

voor de zorg- verlenende beroepen

FONTYS HOGESCHOLEN



08600305

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

ALGEMENE ZORGKUNDE

voor de zorgverlenende beroepen

J. C. M. Hattinga Verschure

Tweede, geheel herziene druk

1985

UITGEVERSMATSCHAPPIJ DE TIJDSTROOM
LOCHEM - GENT

WOORD VOORAF

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hattinga Verschure, J. C. M.

Algemene zorgkunde : voor de zorgverlenende beroepen / J. C. M. Hattinga Verschure.
Lochem [etc.] : De Tijdstroom
ISBN 90-352-1072-7
SISO 321.1 UDC 364.4 (075)
Trefw.: hulpverlening.

In onze tijd dringt algemeen tot het bewustzijn door, dat zorgend bezig-zijn tot de meest elementaire kenmerken van het menselijk bestaan behoort. Nu hebben we echter in onze maatschappij, waar we overal voorzieningen voor maken, ook allerlei soorten zorg tot betaalde beroeps-arbeid gemaakt. Langzamerhand gaan we inzien dat dit alleen maar heilzaam is als die beroeps-zorgverlening in *harmonie* en *samenspel* gebeurt met al het zorgen van de mensen. Het vormt er slechts een onderdeel van dat je niet kan en mag losmaken van het telkens andere, persoonlijke geheel van zorgen dat door en voor iedere mens plaats heeft. Juist dit *geheel* van menselijk zorgen is het onderwerp van de zorgkunde. Wie zorgen kiest als zijn of haar beroep kan dat slechts op verantwoorde wijze vervullen door zich in het geheel van menselijk zorgen te verdiepen en het werk daar steeds opnieuw op in te stellen.

Ontwerp omslag: Marianne Völkers

© 1985 by Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom bv, Lochem
No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 90-352-1072-7
D/1985/2966/24

INHOUD

1. ZORGVERNIEUWING 11

- Pap in opa zijn snor 11
- Keerzijde van de welvaartsmedaille 12
- De wereld verandert 14
- Schetslijnen van zorgvernieuwing 15

2. ZELFZORG, BASIS VAN ALLE ZORGEN 18

- Zelfzorg is de grondslag 18
- Voordelen van zelfzorg 19
- Waarop is zelfzorg gericht? 22
- Bezwaren tegen zelfzorg 24
- Zelfzorg en gezondheidstoestand 25
- Samenvatting 33

3. MANTELZORG 35

- Wat is mantelzorg? 35
- Mantelzorgnetwerken 39
- De grote betekenis van mantelzorg 44
- Mantelzorg onder druk 46
- Samenvatting 50

4. DE ZORGFUNCTIES 52

Het zorgfunctiemodel 52

Overzicht van zorgfuncties 55

Het begrip 'zorgmix' 63

Zorgmix-veranderingen in instellingen 64

Vrije en noodzakelijke zelfzorgstappen 66

Zorgbehoefte en zorgeffecten 67

Oefeningen 69

Samenvatting 69

5. DE DUBBELLAAG-THEORIE VAN HET ZORGEN 71

De technisch-materiële zorglaag is niet de enige 71

Het dubbellaag-model. De psycho-sociale 'weerspiegeling' van de zorgprocessen 75

Relaties tussen twee dubbellagen bij mantelzorg 79

Zorgpercepties bij beroepszorg 81

Samenvatting en conclusies 87

6. DE BEROEPS-ZORGVERLENING 89

Een uitgestrekt werkveld 89

Grote bloei van de beroepszorg 90

Thuiszorg voor bejaarden en gehandicapten 93

Zorgverlening in bejaarden- en verzorgingshuizen 95

De inrichting: leefgemeenschaps- of inrichtingsmodel 97

Het algemene ziekenhuis 100

Het verpleeghuis 106

Samenvatting 108

7. ZORGVERLENEN ALS BEROEP 110

Keuze voor een zorgend beroep 110

De motieven 111

Vervorming van de persoonlijkheid door het beroep 113

Wie zijn die 'verzorgden', 'cliënten' en patiënten? 116

Een beroep met hoofd, handen en hart 119

Samenvatting 122

8. HET DOORZETTEN VAN DE ZORGVERNIEUWING 124

De tijd is rijp 124

Zorgvernieuwing in de bevolking 125

Nieuwe attitude van beroeps-zorgverleners 128

Zorgvernieuwing in inrichtingen 134

Het beleid van de instelling ten aanzien van de zorgverlening 135

Een andere wereld 138

AANBEVOLEN BOEKEN VOOR VERDERE STUDIE 139

ZORGVERNIEUWING

1. PAP IN OPA ZIJN SNOR

Duizenden zorgverleners praten over zorgvernieuwing en tienduizenden hebben er wel eens van gehoord.

Maar wat is er nu precies aan de hand? Is het weer een nieuwe techniek of een nieuwe mode? En waarom moet dat dan? We doen het toch al tientallen jaren zo en waarom moet het nu ineens anders!

Laten we hier maar niet beginnen met touwtrekken over allerlei ideeën en principes, maar liever eens met 'nieuwe ogen' kijken naar de huidige werkelijkheid van onze zorgverlening. Sommige mensen hebben daar aanleg voor en die kunnen ons helpen om uit de dagelijkse routine te stappen en onze ogen eens uit te wrijven. Ik neem zo'n klein 'geschreven portret' uit de verzameling van Mia Duynstee die als boekje is verschenen onder de titel: 'Als je goed luistert hoor je ze huilen'.

'Hij zit alleen in een hoekje van een grote conversatiezaal. Door zijn halfzijdige verlamming praat hij moeilijk. Een groot wit servet is hem omgeknoopt, waarschijnlijk nog van het eten van vanochtend. We beginnen een gesprek. Na verloop van tijd beginnen we over thuis te praten.

'Tja, de dokter zegt dat ik geduld moet hebben, hoelang heeft hij er alleen niet bij gezegd. Ik ben 82 jaar en moet opnieuw leren lopen, mevrouw. Het duurt al zolang, ik kan het bijna niet meer volhouden.'

Hij begint te huilen. 'Als ik niet opnieuw leer lopen, mag ik niet naar huis. Ik moet voor mezelf kunnen zorgen; mijn vrouw is 80, ze komt iedere dag maar ze kan me niet helpen.'

Tijdens het gesprek komt iemand van de verpleging langs die het servet afdoet en tegelijkertijd nog even het hele gezicht van meneer meepoetst.

Meneer schaamt zich ervoor.

Hij verontschuldigt zich; thuis ging dat niet zo. 'Wilt u wel geloven, je wordt hier weer opnieuw een kind. Dat gevoel had ik ook zo sterk toen ik naar de bezigheidstherapie ging.

