

Hospitalisatie

Anneke Koers

Inleiding

Hospitalisatie heeft een meervoudige betekenis. Zo kan het opname in een ziekenhuis betekenen, maar ook doelen op het gewenningsproces dat plaatsvindt naarmate een patiënt langer is opgenomen in een ziekenhuis.

Onder hospitalisatie worden gedragsveranderingen verstaan bij patiënten/individuen die voor langere duur zijn opgenomen in een ziekenhuis of een tehuis zoals een bejaardentehuis. Het ontstaat als gevolg van een ziekmakende wisselwerking tussen een individu en zijn omgeving. Door aanpassing ontstaat een verlies van zelfstandigheid.

Mogelijke uitingen van hospitalisatie zijn een toename van passiviteit, afhankelijkheid en onderdanigheid. Ook kan er sprake zijn van een afname van het nemen van initiatieven, een afname van het relativiseringsvermogen en een afname in uiterlijke verzorging. Verder kan er sprake zijn van het ontwikkelen van apathie en geestelijke afstomping. Emotionele vervlakking en het afwijzen van veranderingen behoren eveneens tot de symptomen. Voorts kan er sprake zijn van het verlies van gewoontes, individualiteit, interesse en sociale contacten. Deze symptomen komen in gradaties en afhankelijk van elkaar voor.



Twee stellingen:

De verzorgende is de schuld van hospitalisatie. De manier van leven (sfeer, inrichting, organisatie van zorghandelingen, medicatie) wordt aangepast aan de verzorgende. Met de bewoner wordt geen rekening gehouden en hij wordt niet betrokken in de beslissingen.

De bewoner is de schuld van hospitalisatie. Hij is zelf gehospitaliseerd en eist dat die manier van leven in stand wordt gehouden. De bewoner past zich aan aan de manier van leven van de instelling en de afdeling omdat hij bang is voor represailles van de verzorgenden. Die kunnen variëren van niet luisteren naar de bewoner, niet direct reageren op het alarm, te laat geholpen worden, geen overleg of communicatie, geen sociale contacten hebben door verzorgende met de bewoner en een autoritaire benadering door de verzorgenden. Het gevolg is ontevredenheid van de bewoner over de situatie. Een situatie waar hij niet over durft te praten. De verzorgenden worden uitgespeeld (zij doet dit wel) en er ontstaat een klimaat van wij tegen hun. Kortom: spanningen en een vervelende sfeer op de afdeling.

Bronnen

- BTSG beweging in ouderenzorg
- Coördinatie van zorg' (305)
- 'In de greep van hospitalisatie' van Tamara Ramkema en Cora Zwart
- 'Gestichten' van Erving Goffman.



Motivatie en doelstelling

Vanaf het jaar 2000 tot het jaar 2007 heb ik als helpende gewerkt in diverse verpleeghuizen. Van februari 2007 tot februari 2009 als leerling verbonden aan Osira, locatie Vreugdehof. Gedurende de jaren verrichte ik enkele kleine onderzoeken naar gedrag in een klinische situatie. Mijn voornaamste oogmerk om onderzoek te verrichten was te trachten mij in te leven in de sociale wereld van de bewoners van het verpleeghuis, zoals die subjectief door hem zelf ervaren wordt. Ik bracht de dag door te midden van de bewoners, omdat ik binnen de grenzen als helpende en als leerling moest opereren. De aanleiding om over het onderwerp hospitalisatie een werkstuk te schrijven is dat ik in de praktijk regelmatig geconfronteerd werd met bewoners die gehospitaliseerd waren. Daarnaast kwam ik regelmatig in aanraking met verzorgenden die een houding, dat wil zeggen een air en een benaderingswijze naar bewoners hanteerden, die niet overeenkwam met mijn wijze van en mijn visie op verzorgen. Over dergelijke ervaringen discussieerde ik vaak en tijdens deze discussies werd het mij duidelijk dat het hospitaliseren van bewoners in het verpleeghuis

een levensgroot probleem is. Vaak kreeg ik te horen dat ik rekening moest houden dat niet elke afdeling hetzelfde was en dat er op verschillende manieren werd gewerkt. Men stond niet open voor mijn vragen omtrent situaties die ik vind thuishoren in de gehospitaliseerde wereld, en dus niet de mijne. De ervaringen met hospitalisatie die ik heb opgedaan tijdens de stages en het werken in het verpleeghuis als helpende, heb ik op vele plaatsen in dit werkstuk kunnen verwerken. Een totale inrichting kan gedefinieerd worden als een verblijfplaats en werkplaats van een groot aantal mensen die in zelfde situatie verkeren, die van de omringende maatschappij gedurende een aanzienlijke tijdspanne afgezonderd zijn en die tezamen een besloten, formeel gereguleerde levenswijze leiden. Verpleeghuizen zijn een duidelijk voorbeeld hiervan. Dit werkstuk gaat over het verpleeghuis. Het middelpunt van mijn opdracht is gericht op de leefwereld van de bewoners en op die van verzorgenden, niet die van de stafleden. Wanneer ik het woord verzorgende gebruik, bedoel ik daarmee ook de helpende. Voor hen gelden immers dezelfde omstandigheden en zijn dezelfde criteria van toepassing.

Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief

Wie in een instelling, zoals bijvoorbeeld een verpleeghuis wordt opgenomen, kan dat als een ingrijpende gebeurtenis ervaren. Een langdurig verblijf in een instelling (verder verpleeghuis genoemd) leidt vaak tot het zogenaamde hospitalisatie-syndroom. Omdat het verpleeghuis hiermee geconfronteerd wordt, is het belangrijk dieper op dit syndroom in te gaan. Medewerkers kunnen actief de negatieve kanten van het syndroom verzachten en wellicht zelfs voor een gedeelte wegnemen.

Hospitalisatie-syndroom: wat is dat eigenlijk?

Wie in een verpleeghuis wordt opgenomen, ondergaat veel veranderingen. Zo iemand gaat zich, onder druk van de omstandigheden, heel anders gedragen. De belangrijkste oorzaak daarvoor is de ziekte zelf, maar ook de omgeving – het verpleeghuis – beïnvloedt het gedrag. De Amerikaanse onderzoeker Goffman analyseerde in zijn boek 'Totale instituties' de invloed die instituten, zoals gevangenissen, kloosters, ziekenhuizen, kostscholen, kazernes en psychiatrische ziekenhuizen, hebben op de individu. Kenmerkend voor al deze instituten is onder andere:

- dat vrijwel het hele leven zich afspeelt op dezelfde plaats
- dat mensen samen wonen met leeftijdsgenoten, voor wie niet gekozen is
- dat mensen activiteiten ondernemen met bewoners, waar niet voor gekozen is
- dat men zich moet aanpassen en schikken naar door het instituut vastgestelde regels en tijdschema's

Hij maakte vooral duidelijk dat het hospitalisatie-syndroom ontstaat wanneer mensen langdurig in grote instellingen verblijven. Onder hospitalisatie verstaan we 'het optreden van veranderingen in het gedrag (die al dan niet gewenst zijn) ten gevolge van een opname en een langdurig verblijf in een tehuis'. De wenselijkheid van die veranderingen komt tot uiting in een zinnetje dat in verslagen kan worden aangetroffen: 'Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief'. Hospitalisatie is een proces dat zich voordoet op

plaatsen waar meerdere mensen noodgedwongen samenleven en die allemaal uit een eigen, verschillend leefmilieu komen. Het hospitalisatie-syndroom ontstaat als gevolg van een wisselwerking tussen de bewoner en zijn omgeving. Dit syndroom kan verminderen of gedeeltelijk verdwijnen als deze wisselwerking wordt doorbroken. Tekenend voor dit laatste zijn ervaringen met bewoners, die ergens langdurig zijn opgenomen. Tijdens een vakantie merkt men opeens dat de bewoners 'beter' gaan functioneren. Ze kunnen opeens weer dingen. Een verschijnsel dat ophoudt zodra de bewoners weer binnen het verpleeghuis terug zijn.

