsstuk De Schildershoek.
- Werkgroep Cliëntgericht zorgdossier (2001), *Het Cliëntgerichte zorgdossier*, intern beleidsstuk De Schildershoek.
- World Health Organisation (2003), *The constitution of the WHO – Health and human rights*. Geneva.

Aanbevolen literatuur

- Feil, N. (1991), *Validation*. Kavanah, Dwingeloo.
- IKW Leiden e.a. (2001), *Gesprekken zonder grenzen*. NIZG, Woerden.
- Pikulic, M. en C. van den Bergen (2003), *Beleving Belicht*. De Schildershoek, Den Haag.
- Pool, A., J. Kruyt en M. Walters (1999), *Zorgen heb je samen*. NIZW, Utrecht.
- Pool, A., H. Mostert en J. Schumacher (2003), *De kunst van het afstemmen*. NIZW, Utrecht.
- Verdult, R. (1993), *Dement: een kindertijd in beeld*. Intro, Nijkerk.
- Vorstenbosch, J. (2003), *Zorg voor kleur*. CELAZ/Landelijk bureau Ethiek in de zorg, Utrecht.

Internet

- www.meavitagroep.nl
www.meavitawoonzorg.nl
www.schildershoek.nl

Film/video

KRO Netwerk: 'Verpleeghuis Schildershoek' (2001), Hilversum. Signatuur: 9524/150 VIDEO 9524.

Rapportage over de toekomst van de verpleeghuizen in een multiculturele samenleving. Opnamen zijn gemaakt bij het verpleeghuis Schildershoek, midden in de Schilderswijk van Den Haag. Er wonen ouderen uit dertig verschillende culturen.

Verhoeckx, M. (1994), *De dingen die voorbijgaan*. NPS. Prijs: €25/bestelnr. 4073. Duur: 30 minuten.

In verpleeghuis De Schildershoek, aan de rand van de Haagse Schilderswijk, wonen en werken mensen uit verschillende culturen.

Bijlage Richtlijnen voor Cliënt- en Familieparticipatie

Opnamedag

Welkom/opvang door de afdeling c.q. Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV'er).

Kennismaking met zorgcoördinator en, eventueel naar gelang van situatie met arts (regie zorgaanbod).

Verantwoordelijk voor het opstellen van het voorlopig zorgplan: zorgcoördinator/arts.

(Korte introductie cliënt en bespreking van het voorlopig zorgplan op eerstkomend Cliëntgericht TeamOverleg.)

± 2 à 3 weken na opname

Kennismakingsgesprek.

Aanwezig: cliënt (familie c.q. vertegenwoordiger), EVV'er, zorgcoördinator, arts.

Gespreksleiding: zorgcoördinator.

Verslaglegging: EVV'er.

Vorbereiding en organisatie van het Kennismakingsgesprek: EVV'er.

± 4 à 5 weken na opname

Cliëntgericht TeamOverleg.

Aanwezig: zorgcoördinator, EVV'er, betrokken behandelaars, cliënt en/of vertegenwoordiger (indien door hen gewenst).

Organisatie en gespreksleiding: zorgcoördinator.

Verantwoordelijk voor het opstellen van het conceptzorgplan: EVV'er.

± 6 weken na opname

Vaststelling definitief zorgplan.

Aanwezig: cliënt en/of vertegenwoordiger, EVV'er, arts (indien gewenst).

± 3 maanden na opname

Voortgangsgesprek.

Aanwezig: cliënt en familie c.q. vertegenwoordiger, EVV'er, zorgcoördinator, arts en/of nauw betrokken medewerker van overige disciplines.

Gespreksleiding: zorgcoördinator of de betrokken behandelaar.

Verslaglegging: EVV'er.

Vorbereiding en organisatie van het Voortgangsgesprek: EVV'er.

Maximaal 2 weken na het Voortgangsgesprek

Cliëntgericht TeamOverleg.

Aanwezig: zorgcoördinator, EVV'er, betrokken behandelaars, cliënt en/of vertegenwoordiger (indien door hen gewenst).

Organisatie en gespreksleiding: zorgcoördinator.

Verantwoordelijk voor het opstellen van het conceptzorgplan: EVV'er.

Maximaal 4 weken na het Voortgangsgesprek

Vaststellen definitief zorgplan.

Aanwezig: cliënt en/of vertegenwoordiger, EVV'er, arts (indien gewenst).

Maximaal 6 maanden na het laatste Voortgangsgesprek

Voortgangsgesprek (procedure conform eerste Voortgangsgesprek, enzovoort).

Verantwoordelijk voor de (langetermijn-)planning van het bovenstaande: zorgcoördinator.