Ze doen daar spelletjes waar mijn kleinkinderen zich te groot voor voelen.

Maar ja, dat ga je niet zeggen hè?

Je zegt niet wat je denkt, je wilt beleefd zijn.'

Deed die zuster het dan fout? Welnee! Ze heeft geleerd om ervoor te zorgen dat de mensen op haar afdeling er fris en fatsoenlijk bij zitten. Keurig toch! Er *hoort* toch zeker geen pap in opa zijn snor te zitten!

Bovendien, hij moet toch wat afleiding hebben, anders verveelt hij zich.

Maar nu blijkt uit deze kleine momentopname dat met het wegvegen van pap nog iets anders wordt weggeveegd: Opa zijn waardigheid! Zo voelt hij dat toch. Hij zou het met zijn goede hand best zelf gekund hebben, maar nu wordt hij behandeld als een kleuter! Hij verontschuldigt zich daar zelfs voor. Thuis zou dat niet gebeurd zijn!

Keurig netjes verzorgd, goed gewassen en gevoed, kwijnt opa in diep verdriet. Verdriet om het verlies van zijn identiteit, zijn waardigheid, zijn gezondheid, zijn woning, alles.

Lees al die 'geschreven portretten' eens en ook die van anderen, die met scherpe ogen en met de gevoeligheid van hun hart GEZIEN hebben, zoals Hogenboom en Horstink (zie boekenlijst achterin dit boek). Zij hebben gezien hoe wij met de beste bedoelingen en met een veilig ingeslepen routine, zonder het zelf te beseffen veel weerloze mensen tekort doen.

Had het dan anders gekund? Ga dan eens na wat je zou doen als je eigen grootvader pap in zijn snor had. Dan zeg je toch zeker: 'Grootvader, er zit wat pap aan uw snor. Ja, een beetje naar rechts. Zo!' Dank je, zegt hij, terwijl hij het afpoetst met zijn zakdoek. Als je daar zelf ineens overheen zou aaien zou hij zeggen: 'Hé zeg! Ik ben je kleinkind niet! Jij bent *mijn* kleinkind!'

2. KEERZIJDEN VAN DE WELVAARTS-MEDAILLE

De welvaarts-staat heeft voor alle denkbare behoeften beroepsvoorzieningen in het leven geroepen. Het verzorgen van hulpbehoevende mensen is

prachtig, maar het heeft het grote gevaar dat we ze hun zelfstandigheid ontnemen, MEER dan nodig is; dat we ze aantasten in hun verantwoordelijkheidsgevoel; dat we hun afhankelijkheid steeds groter maken omdat ze hun motivatie en oefening om dingen zelf nog te doen steeds meer gaan verliezen; en tenslotte, dat we ze door de routine van ons zorgen steeds meer gaan behandelen als *dingen*. Opa was op dat moment toch niet meer dan een 'ding dat schoongemaakt moest worden.'

Is het dan een wonder dat we het welzijn van veel mensen zien afnemen naarmate hun verzorging in de beroepszorg toeneemt? Uit tal van onderzoeken is komen vast te staan dat beroepsverzorging, ook al is ze technisch nog zo goed, gemakkelijk leidt tot aantasting van het gevoel van welbevinden bij de verzorgde. Dat is meestal toch al verzwakt door ziekte, handicap en functieverlies.

De verwachting uit de zestiger jaren, dat de welvaartsstaat als vanzelf zou leiden naar een welzijns-samenleving is helaas niet uitgekomen. Het roer moet om.

Moeten we dan ophouden met verzorgen? Nee, riep een ziekenverzorgster in een discussiegroep. 'We moeten ophouden met onze mensen in de zorgverlening te *verzuipen*! Als we de mensen alles uit handen nemen, verstijven die handen omdat ze niets meer om handen hebben. We leggen met de beste bedoelingen een doem op veel mensen als ze niet *alles* mogen blijven doen, wat ze ondanks hun handicap nog kunnen. We versterken hun eenzaamheid als we door onze zorg de familie en andere relaties uitschakelen om ook eens wat zorg te mogen en kunnen geven. We drijven mensen gewoon de dodelijke verveling in als ze helemaal niets meer hoeven; als er niets zinnigs meer voor ze te doen is, al was het maar aardappelen schillen of stof afnemen.' Harde woorden, maar recht in de roos, dacht ik.

Een andere verzorgster is het daar wel mee eens, maar ze zegt: 'Je ziet in het verzorgingshuis toch ook heel wat mensen die het gewoon prachtig vinden om verzorgd te worden en zelf niets te doen. Hoe zit dat dan?' En daar laait de discussie weer op. Jawel! Als je levenslang hard hebt gesjouwd kan je enorm genieten van wat we altijd noemden: 'Je welverdiende rust'. Maar dikwijls is dat genieten van het verzorgd worden ook een kwestie van maatschappelijke status. De oude vrouw in het verzorgingshuis kan zich dan de 'mevrouw met de vele dienstmeiden' gaan voelen. Haast altijd is er ook een stukje onbegrip in het spel. Zoiets van 'zorgen is vervelend; recreatie is lollig; luieren mag ik toch zeker ook wel

eens'. Allemaal halve waarheden als je er ook niet bij denkt aan het oude spreekwoord RUST - ROEST.

3. DE WERELD VERANDERT

In onze eeuw maken we geweldige veranderingen van het zorgen en de zorgbehoeften door.

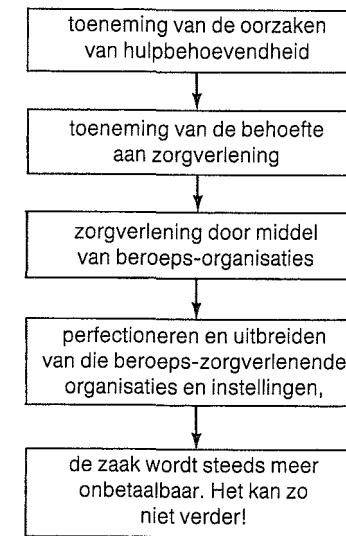
Een halve eeuw geleden nog was de zorg voor het huishouden veel en veel groter. Dat kwam niet alleen omdat de gezinnen groter waren. Boodschappen moest men doen in tal van verschillende winkels; de kolenkit moest gevuld en gesjouwd worden; de kachel aangemaakt en bijgehouden; stof!; wasdag met de hand of primitief gereedschap en ga maar door. Door beter wonen, centrale verwarming, supermarkt met veel verder of helemaal toebereid voedsel, koel- en vrieskast, automatische wasmachine etc. etc., is de huishoudelijke zorg veel makkelijker geworden. Dat betekent dat veel meer mensen, ook als ze veel minder fit zijn door handicap of ouderdom, het veel langer zelfstandig kunnen blijven volhouden.