Het leven in verpleeghuizen wordt door regels beheerste. Deze regels worden door de organisatie opgesteld en opgelegd aan de bewoners. De bewoners moeten hun dagelijks leven zoveel mogelijk inrichten aan de hand van die regels. Dit heeft een negatieve invloed op zaken als initiatief nemen, creativiteit en dergelijke. Bewoners passen zich steeds meer aan en verliezen op een gegeven moment hun eigen zelfstandigheid en worden door anderen geleefd. Uitingen van het hospitalisatie-syndroom zijn:

- afname van interesse voor zichzelf en anderen
- passiviteit verdringt activiteit, nergens meer zin in hebben
- afname van initiatief, alles goed vinden
- afhankelijk gedrag en onderdanigheid nemen toe, berustend accepteren van de dingen zoals ze zijn
- steeds minder reageren op onprettig optreden van de omgeving, apathie
- afname van belangstelling voor kleding, zelfverzorging en uiterlijk
- verdwijnen van persoonlijke gewoonten
- verlies van individualiteit, het eigene van iemand, onzelfstandigheid en geforceerde hulpbehoefendheid, vervlakking van het emotionele leven, minder sociale contacten
- aandacht tot in het absurde voor kleine dingen, grotere zaken kan men niet meer overzien
- de afstomping: geen geestelijke oefening
- veranderingen worden afgewezen, alles wat nieuw is zal als een bedreiging worden gevoeld

De symptomen komen in verschillende gradaties voor. De lichtste vorm is die waarbij de bewoners niet aan (revalidatie)activiteiten willen deelnemen en zich teruggetrokken opstellen ten opzichte van het leven in het verpleeghuis. Dan volgt het passief, uitgeblust op de afdelingen verblijven en tenslotte de ernstigste vorm, algemene verdoving, dat wil zeggen een sterke vermindering of totale opheffing van de geestelijke functies, gepaard gaande met onbeweeglijkheid van het lichaam en zwijzaamheid.

Oorzaken van het hospitalisatie-syndroom

De ene mens loopt meer kans op een hospitalisatie-syndroom dan de ander. Immers, binnen een instelling kunnen verschillende vormen van het syndroom worden waargenomen en niet alle mensen hoeven er in dezelfde mate aan te lijden. Behalve iemands persoonlijkheid zijn ook sociale factoren van belang bij het ontstaan van het syndroom. Alleenstaanden, bewoners waarvan de levenspartner is overleden of bewoners zonder kinderen lopen meer kans. Zij zijn immers veel meer aangewezen op het verpleeghuis waarin zij terecht zijn gekomen dan hun medebewoners die nog een achterban hebben. Als iemand altijd heel

zelfstandig geweest is zal hij dit, wanneer hij in een verpleeghuis gaat wonen, ook langer blijven nastreven. Dit in tegenstelling tot iemand die zich zijn hele leven al afhankelijk van zijn omgeving heeft opgesteld. Voor sommige ouderen is het ook voor het eerst in hun leven dat ze in- en met een grote groep mensen samenleven. Verder speelt ook de beeldvorming van medebewoners, over hoe zij zich moeten gedragen, een rol. Als zij denken dat van hen verwacht wordt dat ze weinig doen of de verzorging maar moeten ondergaan, dan zullen zij dit ook eerder doen. Je kunt afhankelijk zijn maar ook afhankelijk gemaakt worden. Op het moment dat een oudere een bewoner wordt, begint de omgeving, met al zijn positieve en negatieve invloeden, op het individu in te werken:

- verlies van contact met de buitenwereld, verlies van het contact met het eigen milieu;
- bij opname in een verpleeghuis worden de banden met de eigen vertrouwde omgeving voor een groot deel verbroken; opeens komt de betrokkene in een vreemde en niet vertrouwde omgeving;
- familieleden worden plotseling bezoekers, die soms slechts op vaststaande en gecontroleerde tijden mogen komen; contacten met oude burens nemen vaak af of verdwijnen; voorts wordt de band met de buitenwereld verbroken door natuurlijke en psychologische barrières; met natuurlijke barrières wordt bedoeld dat de bewoner ver van zijn oude buurt komt te wonen, of dat er ontoereikende vervoersmogelijkheden zijn; voor sommige mensen in een verpleeghuis (pg) wordt zelfs letterlijk de weg naar buiten afgesloten; met psychologische barrières wordt bedoeld dat mensen niet meer naar buiten willen of durven of niet aan anderen durven vragen of ze eens mee naar buiten gaan;
- veel verpleeghuizen roepen naar buiten toe een gesloten beeld op: een voorbeeld van negatieve beeldvorming; op de man af gevraagd zeggen veel mensen dat ze nooit in een verpleeghuis zouden willen wonen, bij navraag blijkt dat men er geen benul van heeft hoe het er daar aan toe gaat; ook hierdoor wordt het contact met die buitenwereld belemmerd;

De medewerkers kunnen een belangrijke rol spelen bij het doorbreken van deze negatieve beeldvorming. Dat kan door het verpleeghuis op een positieve manier naar buiten toe te presenteren en door mensen van buiten het verpleeghuis binnen te halen. Dat werkt naar twee kanten: de buitenwereld krijgt minder de indruk dat het verpleeghuis zich afsluit, c.q. afgesloten is, en van binnenuit wordt er minder een barrière naar buiten ervaren. Hoe groter die barrière is, des te afhankelijker is de bewoner van het verpleeghuis waarin hij verblijft en hoe minder prikkels er van buiten komen des te sneller zal hospitalisatie optreden. Het verpleeghuis kan de prikkels van buitenaf zelf leveren door zoveel mogelijk informatie te geven over het leven in de buitenwereld of door de bewoners te stimuleren van allerlei zaken op de hoogte te blijven.