In andere sectoren van de maatschappij is de zorglast daarentegen enorm toegenomen. In de eerste helft van onze eeuw stierven ontelbare mensen jong, door onjuiste babyvoeding en verzorging, door tuberculose, door longontsteking en door allerlei infectieziekten. Tal van gehandicapten en zieken konden niet in leven worden gehouden. Gevolg: er waren veel minder hoogbejaarden en minder gehandicapten, die veel zorg behoeven. Die zijn intussen aangegroeid tot een heel leger en hun aantal, met name van hoogbejaarden, neemt in de toekomst stellig nog verder toe.

Wat hebben we daaraan gedaan? Gebruik ervan gemaakt dat het thuis wonen zoveel makkelijker is geworden? Nee hoor! In het volgende schema, van de directeur van het Nationaal Ziekenhuis Instituut, Dr. D. van der Meer, kan je goed zien wat er wel gebeurde.

Het kan dus zo niet verder. Conclusie: of we willen of niet, we moeten voor grote groepen in de bevolking de zorgverlening op andere leest gaan schoeien.

En dat liefst zonder verlies van kwaliteit.



Afb. 1. 'Plannings-bankroet'.

4. SCHETSLIJNEN VAN ZORGVERNIEUWING

Waar moet het zwaartepunt van de beroeps-zorgverlening dan wel komen te liggen? Het is de laatste tien jaar steeds duidelijker geworden, ook uit tal van wetenschappelijke onderzoeken, dat beroepszorg het eigen leefpatroon van verzorgden zoveel mogelijk moet respecteren en er alles van intact laten wat maar redelijkerwijs mogelijk is. Laat mensen nog zelf doen wat ze kunnen; motiveer ze daarbij want het is goed voor ze om niet steeds afhankelijker te worden. Laten mensen die bij elkaar horen in het leven, omdat ze partners zijn, of huisgenoten (waren), of burens of vrienden, voor elkaar het stukje zorg geven dat het aan de ander mogelijk maakt om zijn zelfstandigheid en vrijheid zolang mogelijk te bewaren. Dat stuk zorg van genoten voor elkaar hebben we *mantelzorg* genoemd omdat mensen die zorg als het ware als een mantel om elkaar heen kunnen leggen tegen de kou en regen van de nare wederwaardigheden die dit leven met zich kan brengen.

Beroepszorg moet er dan ook op uit zijn om die mantelzorg niet af te breken door de hele zorg maar domweg over te nemen. Nee, veeleer moet ze mantelzorg de ruimte geven, er een beroep op doen om mee te blijven

helpen, ze te ondersteunen door haar deskundigheid te verhogen en ze aan te vullen waar ze tekort schiet en niet tegen is opgewassen. Wijkverpleegkundigen zijn hierin al een heel eind gevorderd!

In het verleden en nog op menige plaats thans, worden zelfzorg en mantelzorg te gemakkelijk uitgeschakeld door beroepszorg. WIJ zullen het wel doen hoor! Wij hebben daar diploma's voor en we worden er tenslotte voor betaald.

Zorgvernieuwing bestaat in de eerste plaats hierin, dat de drie grote zorgkaders ZELFZORG, MANTELZORG en BEROEPSZORG weer gaan functioneren als elkaars BONDGENOTEN. Dat geldt niet enkel voor de zorgverlening op maatschappelijk gebied en in de gezondheidszorg.

In heel onze samenleving wordt de stroming steeds duidelijker en sterker, dat we allerlei belangen niet louter aan beroepsmensen willen overlaten, maar ons er ZELF en SAMEN mee bemoeien. Niet om de beroepskrachten te ontronen, maar veeleer om door goed met ze samen te werken de kwaliteit van het maatschappelijk gebeuren en het persoonlijke bestaan te verhogen.

Politiek niet enkel door de beroeps-politici, maar wij allemaal erbij betrokken, met hulp van de media en door ons kiesrecht, onze vrijheid van meningsuiting en door buitenparlementaire actie.

Orde-handhaving niet alleen door de politie, maar mede door eigen en gezamenlijke oplettendheid. In flats en woonwijken wordt de oude sociale controle al weer een beetje hersteld. In de Verenigde Staten heeft men dat ook ontdekt als de enige weg om de criminaliteit maar niet steeds verder te laten door-woekeren. Samen dus: ik, wij en de politie, zorgen voor onze veiligheid.

Onderwijs niet enkel door de beroeps-leerkrachten. Ouders worden in hun rol als helpers in het onderwijs hersteld; ouderclubs en ouderverenigingen zijn niet meer weg te denken.

Ook de bedrijven zijn niet alleen maar een zorg meer voor de 'bazen'. Het beroeps-management wordt terzijde getreden door participatie van alle medewerkers. Het is begonnen met de ondernemingsraden en het breidt zich zoetjesaan uit tot een participatieve samenleving. Mondigheid en democratisering zijn slogans geworden.

Ze zijn niet makkelijk om te verwerklijken en er zijn dan ook alle denkbare fouten gemaakt. Maar dat hindert niet zolang we beseffen dat het processen zijn van een echte volwassenwording van de maatschappij,

waarin de gelijkwaardigheid en betrokkenheid van mensen niet langer gaat ten koste van het respect voor elkaar.

De pure 'verzorgingsstaat' is over zijn hoogtepunt heen. Ze kan slechts blijven bestaan in afgeslankte vorm, als het 'dak' boven een zorgende samenleving.

Als zorgverlenende word je dus meegenomen in een geweldige brede maatschappelijke stroming. Voor ieder betekent dat een verandering van zorg-mentaliteit. De 'attitude' (waar ook altijd mee gezwaaid wordt) ten opzichte van de verzorgde, moet veranderen. De hulpverleners krijgen een ander rolgedrag. De diverse beroeps-beelden zijn bezig om grotere of kleinere verschuivingen door te maken.

Wat ingrijpend blijkt dit allemaal te zijn. Deze heroriëntering vraagt om veel onderzoek en nadenken. Voor de mensen in de directe zorgverlening betekent het dat ze die zorgvernieuwing moeten bestuderen en overwegen, bespreken en uitproberen, zelf en met elkaar, want het is geen kleinigheid om ze in detail in allerlei beroepen te gaan INVULLEN.

Natuurlijk kan dat allemaal niet ineens. Ook de zorgontvangers hebben nog verwachtingspatronen die niet meer bij de tijd zijn. Het zal wel een halve generatie duren eer de zorgvernieuwing in een nieuw maatschappij-beeld, zich grotendeels heeft verwerklijkt.

Voor die oriëntatie daarop en voor de studie, wil dit boek een opstapje bieden.