De rol van de verzorging

In het voorgaande hebben we gezien dat het belangrijk is dat bewoners contact houden met familie en vrienden. De verzorgenden kunnen daarbij een belangrijke rol spelen en omdat de verzorgenden de buitenwereld vertegenwoordigen, doorbreekt het bezoek van de verzorgenden het isolement. In de meeste verpleeghuizen wordt dit tegenwoordig ook tot het takenpakket van de verzorgenden gerekend. De verzorgenden kunnen de drempel naar de buitenwereld ook verlagen door iets te doen aan de negatieve beeldvorming van het verpleeghuis. In samenwerking met het management kan bijvoorbeeld een open dag worden georganiseerd. Binnen het verpleeghuis kunnen de verzorgenden de onderlinge contacten bevorderen, zowel tussen bewoners onderling als met het personeel en management. Informatieve gesprekken over het personeel kunnen wellicht begrip kweken voor een bepaalde houding. Uiteraard moeten de verzorgenden ook naar de bewoners luisteren zodat ze weer een eigen gezicht krijgen. Het aandacht geven aan bewoners zou, evenals het baden, een vast bestanddeel van het verzorgingspakket moeten zijn.

Zinvolle bezigheden

Het is heel belangrijk dat mensen het gevoel hebben dat ze zinvol bezig zijn. De medewerkers kunnen hiertoe een bijdrage leveren door bewoners zoveel mogelijk zelf te laten doen, ook al duurt het dan langer voordat iemand bijvoorbeeld zijn koffie heeft. Sommigen ervaren dit als hard voor de bewoners, maar wie door denkt weet wel beter. Een andere hospitaliserende tendens is om zich te richten naar de mensen die de meeste zorg nodig hebben. Gevolg daarvan is dat de beter functionerende mensen al gauw hun relatieve zelfstandigheid verliezen, omdat dit de enige manier is om de aandacht van het personeel te krijgen. Hulp vragen kan ook aandacht vragen zijn. Ten allen tijde moet echter worden gekeken worden naar wat mensen nog wel kunnen.

De verzorgenden als communicatiemiddel

Veelal denken bewoners en verzorgenden over elkaar in bepaalde stereotypen. De verzorgenden zijn bij uitstek geschikt om daaraan iets te doen, om dat soort vooroordelen te verkleinen. Maar de emotionele afstand is te groot. Verzorgenden worden vooral opgeleid tot instrumenteel-technisch handelen, ofwel om de handen te laten wapperen. De verzorgenden zullen daardoor wellicht bewust contact ontwijken of dit tot het noodzakelijke beperken. Uit het bovenstaande is al duidelijk geworden hoe belangrijk dit contact echter is. Voor de een zal dit gemakkelijker zijn dan voor de ander. De verzorgenden kunnen in het contact het rolpatroon aan de orde laten komen. Uitleggen waarom men sommige dingen wel doet en andere bewust niet. Personeel en bewoners maken immers samen deel uit van de mensen van het verpleeghuis. De verzorgenden kunnen ertoe bijdragen dat de bewoners het gevoel krijgen 'hier wordt geprobeerd er iets van te maken'. Het verblijf zal in een verpleeghuis nooit hetzelfde zijn als thuis, maar het is al heel wat als het beeld van het verpleeghuis als een plaats waar men opgeborgen wordt, nooit meer wordt benadrukt. De verzorgenden geven door hun aanwezigheid in ieder geval te kennen dat zij het er niet bij willen laten zitten. Bewoners kunnen er het gevoel aan ontlenuen dat zij niet worden vergeten en dat zij de moeite waard zijn. Activering op alle terreinen waar dit mogelijk is. De vaak gehoorde uitspraak: 'Ik heb mijn hele leven gewerkt, nu wil ik uitrusten', is geen reden om te stellen: 'Zie je wel, mevrouw wil de hele dag in ene hoekje zitten dutten'. Werken en het ontplooiën van zinvolle activiteiten zijn twee verschillende zaken. Waar werken niet meer nodig is, is het bezig zijn met zaken waarin men geïnteresseerd is zeker plezierig.



Hospitalisatie-syndroom en visie op zorg en ouder worden

In hoeverre in het hospitalisatie-syndroom een onvermijdelijke reactie van de persoon op een of afwendbare situatie, het verblijf in een verpleeghuis? Deze vraag hangt nauw samen met de zorgvisie die men hanteert. Is gezondheid het ontbreken van ziekten en is derhalve verzorgen beperkt tot het bestrijden van symptomen? Is zorg het bieden van medische verzorging, hulp bij ADL-handelingen, het geven van eten en schoonhouden van het huis (de

traditionele visie op zorg), of behoort hiertoe ook het geven van aandacht en begeleiding aan de bewoners (holistische visie op zorg)? Wordt een meer omvattend gezondheidsideaal gehanteerd, waarbij verzorgen ook inhoudt het creëren van omstandigheden waarin de zelfontplooiing van het individu optimaal wordt bevorderd (emancipatorische visie op zorg)? Dit laatste houdt in dat de bewoner de mogelijkheden krijgt en gestimuleerd wordt om het eigen leven zo veel mogelijk zelf vorm te blijven geven. Een leven waarbij iemand zich, ondanks de beperkingen van de ouderdom, redelijk prettig kan voelen. Het is het verpleeghuis die bepaalt welke visie op zorg gehanteerd wordt en dus ook in zekere zin in hoeverre hospitalisatie-effecten (kunnen) plaatsvinden.



Bewustwording als begin van verandering

Zolang verzorgenden zich niet bewust zijn van de invloed van hun houding op de bewoners van het verpleeghuis en van het feit dat zij zelf gevaar lopen te hospitaliseren en welke gevolgen dit kan hebben voor henzelf en voor de kwaliteit van zorg, zal het moeilijk zijn hen te motiveren hun houding kritisch te bekijken en te veranderen. Zoals ik al eerder gesteld heb komt de houding voort uit de visie op verzorgen. Daarom is het belangrijk dat de verzorgende haar eigen visie uitlegt. Op die manier kan haar visie een hulpmiddel zijn bij het bewust maken van keuzes. Je visie kan in allerlei situaties richting geven aan je manier van reageren en aan je houding. Vaak weten verzorgenden niet vanuit welke visie zij handelen en welke consequenties hieruit te trekken zijn voor henzelf en voor anderen. Ook komt het voor dat verzorgenden weliswaar een goede visie op verzorgen kunnen verwoorden, maar deze niet kunnen vertalen in handelen. Dat komt omdat zij er de kans niet voor krijgen. Zulke verzorgenden zijn zich er niet van bewust dat de echte visie op verzorgen niet zozeer blijkt uit mooie woorden, maar moet blijken uit praktisch handelen. Goede voornemens en mooie woorden zijn dus niet voldoende om bewoners met een juiste houding te benaderen. Bewustwording hiervan is dan ook het centrale thema in de strijd tegen hospitalisatie. Een