ZELFZORG, BASIS VAN ALLE ZORGEN

1. ZELFZORG IS DE GRONDSLAG

Dat is een nogal zware uitspraak. Die moet dus goed onderbouwd zijn om ze te mogen doen. We halen onze overtuiging uit drie terreinen van waarneming.

a. *Heel de levende natuur* is van zelfzorg als het ware doordrenkt. Planten spreiden hun wortels op zoek naar voedsel en rekken zich naar de diepte om water te bereiken. Bladeren keren zich naar het licht en draaien met de zon mee om suikers te kunnen maken waarvan de plant moet leven en groeien. Al die activiteiten zijn erop gericht om voort te bestaan en zo gezond mogelijk voort te bestaan. In het dierenrijk is het al net zo. De jonge zangvogels in het nestje krijgen nog zorg van hun ouders. Ieder kent wel het boeiend gebeuren van een vogel die haar jongen voert, die in het nest hun snaveltje om het verst opensperren. Bij dieren vinden we dus weliswaar mantelzorg, zolang de jongen nog onvoldoende tot zelfzorg in staat zijn. Maar dat zorgen van ouders voor hun jongen houdt prompt op, zodra ze in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Volwassen dieren zorgen haast altijd door zelfzorg voor hun voortbestaan. Een dier dat daaraan niet meedoet, bijvoorbeeld omdat het om de een of andere reden niet kan, gaat dood. Veel dieren leven als eenling, solitair. Veel andere soorten leven in groepen: een nest mieren, een school vissen, een horde wolven, een kudde schapen, etc. Door een aantal dingen samen te doen, zoals zoeken of jagen van voedsel of gezamenlijke afweer van vijanden, vergroten zij hun mogelijkheden tot gezond voortbestaan. Maar een dier moet zijn gedragspatroon wel aanpassen aan dat van de hele groep en zorgen dat hij zijn bijdrage levert, anders wordt hij uitgestoten. Bij veel diersoort-

ten is dus ook sociale zelfzorg aanwezig en van vitaal belang voor het individu. De etologie, de gedragsleer van de dieren, heeft over zelfzorg bij dieren de laatste jaren tal van boeiende ontdekkingen gedaan, en ze onderkend als de basis van het zorgen voor het bestaan.

b. Ook *mensen* verlangen van nature naar zelfzorg. De peuter die gevoerd wordt grijpt al gauw naar het lepeltje en roept: 'Zelf doen! Zelf doen!'. En de bejaarde, die zijn krachten ziet afnemen, zegt dikwijls: 'Oh, als ik toch maar op mezelf mag blijven'. Zelfzorg is voor ons mensen zo iets vanzelfsprekends dat de betekenis ervan pas in het bewustzijn doordringt als men in zijn eigen zelfzorg bedreigd of beperkt wordt. Let er maar eens op hoe blij ziekenhuispatiënten zijn als ze zichzelf weer kunnen wassen, zelf weer naar het toilet gaan, zelf weer kunnen eten, etc.

Een mens *kan* heel goed helemaal alleen zorgen voor alles wat hij nodig heeft om gezond voort te bestaan, als de omstandigheden niet al te ongunstig zijn. Het verhaal van Robinson Crusoë, jarenlang alleen op een onbewoond eiland, is daar het klassieke romantische voorbeeld van. Een mens is dus, net als het dier, *goed toegerust* voor zelfzorg. Het is een abnormale toestand als hij niet of niet langer in staat is, voor zichzelf te zorgen. Maar wat wás Robinson Crusoë blij toen hij een metgezel kreeg op zijn eiland!

c. Een laatste argument voor het belang van zelfzorg kennen allen die veel zijn omgegaan met zieke mensen. Als een zieke zelf niet wil en zelf niets doet, kun je je nog zo inspannen om zorg te verlenen, hetzij mantelzorg hetzij professionele zorg, het is alles boter aan de galg. We zeggen dan: 'Deze patiënt doet zijn best niet. Hij werkt helemaal niet mee. Hij laat het erbij zitten'. Al je moeite loopt op niets uit. Veel hulpverleners weten uit eigen ervaring dat er met mantelzorg en/of professionele zorg in aanvullende zin het meest te bereiken is, als ze kunnen steunen op een goede zelfzorgmotivatie van de hulpvrager, op diens levenswil d.i. het zelf mee willen zorgen voor zijn voortbestaan.

2. VOORDELEN VAN ZELFZORG

Het is geen wonder dat zelfzorg zulk een centrale plaats inneemt want ze biedt *veel voordelen* boven het verzorgd worden door anderen. In geen

enkel type van zorgverlening is de lijn tussen zorgvrager en zorgverlener zó kort. Beide zitten immers in één en dezelfde persoon! De zorgvrager hoeft zijn *nood, behoefte of verlangen* dus niet kenbaar te maken aan *een ander*. Hij ervaart en voelt die zelf. Als ik iets moet eten, voel ik zelf het meest direct wanneer en hoeveel het moet zijn. Afhankelijk van de sterkte van de eetprikkel, zal ik ook de inspanning opbrengen die nodig is om eraan te voldoen. Daar is geen tussenpersoon bij nodig, die ik eerst moet overtuigen van de mate van mijn eetlust. Bij zelfzorg kan dus het zorgproces precies worden afgestemd op de behoefte. In het voorbeeld van de maaltijd, zal zelfzorg tot grote efficiëntie kunnen leiden. Ik zorg dan voor niet minder maar ook niet meer dan ik nodig heb. Dit alles geldt natuurlijk alleen wanneer zelfzorg goed is ontwikkeld en niet door neveninvloeden verstoord wordt.

Ook het vaststellen van het *verlangde effect* wordt bij zelfzorg uitsluitend door de gezonde zorgvrager gedaan. De menselijke variatie in allerlei behoeften- en effect-beoordeling komt dus in zelfzorg niet in het gedrang. De mate van zorg die geleverd wordt is niet een *gemiddelde* dat voor die bepaalde zorg gebruikelijk is, (Bijvoorbeeld: zoveel boterhammen voor een lunch voor een bejaarde, zolang in bad, etc. etc.) maar ze is *individueel bepaald*.

Zelfzorg maakt de mens bovendien *onafhankelijk*.

Hij gaat aan het zorgen en hoeft niet op een ander te wachten of van alles te vragen. Hij kan het zorgproces laten verlopen op de manier die hij zelf het liefste wil. Hij 'staat op eigen benen'. 'Hij kan zichzelf redden'. Dat wordt door veel mensen ervaren als vanzelfsprekend te behoren bij het volwassen gezonde bestaan.

Daar komt nog iets anders bij. Het zelf bezig zijn om te zorgen geeft *voldoening*. Het is prettig. Het maakt mensen tevreden. Het vult je tijd op een zinnige manier. Koekjes die je zelf gebakken hebt vind je lekkerder dan die je zomaar kreeg of kocht, enz. En bovendien is dat zelf zorgen als je het geregeld doet een stukje regelmaat. Het is gewoon, veilig, voorspelbaar en dus rustgevend. Midden in een vaak onbegrijpelijke, angstaanjagende wereld doe je zelf allerlei kleine dingetjes, die precies gaan zoals je dat wilt en verwacht. Dat geeft onbewust een houvast. Maar dit alles is zo gewoon dat we het niet meer weten! Ga zelf eens in een griezelige eenzaamheid zitten, zoals bijvoorbeeld de Amerikaanse schrijver Jack Kerouac beschrijft in zijn boek 'Wildernis'. Dan komt de betekenis van

oer-menselijk diep beleven van zulk zorgen weer duidelijk aan het licht.

Een bijzonder belangrijke reden om zelfzorg zulk een voorname plaats te geven, ligt in het vrijheidsaspect. De Duitse antropoloog Arnold Gehlen heeft onderzocht wat de meest wezenlijke verschillen zijn tussen DE mens en HET dier. De mens onderscheidt zich in zijn gedrag van het dier doordat hij *handelt*. Hij doet niet van alles omdat hij daartoe *geprogrammeerd* is. Zijn gedrag wordt niet gestuurd door een verzameling aangeboden 'ponskaarten'.

Nee, de mens kan handelen, dat wil zeggen hij kan kiezen om iets wel of niet te doen. Hij kan de manier waarop kiezen. Hij heeft daarin een stuk vrijheid. Hij is dan ook voor dat handelen verantwoordelijk. Het waarom kan hem gevraagd worden en hijzelf mag anderen dus ook naar het waarom vragen. En tenslotte bestaat het menselijk handelen ook in het scheppende inwerken op zijn omgeving. Hij kan binnen zekere grenzen zijn omgeving gestalte geven in overeenstemming met zijn behoeften en wensen. Al dat handelen is typisch voor de mens. Het dier kan dat niet.

Als we een mens in zijn handelen belemmeren, kortwieken we hem dus in zijn wezenlijk menszijn! De duizend hele kleine keuzen, die een mens bij zijn zelfzorg gedurende de hele dag maakt, zijn ook de duizend kleine *signalen van zijn vrijheid* als mens! De vrijheid om nú te willen ontbijten of over een half uur; om wit of bruin brood te kiezen, koffie of thee, melk daarin of niet en zo ja hoeveel . . . Duizend kleine keuzen die het bestaan als *mens* markeren, nog veel sterker en emotioneel dieper ingrijpend dan de paar grote keuzen die men in zijn leven maakt: beroep, huwelijkspartner, waar wonen, wat voor politieke partij. *Verval van zelfzorg is dus niet enkel onpraktisch of duur. Het betekent verval van menselijkheid.*

Tot dusver hebben we gekeken naar de voornaamste *voordelen* van zelfzorg voor het individu zelf: directheid, vertrouwdheid, zelfstandigheid, voldoening, vrijheid en gunstige effecten op een gezond voortbestaan. Is zelfzorg dan eigenlijk niet erg egoïstisch; zo helemaal op het ik gericht? Vraag dat dan maar eens aan de moeder van Jantje. Die is wát blij dat Jantjes zelfzorg flink toeneemt en hij zelf kan eten, zichzelf kan wassen en aankleden, zelf spelletjes doet en met vriendjes optrekt. *Zelfzorg ontlast de mensen om je heen om voor van alles te zorgen, ook voor al hetgene dat je best zelf kunt doen.*

Dat is nog maar één kant van de medaille. In culturen die niet zo op de

belangen van de eigen persoon gericht zijn, komt de andere kant het duidelijkst naar voren. Prachtig vonden wij dat verwoord in de rijke Oosterse cultuur en wijsheid van Midden-Java. Iedere mens heeft een levensopgave die niet alleen voor *hemzelf* geldt, maar die *algemeen menselijk* is. Het lichaam is voertuig voor onze geest die tot opdracht heeft de kosmos te ordenen. De mens is immers het enige wezen op aarde dat afstand kan nemen van de dingen en van zichzelf. De mens kan oordelen en kiezen. Hij kan goed of kwaad doen, aan de wereld en zichzelf. Zijn opgave en hoogste plicht is het om dat menszijn te gebruiken op redelijke wijze, door *goed* te doen aan de *wereld (macro-opdracht)* (medemensen, dierenwereld, plantenrijk, mineralen, milieu). En vervolgens ook goed te doen aan *zichzelf*: ordelijk om te gaan met je vermogens; de kostbare machinerie van je lichaam en geest goed in orde houden (micro-opdracht). Dit is zelfzorg, niet omwille van eigen voordeel, *maar om de wereld in stand te helpen houden*. Is het een wonder dat steeds meer mensen hun blik naar het oosten richten, want daar vind je wijsheid over de mens en de wereld die wij zoetjes-aan zijn kwijtgeraakt.

3. WAAROP IS ZELFZORG GERICHT?

Met andere woorden: wat voor behoeften doen zich voor die om zelfzorg (en deels ook mantelzorg) vragen? Dat is heel wat meer dan alleen maar voor je 'natje en droogje'.

Natuurlijk zijn er in de eerste plaats *lichamelijke behoeften*, allereerst de steeds terugkerende behoeften aan voedsel, drinken, excreties, hygiëne, inspanning en rust. Terwijl in onze maatschappij de eerste twee volop en vaak overmatig worden bevredigd, zit het met de laatste twee meestal slecht. Veel mensen ondergaan in hun beroep teveel inspanning, zoals niet lichamelijk, dan toch psychisch. Maar veel andere mensen ondergaan te weinig inspanning! Er moet een goed *evenwicht* bestaan tussen rust en inspanning. Dat moet niet in de eerste plaats bepaald worden door invloeden van buiten, maar door zelfzorg mogelijk worden gemaakt. De zorg voor deze bovengenoemde functies voor het bestaan zijn alleen nog maar de basis. Er zijn voor de mens meer niveaus van behoeften die boven de basis uitgaan. Maslow heeft die weergegeven in zijn befaamde piramide van menselijke waarden (fig. 2).

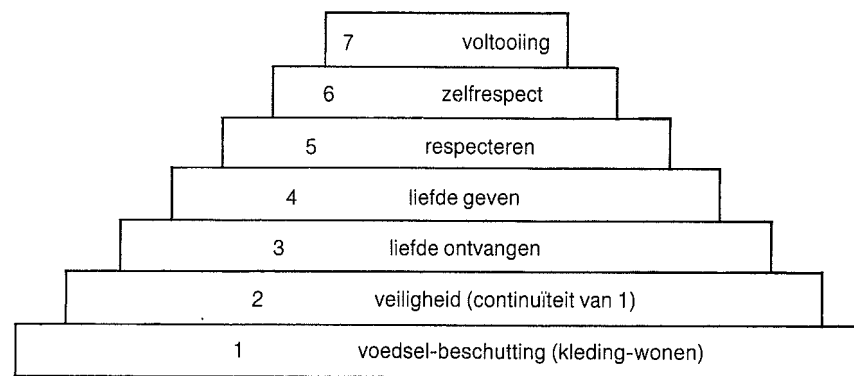


Fig. 2. Maslow's piramide van menselijke waarden.