belangrijke voorwaarde om verzorgenden bewust te laten worden van hun houding naar bewoners is het creëren van een open sfeer op de afdeling. Met een open sfeer bedoel ik dat je jezelf kunt zijn onder collega's, dat je je veilig voelt in het team waarin je werkt en dat iedereen in het team zich geaccepteerd voelt. Een open communicatie met een sfeer van wederzijds vertrouwen, respect voor elkaar en eerlijkheid is daarvoor van essentieel belang. Bij een open sfeer is er ruimte om kritisch naar elkaars wijze van verzorgen te kijken en is het vanzelfsprekend dat collega's elkaar feedback geven. Feedback is nodig om zicht te krijgen op het effect van je houding en je handelen. Om op een goede manier feedback te krijgen en er iets mee te kunnen doen moet je wel bereid zijn je gedrag bespreekbaar te maken en te veranderen. Door naar aanleiding van feedback te praten over je houding en wijze van verzorgen krijg je meer inzicht in je visie en zal je je visie steeds duidelijker en concreter kunnen formuleren. Doordat de verzorgende zich bewust wordt van haar visie, is zij in staat haar houding en handelen te verantwoorden naar collega's en kan zij kritischer zijn naar anderen. Als er in het team op deze wijze met elkaar (ook met leerlingen) wordt omgegaan durft zij eerder ideeën aan te dragen en staat zij open voor de ideeën van anderen. Het is bevorderen voor een open sfeer als ook de organisatie open staat voor de ideeën van de verzorgenden op de werkvloer. Verzorgenden voelen zich serieus genomen en zullen eerder initiatieven ontplooiën ter verbetering van de kwaliteit van de zorg en van de werkomstandigheden. Een open sfeer op de afdeling en binnen de organisatie kan er dus voor zorgen dat de verzorgende kritisch blijft kijken naar haar eigen functioneren en naar het functioneren van collega's. Daarom is een open sfeer een voorwaarde om hospitalisatie van verzorgenden en daarmee van bewoners te voorkomen. Maar alleen een open sfeer is daarvoor niet voldoende. Die creëert immers alleen maar de ruimte om kritisch te zijn en om emoties bespreekbaar te maken. Verzorgenden moeten leren in zo'n open sfeer hun visie en daarmee hun houding bewuster te overdenken. De open sfeer is het middel, de bewustwording is het doel. Zonder die bewustwording bestaat zelfs het risico dat hospitalisatie in de hand gewerkt wordt, vooral als het gehele team al lijdt aan hospitalisatie. In zo'n team zorgt de open sfeer ervoor dat er weliswaar kritisch naar elkaar gekeken wordt, maar dat gebeurt dan vanuit een gehospitaliseerde visie en dat betekent dat ook het handelen dan beargumenteerd wordt vanuit een niet-gewenste visie. In plaats van dat hospitalisatie dan voorkomen wordt, wordt deze juist versterkt en in stand gehouden. Een open sfeer is op zichzelf dus nog niet voldoende, maar zij is wel een belangrijke voorwaarde om het bewustwordingsproces op gang te kunnen brengen en in stand te kunnen houden.



Voorwaarden om bewust te kunnen blijven

Ik heb een aantal mogelijkheden beschreven om het bewustwordingsproces op gang te brengen. Volgens mij is bewustwording van hospitalisatie en alles wat daarmee samenhangt echter nog niet voldoende. Ik zie het als een dynamisch proces, waarin reflectie op de eigen houding en het eigen handelen en die van collega's altijd noodzakelijk zal blijven. Daarom beschrijf ik in deze paragraaf hoe en onder welke condities verzorgenden zich bewust kunnen blijven van de problematiek. Een eerste vereiste daarvoor is dat de aanbevelingen uit de bovenstaande paragraaf als vaste onderdelen van het werk ingeburgerd raken want daardoor krijgt de verzorgende de mogelijkheid de gewenste houding te ontwikkelen.

Echter om die aanbevelingen te realiseren is ondersteuning nodig vanuit de organisatie en zal de organisatie voorwaarden moeten scheppen om een hospitaliserende en gehospitaliseerde houding van de verzorgende te voorkomen. Eerder heb ik al gezegd dat verzorgenden kunnen hospitaliseren als zij bij voorstellen tot verandering steeds op weerstand stuiten in de organisatie en bij collega's. Vaak heeft die weerstand te maken met de hiërarchische structuur in de organisatie en met het gebrek aan aandacht bij de leidinggevenden voor wat zich op de werkvloer afspeelt. Volgens mij moet de top van de organisatie meer luisteren naar de mening en de voorstellen van verzorgenden op de afdeling. Zij staan immers vierentwintig uur per dag in contact met de bewoners om wie alles in het verpleeghuis zou moeten draaien, en zijn hierdoor beter dan de leidinggevenden op de hoogte van de wensen en behoeften van de bewoners. Verzorgenden (mits niet gehospitaliseerd) zijn binnen de organisatie de mensen die in kunnen schatten wat er zou moeten veranderen om zoveel mogelijk aan die wensen en behoeften tegemoet te kunnen komen.

Een tweede voorwaarde om bewust te blijven ligt bij de verzorgenden zelf. Zij zouden meer als 'zelfstandig beroepsbeoefenaar' moeten kunnen verzorgen en meer verantwoordelijkheden moeten krijgen in het gehele zorgverlenings-proces. Deze twee opties worden binnen het zogenaamde bewonersgericht verplegen gerealiseerd. Bij bewonersgericht verzorgen kunnen verzorgenden verzorgen volgens hun eigen visie en daardoor wordt hospitalisatie voorkomen. Omdat zij zich meer betrokken voelen bij de bewoner, zullen zij ook beter in staat zijn aan diens wensen en behoeften tegemoet te komen. Om te voorkomen dat de verzorgende zelfs binnen bewonersgericht verzorgen verzandt in routinematig handelen en in collectief bewonersgericht verzorgen terechtkomt is het van belang dat ook zij zich voortdurend bewust blijft van het gevaar van hospitalisatie.



Een meer democratische ingerichte organisatie kan ertoe bijdragen dat er beter geluisterd wordt naar verzorgenden en bewoners. De democratisering kan omschreven worden als een sociaal proces waardoor de mens door een groeiend bewustzijn van zijn sociale situatie gemotiveerd wordt om te trachten eerst invloed uit te oefenen op die situatie, en tenslotte de bevoegdheden te verkrijgen om zelf die situatie te bepalen. Een democratische organisatie kan er ook voor zorgen dat de houding van bewoners ten opzichte van verzorgenden en leidinggevenden verandert. Democratisering bevordert de wederzijdse communicatie waardoor het zelfrespect van bewoners vergroot wordt en zij op hun eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden worden aangesproken. Bewoners worden benaderd en gezien als volwaardig gesprekspartner, en naar hun mening dient geluisterd te worden. Bewoners van het verpleeghuis zouden inspraak moeten hebben in het beleid van de organisatie. Het verpleeghuis is immers hun woonplek. Dat kan bijvoorbeeld via de bewonersraad die dwingende adviezen zou moeten kunnen geven. In het merendeel van de verpleeghuizen is zo'n bewonersraad al ingesteld. Leidinggevenden en verzorgenden moeten bewoners actief op de hoogte stellen van de mogelijkheden van de bewonersraad en hen motiveren hieraan deel te nemen.

Oorzaken van het hospitalisatie-syndroom

De ene mens loopt meer kans op een hospitalisatie-syndroom dan de ander. Immers, binnen een instelling kunnen verschillende vormen van het syndroom worden waargenomen en niet alle mensen hoeven er in dezelfde mate aan te lijden. Behalve iemands persoonlijkheid zijn ook sociale factoren van belang bij het ontstaan van het syndroom. Alleenstaanden, bewoners waarvan de levenspartner is overleden of bewoners zonder kinderen lopen bijvoorbeeld meer kans. Zij zijn immers veel meer aangewezen op de instelling waarin zij terecht zijn gekomen dan hun medebewoners die nog een achterban hebben. Als iemand altijd heel zelfstandig geweest is zal hij dit, wanneer hij in een verzorgingshuis gaat wonen, ook langer blijven nastreven. Dit in tegenstelling tot iemand die zich zijn hele leven al afhankelijk van zijn omgeving heeft opgesteld.

Voor sommige ouderen is het ook voor het eerst in hun leven dat ze in- en met een grote groep mensen samenleven. Verder speelt ook de beeldvorming van bewoners, over hoe zij zich moeten gedragen, een rol. Als zij denken dat van hen verwacht wordt dat ze weinig doen of de verzorging maar moeten ondergaan, dan zullen zij dit ook eerder doen. Je kunt afhankelijk zijn maar ook gemaakt worden. Op het moment dat een oudere tot bewoner wordt, begint de omgeving, met al zijn positieve en negatieve invloeden, op het individu in te werken:

- Verlies van contact met de buitenwereld, verlies van het contact met het eigen milieu. Bij opname in een instelling worden de banden met de eigen vertrouwde omgeving voor een groot deel verbroken. Opeens komt de betrokkene in een vreemde en niet vertrouwde omgeving.
- Familieleden worden plotseling bezoekers, die soms slechts op vaststaande en gecontroleerde tijden mogen komen. Contacten met oude burens nemen vaak af of verdwijnen. Voorts wordt de band met de buitenwereld verbroken door natuurlijke en psychologische barrières.

Met natuurlijke barrières wordt bedoeld dat de bewoner ver van zijn oude buurt komt te wonen, of dat er ontoereikende vervoersmogelijkheden zijn. Voor sommige mensen in instellingen wordt zelfs letterlijk de weg naar buiten afgesloten. Met psychologische barrières wordt bedoeld dat mensen niet meer naar buiten willen of durven of niet aan anderen durven te vragen of ze eens mee naar buiten gaan.

- Veel zieken-, verpleeg- en verzorgingshuizen roepen naar buiten toe een gesloten beeld op: een voorbeeld van negatieve beeldvorming. Op de man af gevraagd zeggen veel mensen dat ze nooit in een verzorgingshuis zouden willen wonen. Bij navraag blijkt dat men er geen benul van heeft hoe het er daar aan toe gaat. Ook hierdoor wordt het contact met die buitenwereld belemmerd.

De medewerkers kunnen een belangrijke rol spelen bij het doorbreken van deze negatieve beeldvorming. Dat kan door de instelling op een positievere manier naar buiten toe te presenteren en door mensen van buiten de instelling binnen te halen. Dat werkt naar twee kanten: de buitenwereld krijgt minder de indruk dat de instelling zich afsluit, c.q. afgesloten is, en van binnenuit wordt minder een barrière naar buiten ervaren. Hoe groter die barrière

is, des te afhankelijker is de bewoner van de instelling waarin hij verblijft en hoe minder prikkels er van buiten komen des te sneller zal hospitalisatie optreden. De instelling kan de prikkels van buitenaf zelf leveren door zoveel mogelijk informatie te geven over 'het leven in de buitenwereld' of door bewoners te stimuleren van allerlei zaken op de hoogte te blijven.

Zodra iemand bewoner is geworden, wacht hem vaak nog maar één rol, die van hulpbehoevende oudere. Veelal wordt men zo overbezorgd tegemoet getreden dat alle taken uit handen worden genomen. Goed bedoeld, maar op den duur werkt dit negatief. De bewoner wordt ontmoedigd zelfstandig dingen te doen, ook al is dat nog mogelijk. Een inspectrice illustreerde dit als volgt: 'Als ik bij een nieuwe bewoner op bezoek ga, zet hij koffie voor mij. Kom ik een jaar later opnieuw dan wordt er gezegd, als u koffie wilt moet u even wachten want de koffiekant komt over een half uur.' Op den duur kan zo iemand niets meer, en wat erger is, wil niets meer. Dan geldt 'De bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief.'

Van het personeel wordt verwacht, dat het 'helpt' en van de bewoner dat hij 'geholpen wordt'. Deze rolverdeling kan snel leiden tot wederzijdse vooroordelen. De bewoners bezien het personeel als de 'machtigen, de gezonden, degenen die het voor het zeggen hebben.' Het personeel beziet de bewoners als 'de hulpbehoevenden, de zieken, de lastigen, de lieve oudjes, de ondankbare oudjes.'

Zowel bewoners als personeel maken deel uit van een groep waarbinnen talloze onuitgesproken rolverwachtingen bestaan. Dit kan enerzijds leiden tot het kinderlijk behandelen van de bewoner door het personeel, en anderzijds tot het zich volledig afhankelijk en hulpbehoevend opstellen van de bewoner ten opzichte van het personeel. Dat kan een kloof teweeg brengen tussen beide groepen, waardoor ze elk in een eigen wereld gaan leven zonder enig onderling contact.



Een duidelijk voorbeeld daarvan is dat het personeel in aanwezigheid van bewoners, een eigen gesprek voeren over de hoofden van de bewoners heen. Die zijn 'aanwezig afwezig'. De personeelsleden kennen vaak de bewoners wel van naam, die staat immers bij de deur. Voor bewoners echter is het moeilijk om alle namen van het personeel te onthouden omdat ze met veel verschillende mensen te maken hebben en meestal maar heel kort. Het gevolg is, dat bewoners de verzorging niet gemakkelijk persoonlijk kunnen aanspreken ook al zouden zij dat willen, zodat het veelal bij 'zuster' blijft. Een oplossing zou het dragen van naamplaatjes kunnen zijn, eventueel door iedereen zelf gemaakt. Ook voor de oudere wiens geheugen achteruit gaat zou dit uitkomst kunnen bieden.

Bij binnenkomst wordt de bewoner min of meer ontdaan van zijn persoonlijk gezicht. De meeste (soms alle) persoonlijke eigendommen moeten achterblijven. Soms moeten ook de eigen persoonlijke trekken en eigenschappen opgegeven worden om zich aan de omgeving aan te passen. De bewoner dreigt verloren te gaan in een grote groep medebewoners. In uitzonderlijke situaties raakt iemand zelfs zijn naam kwijt en blijft over als nummer: 'De bel van kamer 13 gaat.' Andere voorbeelden zijn: de bewoner die gewend is laat op te staan. Hij kan deze gewoonte wel aanhouden maar mist dan veelal de ochtendkoffie. Soms kan het niet omdat de bewoner op een bepaalde tijd op moet zijn om geholpen te kunnen worden.

De instelling is zowel woon- als leefruimte voor bewoners. Voor het personeel is het ook de werkruimte. De ervaring leert dat de aspecten van de instelling als werkruimte, veelal meer prioriteit krijgen. Het is moeilijk om een ruimte die gemakkelijk schoongehouden moet kunnen worden, ook nog eens knus en gezellig in te richten. Bijvoorbeeld: tapijt in de gangen staat wel warmer, maar zeil is toch veel praktischer.