Hoe hoger het niveau in deze piramide is, hoe minder elke zorg ervoor *te koop* is. Je maaltijden kun je nog kopen in een restaurant. Veiligheid wordt al moeilijker. Je kan wel bewaking kopen en inbraakbeveiligingsapparatuur, of bijvoorbeeld een valhelm of riemen in je auto, maar de voornaamste bijdrage aan je eigen veiligheid, is je eigen zorg voor een veilig *gedrag*. Mensen die er een gewoonte van gemaakt hebben om op te letten, voorzichtig te zijn en situaties goed hebben leren inschatten, lopen door deze zelfzorg minder risico's.

Dan komt het niveau 'liefde ontvangen'. Komt daar dan zelfzorg aan te pas? Heel wat meer dan menigeen denkt! Liefde in de eigenlijke zin is niet te koop. Het is een geschenk dat een ander je geeft. Maar daar moet je je dan wel voor openstellen! Dat vraagt om zorg. Bovendien vraagt liefde om een reactie. Liefde kan niet van één kant *blijven* komen. Het ontvangen is dan ook direct verbonden aan het *geven* van liefde. Daar moet een mens *zorg* voor dragen. Het ontvangen en het geven zijn allebei *opgaven*. Zo is het ook met het *respect* tussen mensen.

Aan de top van de piramide staat het hoogste wat een mens kan nastreven: zijn voltooiing als mens binnen het kader van de mogelijkheden die aanleg en omstandigheden hem bieden: zijn *zelfverwerkelijking*. Een mens 'moet ervan maken wat hij kan'. Allereerst is het van belang dat die grootste menselijke opgave in je bewustzijn doordringt, want dan kan ze stuur en richting geven aan je besluitvorming en levenskeuzen.

Die zelfverwerkelijking is niet een uitsluitend bezig zijn met je innerlijke persoonlijkheid. Het betekent tegelijkertijd het streven van een mens om

deel te hebben aan de mogelijkheden die de gemeenschap biedt en aan haar besluitvorming. In laatste instantie is zelfzorg het zorgen voor zelfbestemming en voor mee-bestemmen (Habermas). Dat alles komt maar niet aanwaaien. Het is een heel patroon van grotere en kleinere zorgelementen, bewust en onbewust, gewoonte of keuze. Waar wij voor moeten oppassen in de beroepszorgverlening is het zich blind staren op één enkel niveau. Een patiënt met een ongeneeslijke ziekte, ten dode opgeschreven, vereist soms veel lichamelijke zorg. Zijn zelfzorg voor het basisniveau is misschien voor een groot stuk afgebroken. Maar het kan daarbij heel best zijn, dat zijn bezig zijn met het aanvaarden van lijden en sterven hem brengt naar de top van zijn levenspiramide. Zijn lichaam kan een wrak zijn, maar zijn geest rijker dan ooit, in een berusting en aanvaarding van lijden en dood, die ons diep kunnen treffen, die groot respect afdwingen en die onze liefde opwekken. *Als we daar maar oog voor hebben.*

4. BEZWAREN TEGEN ZELFZORG

Alle menselijk bezigzijn kan goed of slecht zijn. Helpen bijv. kan men een zieke maar ook een moordenaar; sport is goed voor het lichaam, maar ook slecht want jaarlijks zijn er in Nederland meer dan 1 miljoen sportblessures!

Het spreekt dus vanzelf dat ook zorgen goed of slecht kan zijn. De vraag is niet of er wel gezorgd mag en moet worden, maar de vraag is telkens weer: door wie, waarvoor, waarom en hoe. Als bijv. iemand zijn been breekt en dat zelf gaat spalken is zijn zelfzorg onverantwoord, onbekwaam en slecht. Goede zelfzorg is hier: het besluit om het been door een chirurg te laten zetten. Het invoeren van de juiste hulp en het inschatten van risico's zijn belangrijke aspecten van zelfzorg. We gaan pas een denkfout maken als we zelfzorg *in het algemeen* willen afwijzen omdat ze nu en dan op slechte wijze wordt beoefend. Om te beginnen zien we dan de volstrekt onmisbare 'obligate' zelfzorg over het hoofd. Ieder mens wil immers toch zelf eten, in plaats van gevoerd te worden; zichzelf aan- en uitkleden; zelf zorgen voor zijn eigen excreties; maar ook zelf omgaan met zijn eigen emoties en verstandelijke vermogens; zelf besluiten nemen (waaronder het reeds genoemde hulpvraag-besluit); zelf zijn partner en vrienden

kiezen; zelf opkomen voor zijn plaats in de samenleving; zelf zorgen dat hij 'erbij hoort'.

Niet zelden zorgen mensen slecht voor een of andere zelfzorg-functie. Hun zelfzorg kan onvoldoende zijn en dan verwaarlozen ze zich. Hun zelfzorg kan overdreven zijn en dan verwennen ze zich, worden egoïstisch en onuitstaanbaar. Hun zelfzorg kan onjuist zijn en dan brengen mensen zichzelf er schade mee toe.

Zo is menig een doodgebleven door overdreven 'joggen' als middel tegen vetzucht, die zelf weer een gevolg was van slechte zelfzorg door teveel eten. Er zijn psychiaters die neurosen beschouwen als gevolg van slechte psychische zelfzorg.

Dat iets verkeerd wordt toegepast is geen reden om het af te wijzen. Omdat er mensen verdrinken bij het zwemmen, houden we niet op met zwemmen maar nemen maatregelen om het veiliger te maken. Precies hetzelfde dient te gelden voor zelfzorg.

Dat betekent dat we met zelfzorg niet TERUG moeten naar de 'goede oude tijd', maar VOORWAARTS, naar een verbeterde, meer bewuste, meer bekwame zelfzorg, zowel op lichamelijk, geestelijk als sociaal gebied. Wie een beroep doet op bevordering van zelfzorg (zoals de regering doet), moet daarbij de noodzaak tot betere zelfzorg-opvoeding en vorming inclusief nemen.

Aan die vorming kunnen nu juist de beroepsmensen in de zorgverlening buitengewoon veel bijdragen.