De populatie van afdelingen van verzorgings- en verpleeghuizen bestaat vooral uit mensen van eenzelfde leeftijdscategorie, tachtig-plussers. Onderzoek heeft echter aangetoond dat de aanwezigheid van verschillende leeftijdscategorieën een positieve uitwerking heeft op de sfeer van een afdeling. Die omstandigheid wekt belangstelling op voor de omgeving en werkt positief op de psychische toestand. Ditzelfde geldt natuurlijk ook voor de medewerkers van de verzorging. Meestal gaat het om jonge mensen, voor de bewoners veelal in de leeftijdscategorie van hun kleinkinderen.

Medicijnen zijn soms noodzakelijk, maar ze kunnen leiden tot verschijnselen als gebrek aan initiatief, apathie en sufheid. Dit geldt met name voor de zogenaamde psychofarmaca. In een enkel geval gaat men zelfs zo ver, dat negatieve aspecten van het hospitalisatie-syndroom, bestreden worden met medicijnen. Het is logisch dat dit de toestand alleen maar verslechtert. Zware medicijnen hebben een versuffende uitwerking en versterken daardoor juist de hospitaliserende effecten. Ze maken de gebruiker extra afhankelijk van de verzorgende omgeving.

Doordat het contact met de buitenwereld verloren gaat, heeft de wereld de bewoner steeds minder te bieden en kan zij op de lange duur zelfs bedreigend worden. De bewoner verliest elk toekomstperspectief en ziet de kamer als de laatste 'woning'. Dit laatste maakt voor sommigen het bestaan doelloos. Zij ervaren het verblijf of wonen in de instelling soms als voortkomend uit eigen falen: 'ik kon niet meer zelfstandig in mijn huis blijven wonen'. Ze gaan de mogelijkheden van de eigen omgeving uit het oog verliezen. Tot die omgeving kan ook de instelling en het personeel behoren en daarom zal de instelling op dit punt extra attent moeten zijn.

Voor de volledigheid moet vermeld worden dat het verblijf in een instelling ook een positieve uitwerking kan hebben. Eenzame mensen kunnen helemaal opleven door de contacten die ze opdoen.

In het voorgaande hebben we gezien dat het belangrijk is dat bewoners contact houden met familie en vrienden. De verzorging kan daarbij een belangrijke rol spelen en omdat de verzorging de buitenwereld 'vertegenwoordigt', doorbreekt het bezoek van de verzorging het isolement. In de meeste instellingen wordt dit tegenwoordig ook tot het takenpakket van de verzorging gerekend.



De verzorging kan de drempel naar de buitenwereld ook verlagen door iets te doen aan de negatieve beeldvorming van de instelling. In samenwerking met de directie kan bijvoorbeeld een open dag worden georganiseerd.

Binnen de instelling kan de verzorging de onderlinge contacten bevorderen, zowel tussen bewoners onderling als met het personeel en directie. Informatieve gesprekken over het personeel kunnen wellicht begrip kweken voor een bepaalde houding. Uiteraard moet de verzorging ook naar de bewoners luisteren zodat ze weer een eigen gezicht krijgen. Het aandacht geven aan bewoners zou, evenals het baden, een vast bestanddeel van het verzorgingspakket moeten zijn.

Het is heel belangrijk dat mensen het gevoel hebben dat ze zinvol bezig zijn. De medewerkers kunnen hiertoe een bijdrage leveren door bewoners zoveel mogelijk zelf te laten doen, ook al duurt het dan langer voordat iemand bijvoorbeeld zijn koffie heeft. Sommigen ervaren dit als 'hard' voor de bewoners, maar wie door denkt weet wel beter.

Een andere hospitaliserende tendens is om zich te richten naar de mensen die de meeste verzorging of begeleiding nodig hebben. Gevolg daarvan is dat de beter functionerende mensen al gauw hun relatieve zelfstandigheid verliezen, omdat dit de enige manier is om de aandacht van het personeel te krijgen. Hulp vragen kan ook aandacht vragen zijn. Ten alle tijde moet je echter kijken naar wat mensen nog wel kunnen. Voor de verzorging betekent dat bijvoorbeeld een minder snel en goed lopende koffietafel, welke echter wel gedeeltelijk of volledig wordt verzorgd door de bewoners.

Veelal denken bewoners en personeel, zoals gezegd, over elkaar in bepaalde stereotypen. De verzorging is bij uitstek geschikt om daaraan iets te doen, om dat soort vooroordelen te verkleinen. Maar de emotionele afstand is groot. Verzorgenden worden vooral opgeleid tot instrumenteel-technisch handelen, oftewel om de handen te laten wapperen. Het personeel

zal daardoor wellicht bewust contact ontwijken of dit tot het noodzakelijke beperken. Uit het bovenstaande is al duidelijk geworden hoe belangrijk dit contact echter is. Voor de een zal dit gemakkelijker zijn dan voor de ander.



Een verdeling van taken kan eventueel uitkomst bieden waarbij echter niemand ontslagen wordt van de taak contacten te leggen. De verzorging kan in het contact het rolpatroon aan de orde laten komen. Niet rechtstreeks, maar met creatieve ideeën in de indirecte sfeer. Uitleggen waarom men sommige dingen wel doet en anderen bewust niet. Personeel en bewoners samen maken immers deel uit van de 'levende have' van de instelling. Er zijn tal van zaken die beide groepen raken, waarbij zij samen betrokken zijn. Dit veronderstelt dat beide groepen elkaar 'horen' en 'verstaan'. De directie kan zich in dit communicatieproces niet onbetuigd laten. Niet zozeer vanuit haar hiërarchische functie, maar als eerstverantwoordelijke voor de goede sfeer binnen de instelling. De verzorging kan ertoe bijdragen dat de bewoners het gevoel krijgen 'hier wordt geprobeerd er iets van te maken'. Het verblijf zal in een instelling natuurlijk nooit hetzelfde zijn als thuis, maar het is al heel wat als het beeld van het (te)huis als een plaats waar men 'opgeborgen' wordt, niet meer wordt benadrukt.

De verzorging geeft door haar aanwezigheid in ruime zin in ieder geval te kennen dat zij het er niet bij wil laten zitten. Bewoners kunnen er het gevoel aan ontlenuen dat zij niet worden vergeten en dat zij de moeite waard zijn.

Activering op alle terreinen waar dit mogelijk is. De vaak gehoorde uitspraak: 'Ik heb mijn hele leven gewerkt, nu wil ik uitrusten' is geen reden om te stellen: 'Zie je wel, meneer of mevrouw wil de hele dag in een hoekje zitten dutten'. Werken en het ontplooiën van zinvolle activiteiten zijn twee verschillende zaken. Waar werken inderdaad niet nodig is, is het bezig zijn met zaken waarin men geïnteresseerd is zeker plezierig.

Voorkomen is ook hier beter dan genezen. Een aantal zaken kunnen daarbij een rol spelen:

- Kleine afdelingen en groepsvorming
Probeer de omvang van de afdelingen waar de bewoners verblijven te beperken tot kleine groepen, zodat er een zo huiselijk mogelijke sfeer geschapen kan worden. De

contacten van de bewoners onderling kunnen zo beter gestimuleerd worden. In kleine groepen is bovendien een individueel gerichte aandacht beter mogelijk.

- Directe(re) relatie bewoner - medewerker
Teamverzorging of een systeem van contactverzorgende of EVV verdienen dus de voorkeur boven functionele verzorging.
- Individueel zorgleefplan
- Benader de bewoners als individuen. Natuurlijk is het op sommige punten nodig de populatie van een huis als groep te zien. Daarnaast moet echter nadruk gelegd worden op elke persoonlijkheid, met zijn of haar unieke kenmerken. Geen standaard zorgpakket voor elke bewoner, maar individueel aangepast. De bewoners moeten bij hun verzorging en de vorming van hun leven betrokken worden. Ook moet men hen stimuleren (leren?) meer vrijheid en verantwoordelijkheid te dragen. De bewoner moet daarbij een zo gevarieerd mogelijk aantal prikkels worden geboden. De medewerkers moeten hen zoveel mogelijk stimuleren om meer aandacht te besteden aan uiterlijk, kleding en kapsel. Bepaalde methoden van werken zoals bijvoorbeeld methodisch werken of het werken met zorg(leef)plannen kunnen een bijdrage leveren bij het bieden van individuele zorg (zorg op maat).
- Scholing en deskundigheid. Er dienen voldoende medewerkers te zijn die bovendien regelmatig bijgeschoold moeten worden. Hun taken liggen in het begeleiden van de bewoners, in het verlenen van service zonder dat de zelfstandigheid van de bewoners geweld aangedaan wordt. Een niet autoritaire houding van de verzorgenden ten aanzien van de bewoner is van groot belang, zonder dat dit mag ontaarden in een 'oude-jongens- krentenbrood' houding.
- Open karakter, wijkgerichtheid. Tijdens het verblijf moet het mogelijk gemaakt worden om de vroegere relaties zo goed mogelijk te onderhouden. Bovendien moet men de mensen stimuleren om contact te blijven houden met de maatschappij. Hierdoor wordt het welzijn van de bewoners bevorderd. Maak zoveel mogelijk contacten mogelijk. Het is van groot belang dat de bewoner voor de buitenwereld bereikbaar blijft en zelf zoveel mogelijk de buitenwereld kan bereiken. Contacten van buitenaf zullen door de verzorging gestimuleerd moeten worden. We kunnen dit samenvatten onder de term 'openheid', zowel van buiten naar binnen als van binnen naar buiten. Het beginnen met- en verder ontplooiën van activiteiten op het gebied van flankerend beleid (dagopvang, eetpunt enzovoorts) kunnen deze openheid verder bevorderen.





In hoeverre is het hospitalisatie-syndroom een onvermijdelijke reactie van de persoon op een onafwendbare situatie, het verblijf in een instelling? Deze vraag hangt nauw samen met de zorgvisie die men hanteert. Is gezondheid het ontbreken van ziekten en is derhalve verzorgen beperkt tot het bestrijden van symptomen? Is zorg het bieden van medische verzorging, hulp bij ADL-handelingen, het geven van eten en het schoonhouden van het huis (traditionele visie op zorg), of behoort hiertoe ook het geven van aandacht en begeleiding aan de bewoners (holistische visie op zorg)? Wordt een meer omvattend gezondheidsideaal gehanteerd, waarbij verzorgen ook inhoudt het creëren van omstandigheden waarin de zelfontplooiing van het individu optimaal wordt bevorderd (emancipatorische visie op zorg)?

Dit laatste houdt in dat de bewoner de mogelijkheden krijgt en gestimuleerd wordt om het eigen leven zo veel mogelijk zelf vorm te blijven geven. Een leven waarbij iemand zich, ondanks de beperkingen van de ouderdom, redelijk prettig kan voelen. Het is de instelling die vaak bepaalt welke visie op zorg gehanteerd wordt en dus ook in zekere zin in hoeverre hospitalisatie-effecten (kunnen) plaatsvinden.

Samenvatting en conclusies

Ik heb beschreven op welke wijze de veranderingen in de houding van de verzorgenden volgens mij gerealiseerd kunnen worden. Ik beschreef manieren om de strijd tegen hospitalisatie als een strijd van bewust worden en bewust blijven aan te gaan. Op de eerste plaats moet er een open sfeer op de afdeling zijn en moet het van essentieel belang voor de uitoefening van het verzorgend beroep worden geacht dat de verzorgende kritisch is naar eigen houding en handelen en die van collega's. Op de tweede plaats pleit ik voor supervisie en intervisie, twee vormen van bewustwording en deskundigheidsbevordering via welke de verzorgende inzicht kan verwerven in haar houding naar bewoners, en zichzelf en haar collega's kan behoeden voor hospitalisatie. Op de derde plaats pleit ik voor regelmatige kwaliteitstoetsingen omdat daarmee onderzocht kan worden in hoeverre de verwoorde visie van verzorgenden ook in hun handelen tot uitdrukking komt. Via toetsingen kunnen zij zich bewust worden van hun houding en handelen naar bewoners en daardoor hospitalisatie van zichzelf en indirect van bewoners voorkomen. Op de vierde plaats noem ik scholing en bijscholing als mogelijkheden om verzorgenden bewust te maken van de oorzaken, de gevaren en de gevolgen van hospitalisatie. Door scholing en bijscholing zorgt de verzorgende voor een constante ontwikkeling van haar visie op verzorgen en blijft zij kritisch ten aanzien van haar eigen functioneren en dat van collega's.

Vervolgens noemde ik een aantal voorwaarden om deze aanbevelingen te kunnen realiseren. Zo dient de organisatie de facilitaire voorwaarden te scheppen zodat verzorgenden gemotiveerd kunnen blijven werken aan het bewustwordingsproces. Daarnaast dienen de leidinggevenden meer aandacht te hebben voor wat er zich op de werkvloer afspeelt, en dient de organisatie democratisch te zijn ingericht. Verzorgenden ontplooiën meer initiatieven als zij in staat gesteld worden als zelfstandig beroepsbeoefenaar volgens eigen visie bewonersgericht te kunnen verzorgen. Ook de bewoners van het verpleeghuis zijn gebaat bij die democratisering, omdat zij zich door een grotere inbreng in de organisatie gerespecteerd voelen als volwaardige gesprekspartners. Als aan deze voorwaarden wordt voldaan kunnen verzorgenden de gewenste houding realiseren en handhaven. Ik besef dat het realiseren van de door mij geopperde aanbevelingen en gestelde voorwaarden een grote opgave is die veel tijd en inzet zal vergen van de verzorgenden, maar die zeker de moeite waard is.

Ook opleidingen kunnen bijdragen aan het ontstaan van hospitalisatie van verzorgenden door leerlingen onvoldoende kritisch te maken, door onvoldoende aandacht voor de ontwikkeling van een eigen visie op verzorgen, en door onvoldoende aandacht voor hoe hospitalisatie van verzorgenden ontstaat en voorkomen wordt. Als er in de opleidingen meer aandacht besteed zou worden aan het dreigende gevaar van hospitalisatie van de verzorgenden en als leerlingen de verschijnselen ervan leren kennen, hebben zij in ieder geval een goede basis van waaruit zij zich kunnen wapenen tegen dit altijd dreigende gevaar tijdens de uitoefening van hun beroep. Het feit dat hospitalisatie van bewoners een gezond bestaan belemmeren, moet voldoende reden zijn om de hoofdoorzaak ervan, hospitalisatie van de verzorgenden, te willen voorkomen. Als opleidingen meer aandacht geven aan het probleem van hospitalisatie van verzorgenden, komt dat rechtstreeks de kwaliteit van zorg ten goede en daar draait het in het verzorgen om: het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg.