Wijkverpleegkundigen, ziekenverzorgenden, maatschappelijk werk, gezinszorg en bejaardenzorg hebben dagelijks honderdduizenden contacten met mensen waarvan de zelfzorg bedreigd wordt of afbrokkelt. Juist zij en hun omgeving staan het meest open voor informatie en stimulering van goede zelfzorg.

5. ZELFZORG EN GEZONDHEIDSTOESTAND

Tot dusver hebben we alleen gesproken over zelfzorg van gezonde mensen. Bij ziekten doen zich nieuwe opgaven voor een mens voor, die om nieuwe soorten zelfzorg vragen. Daarvan moeten we een indeling maken om ze goed te kunnen bespreken. Vanuit de waarneming komen we tot vijf soorten zelfzorg bij gezondheid en ziekten: basiszelfzorg, raakvlak-

zelfzorg, complementaire medische zelfzorg, ziekzijnszelfzorg en handi-capzelfzorg.

a. *basis-zelfzorg*. Dit is de zelfzorg om het gezonde bestaan intact te houden. Uit onderzoek is gebleken dat gezonde Nederlanders voor 87% van oordeel zijn dat ze zelf in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid; 85% vindt zich daartoe ook voldoende in staat. Zij omvat op *lichamelijk gebied* een flink aantal verschillende zorgfuncties die we later in detail zullen behandelen in hoofdstuk 4. Daarnaast is er een aantal zelfzorg-functies om je *geestelijke toestand* gezond te houden. Tenslotte is er de *sociale zelfzorg*, die al kort besproken is en die erop gericht is om je relaties met andere mensen gezond op te bouwen en te houden, zodat je eigen sociale netwerk intact blijft.

We hebben al gezegd dat al die zelfzorg voor het gezonde bestaan de *basis* vormt van de gezondheidszorg en lichten dat hier met een enkel voorbeeld toe. Een mens eet circa drie maaltijden per dag. Per jaar komt dat op rond de 1000 maaltijden. Bij de gemiddelde levensduur in Nederland, eet iemand in zijn hele leven dus circa 70.000 maaltijden. Het is wel duidelijk dat ongezonde eetgewoonten tot allerlei stoornissen in de gezondheid moeten leiden. Teveel eten maakt vette varkens van veel mensen. Het is niet alleen lelijk, maar een te zwaar lichaam leidt tot meer gewrichts-slijtage met als gevolg mobiliteitsstoornissen. Bovendien wordt de werking van het hart meer belast. Mensen met meer dan 10 kg overgewicht leven gemiddeld 2 jaar korter dan mensen met een normaal lichaamsgewicht: voor mannen grofweg het aantal kg dat men centimeters langer is dan 1 meter. Dus iemand van 1.76 m mag gemiddeld 76 kg wegen, enz.). De vette mensen krijgen vaker galstenen en hartinfarcten. Er treedt vaker ernstige vervetting op van de grote slagaderen. Dat zijn alleen nog maar de gevolgen van *teveel* eten. Maar er zijn nog veel meer eetstoornissen mogelijk zoals slecht kauwen en het eten opslokken, wat de maagfuncties overbelast en leiden kan tot gastritis en maagzweren. Verder kan de bereiding slecht zijn, waardoor vitaminen verloren gaan. Bij gedeeltelijk verbranden van vlees ontstaan kankerverwekkende stoffen. En wij maar barbecuën vanwege de lol!

Wanneer we op deze manier allerlei andere functies bekijken, dan blijkt dat wij als Nederlandse volk *verdraaid ongezond* zijn gaan leven! Gezondheid heeft bij ons langzamerhand een lage prioriteit gekregen. Succes, mooi zijn, sportief zijn, geld verdienen, belangrijk zijn, een mooier huis,

een mooiere woninginrichting, veel recreatiegerief, zoals een zeilboot, caravan, filmcamera en ga zo maar door, dat zijn dingen waar de mensen wat voor over hebben! En als we onze gezondheid naar de knoppen hebben zien gaan is plotseling geen zorg goed genoeg en schreeuwen we moord en brand om herstel. We spreken er schande van als de hartchirurg niet meteen klaar staat als het hart stuk is, maar niemand spreekt er schande van dat vele duizenden Nederlanders hun hart zelf kapot hebben gemaakt. (Dat geldt natuurlijk niet voor *alle* hartpatiënten. Er zijn ook heel wat aanlegstoornissen mee in het spel. Reden temeer overigens om daar *tijdig zelf* rekening mee te houden!)

Waarom in dit boek voor zorgverleners zoveel aandacht besteed aan deze basis-zelfzorg voor *gezondheid*? De zorgvragenden die zich tot de beroepszorg wenden zijn immers meestal al ziek of gehandicapt? Het gezonde bestaan en de zorg om dat te behouden is voor hen dus meestal verleden tijd.

Toch menen we dat basis-zelfzorg onze grootste aandacht verdient. Dat geldt in de eerste plaats voor het toenemend aantal mensen dat betrokken is bij de G.V.O., de Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding. De medische aspecten, zoals anatomie, fysiologie en ziekteleer krijgen daarin naar verhouding nog teveel aandacht in vergelijking tot de algemene zorgkunde. Wat tot stand moet worden gebracht stap voor stap, zijn betere *gezondheidsgewoonten*. De voorlichting van de zijde van de Nederlandse Hartstichting is er een aardig voorbeeld van. De mensen gaan zoetjes aan beseffen dat TEVEEL zitten, TEVEEL eten en TEVEEL roken slecht is voor hun hart. De gezondheidskunde zal in steeds sterkere mate kunnen gaan steunen op de zorgkunde, naarmate die meer en meer tot ontwikkeling komt.

Een meer specifieke reden om de basis-zelfzorg hier te bespreken is, dat het beroep van zorgverleners onmogelijk op goede wijze vervuld kan worden *als men zelf niet leeft volgens regels die men anderen aanraadt*. In de beroemde artsen-eed van Hippocrates werd dat al 2500 jaar geleden van de arts gevergd. In verscheidene opleidingsprogramma's wordt terecht verlangd dat zorgverleners hun persoonlijkheid ontwikkelen. Welnu, een goede basis-zelfzorg van hulpverleners is daarvan dan een hoogst belangrijk aspect! Diverse soorten beroepszorgverlenenden komen in honderdduizenden Nederlandse gezinnen. Het zou niet verstan-

dig zijn om hele verhalen over basiszelfzorg tegen de mensen af te steken, maar het is wel van groot belang wanneer zorgverleners er zelf naar handelen en het als vanzelfsprekend toepassen en er als de gelegenheid zich voordoet gewoon over spreken.