Aandacht voor de preventie van hospitalisatie van verzorgenden is ook nodig in het kader van de BIG-wet waarin eisen worden gesteld op het gebied van kwaliteitsbewaking en

kwaliteitsbevordering. Preventie van hospitalisatie heeft alles met kwaliteitsbevordering te maken. Aandacht voor de preventie van hospitalisatie van verzorgenden is tenslotte ook in het kader van de professionalisering van ons beroep van belang. In het kader daarvan moeten verzorgenden aan kunnen geven welke specifieke kwaliteiten aan verzorgenden toebehoren. Daarvoor is constante bezinning op het beroep en op het eigen functioneren als verzorgende nodig. Ook in dat kader is het dus van belang te allen tijde, dus ook in opleidingen, hospitalisatie van de verzorgende en daarmee van bewoners te voorkomen.



Laatste woorden

De gewenste houding van de verzorgende

Ik heb betoogd dat de gehospitaliseerde verzorgende door haar houding en benaderingswijze een belangrijk aandeel heeft in de hospitalisatie van bewoners van een verpleeghuis. Naar mijn mening komt de houding naar bewoners voort uit de visie op verzorgen die de verzorgende heeft. Deze visie is het referentiekader van waaruit zij naar het vak kijkt, en is daardoor leidraad voor haar houding en handelen naar bewoners. De visie op verzorgen en de houding van de verzorgende zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden. De verzorgende moet zich er voortdurend van bewust zijn dat zij door haar houding naar bewoners een instrument kan zijn om bij hen hospitalisatie te voorkomen. Zij moet een zodanige houding hebben dat de bewoner in zijn afhankelijkheid zijn gevoel van eigenwaarde en zelfrespect behoudt of weer terugvindt. De houding van de verzorgende mag er niet toe leiden dat zij haar persoonlijkheid, individualiteit en menswaardigheid verliest. Aan zo'n

houding van verzorgenden moet naar mijn mening dan ook een basishouding ten grondslag liggen die blijkt geeft van empathie, echtheid en respect. Een belangrijk element van een goede basishouding noem ik het hebben van respect. Respect voor de bewoner houdt in dat de bewoner in zijn waarde wordt gelaten, dat hij wordt geaccepteerd zoals hij is, dat men hem serieus neemt en op gelijke voet met hem omgaat. Daarvoor is nodig dat de verzorgende belangstelling heeft voor de persoon van de bewoner. Dus niet alleen in zijn ziekte, maar ook voor zijn gevoelens en interesses. De verzorgende respecteert de mening van de bewoner en zal hem niet haar waarden en normen opleggen. Naar mijn mening moet de verzorgende zich altijd bewust zijn van de afhankelijkheid van de bewoner en van het feit dat zij een zekere macht heeft in de hulpverleningsrelatie. Maar deze macht en deze afhankelijkheidsrelatie mogen geen belemmering zijn voor een gelijkwaardig contact met de bewoner. Juist in het onderhouden van een gelijkwaardig contact ondanks de machtspositie die zij inneemt toont de verzorgende respect voor de bewoner. Het hebben van respect komt vooral naar voren in de wijze waarop de verzorgende handelt en de bewoner benadert. Voorbeelden hiervan zijn: de bewoner de ruimte laten en aanwezig zijn wanneer de bewoner haar nodig heeft. Empathie, echtheid en respect zie ik als wezenskenmerken van de gewenste houding. Als deze drie aspecten in de houding van verzorgenden aanwezig zijn, zullen zij naar mijn mening als vanzelfsprekend de juiste benaderingswijze naar bewoners hebben om hospitalisatie van bewoners te voorkomen. In de praktijk heb ik gezien dat deze drie aspecten niet altijd aanwezig zijn in de houding en het handelen van de verzorgende. Regels worden strikt gehanteerd en er wordt voorbij gegaan aan de schaamte- en privacygevoelens van de bewoners. Deuren worden niet altijd gesloten en het merendeel van de verzorgenden komt onaangekondigd binnenlopen. Ik heb zelfs vaak gezien dat een verzorgende tijdens het wassen van een bewoner zonder uitleg wegloopt. Als de bewoner dagelijks geconfronteerd wordt met dergelijke aantastingen van zijn privacy- en schaamtegevoelens, zal hij dit, wellicht na aanvankelijk verzet, accepteren en onverschillig worden. Dat wordt hospitaliseren genoemd.

Ook de zelfredzaamheid van de bewoner wordt niet altijd als uitgangspunt genomen. In plaats van eigen initiatieven te stimuleren wordt het maken van keuzes veelal uit handen genomen. Daardoor wordt zijn afhankelijkheid extra benadrukt en wordt de bewoner in zijn patiëntenrol bevestigd. Verzorgenden zouden meer moeten overleggen met bewoners. Het stimuleren van de bewoner tot het maken van keuzes moet niet alleen hele grote maar juist ook hele kleine zaken betreffen zoals: de te dragen kleding, de temperatuur van het waswater, wel of niet in de huiskamer eten of de invulling van de maaltijd. Opvallend in dit verband is dat de eettafel in het verpleeghuis niet gewoon gedekt wordt zoals in een woon/leefklimaat verwacht mag worden. In plaats daarvan wordt het eten opgeschept, het brood wordt van tevoren gesmeerd en kant-en-klaar geserveerd. Zo wordt de maaltijd niet alleen ontdaan van zijn sociale functies, de bewoner wordt ook de mogelijkheid onthouden zelf keuzes te maken. Een bewoner die halfzijdig verlamd is, heeft niet alleen lichamelijke problemen zoals kans op contracturen en zelfzorgtekorten op het gebied van adl (activiteiten van het dagelijks leven), maar ook psychische en sociale probleem. Dit kunnen problemen zijn met betrekking tot de acceptatie van het eigen lichaam en aanpassing van het zelfbeeld en moeilijk te onderhouden sociale contacten. De verzorgende die oog heeft voor het verband tussen deze aspecten, zal de bewoner benaderen als volwaardig mens. En als zij ook nog rekening houdt met het uniek zijn van ieder mens en niet uitgaat van de standaardnorm, zal de bewoner zich als persoon gerespecteerd voelen.

Tijdens het werken in de praktijk heb ik mijzelf er ook wel eens op betrappt dat ik een

houding aannam die hospitalisatie van bewoners in de hand zou kunnen werken en dat ik meega in de cultuur van de afdeling. Ik werd ook tijdens het wassen van een bewoner weggeroepen of had een privé-gesprek met een medeverzorgende in het bijzijn van een bewoner. Maar omdat ik het hospitaliserende effect onderken was ik in staat mijn houding te wijzigen. Ik schrijf dit omdat ik beseft dat het handhaven van de gewenste houding een zware opgave is. Maar ik vind het de moeite waard een dergelijke houding na te blijven streven.

Amsterdam, oktober 2009