b. *Raakvlakzelfzorg*. Dit betreft de zelfzorg van mensen voor kleine stoornissen of symptomen zoals hoofdpijn, verkoudheid, kleine wondjes, nervositeit, wat rugklachten, etc. Allemaal dingen waarmee mensen meestal niet naar de dokter gaan, maar waaraan ze zelf iets doen: een paar dagen in bed, of een paar tabletjes van de drogist, een eenvoudig verbandje, etc. etc. We noemen het raakvlak-zelfzorg omdat ze zich afspeelt op de vage grens tussen ziek en gezond. Mensen met zulke lichte *voorbijgaande* symptomen zijn niet ziek, maar toch ook niet helemaal gezond. Onderzoek in allerlei landen over de hele wereld heeft aangetoond dat raakvlakzelfzorg wijd verbreid is. Van medische kant is er wel tegen gesputterd maar dat blijkt ten onrechte te zijn. Mensen nemen voor dit soort klachten meestal veel onschuldiger middeltjes in dan de dokter pleegt voor te schrijven. Raakvlakzelfzorg moet dus niet worden tegengegaan, maar veeleer moet méér betrouwbare informatie worden verschaft. De sterreclame is daarvoor bepaald onvoldoende. De belangrijkste informatie is, dat de mensen met hun klacht naar de dokter moeten gaan, als ze niet *van zeer beperkte duur blijkt te zijn* dus een kwestie van dagen tot hooguit enkele weken. In Nederland is op het gebied van raakvlakzelfzorg nog geen kort zakelijk, eenvoudig boekje beschikbaar dat echt bij de tijd is. De *huismiddeltjes* van oma zijn vaak op zich zo gek nog niet, maar de huidige geneeskunde en verpleegkunde zouden toch wel in staat zijn om een aantal adviezen te geven die het niveau van de raakvlakzelfzorg zouden kunnen verhogen.

Voor al bij bejaarden kan soms het gebruik van medicijnen toenemen tot schadelijke hoogte. Men neemt vitamine, een pilletje voor de rug, iets om op te slapen en vaak veel laxeremiddelen, maar heeft daarbij dan ook nog medicijnen van drie verschillende specialisten en de vroegere huisdokter jarenlang trouw doorgebruikt, soms zonder de geringste noodzaak. Als internist heb ik herhaaldelijk bejaarde patiënten van hun klachten kunnen bevrijden door *al* hun medicijnen stop te zetten. Verstandig toezien op iemands medicijngebruik door een zorgverlenende die daarmee in contact komt, kan een goede dienst betekenen.

c. *Complementaire medische zelfzorg*. Wanneer de arts aan de patiënt een advies heeft gegeven (dieet, leefregel, recepten), houdt professionele zorg op en begint er opnieuw zelfzorg, namelijk om als *aanvulling* en *voltooiing* van het behandelingsadvies, *zelf* dat nu uit te gaan voeren. Dat lijkt een vanzelfsprekende zaak maar uit heel wat onderzoek is gebleken dat deze 'complementaire medische zelfzorg' vaak heel onvoldoende wordt uitgeoefend. Daarvoor bestaat een hele reeks redenen:

- het advies was *onduidelijk* en de patiënt heeft er onvoldoende houvast aan. Bijvoorbeeld de dokter heeft gezegd: 'Je moet het wat kalmer aan doen'. Maar vertaalt dat maar eens voor je eigen leefsituatie als je een werkende vrouw met een gezin bent.
- Het advies is wel duidelijk gegeven maar *onvoldoende* tot de patiënt *doorgedrongen*. Dit is heel vaak het geval met wat ingewikkelder adviezen.
- De patiënt *voelt er niets voor* om het advies uit te voeren. Als het advies bijvoorbeeld luidt: 'U moet ophouden met roken, alcohol en alle voedzame eten', dan zullen de meeste patiënten denken: 'Makkelijk gezegd, maar zo'n streng advies zou de dokter zelf ook niet nakomen'.
- De patiënt *vergeet* het advies uit te voeren.

In al die gevallen is het de beroepszorgverlener die met onvoldoende zelfzorg in aanraking komt en hier heel nuttige hulp kan verlenen, door de patiënt bij deze complementaire zelfzorg te begeleiden of te stimuleren.

d. *Ziekijs-zelfzorg*. Dit is weer heel iets anders. Ze heeft niets te maken met de *ziekte* die de patiënt heeft maar met het feit dat hij *zijn gezondheid kwijt is*. *Ziekijs* stelt een mens voor een hele reeks nieuwe problemen, waar hij een uitweg uit moet vinden. Wie zal er voor hem zorgen? Is het ernstig? Zal hij beter worden? Hoe moet het met zijn werk, met zijn gezin, met 'de zaak'? Wat krijgt hij allemaal te lijden? Een operatie misschien? Kortom, bij ziekijs worden iemands levensproject, verwachtingen en plannen in onzekerheid gebracht. Men wordt soms geconfronteerd met de broosheid van het bestaan; bij een wat ernstiger ziekte komen gedachten over de eindigheid van het leven naar boven, etc. *Ziekijszelfzorg* is dus vooral gelegen op het gebied van de *psychische zelfzorg*. Men heeft meer informatie nodig over het ziekijs. Men zal de moeilijke maar noodzakelijke weg van aanpassing moeten gaan. Het woord aanpassing of adaptatie valt hier voor de eerste keer en we moeten

er even bij stilstaan. Aanpassing is het proces waarbij men zich tenslotte neerlegt bij een *onvermijdelijke* situatie die nu eenmaal niet te veranderen is. Men moet vervolgens er *het beste van zien te maken*, door de levensgewoonten te veranderen, het levensproject bij te stellen, nieuwe mogelijkheden te bekijken, etc. Dit alles behoort tot ziekzijnszelfzorg. De verplegende en verzorgende hulpverleners kunnen hierbij voor de patiënt een grote steun zijn. De artsen zijn dikwijls teveel bezig met diagnostiek en therapie om voldoende tijd en aandacht te geven aan de ziekzijnszelfzorg-opbouw.

e. *Handicap-zelfzorg*. Bij chronische ziekten of onherstelbare handicaps zijn de consequenties voor het verdere leven het grootst. Er is als het ware een stuk normaal bestaan *afgekapt*. Voor een mens die dat overkomt, betekent het een zware slag. Er is vaak een proces van jaren gemoeid met het verwerken van zulk een slag. Dat proces heeft een aantal kanten, die evenzovele opgaven betekenen voor de getroffen persoon.

a. Allereerst gaat chronische ziekte of handicap gepaard met *beperking* van iemands mogelijkheden. Men kan bijvoorbeeld niet meer zien, of lopen, of mag een aantal dingen niet meer zoals bepaald voedsel, teveel inspanning, etc. etc. Dat beperkt in meer of minder sterke mate datgene wat men *met zijn leven doen kan*; zijn plannen, vooruitzichten en mogelijkheden. Die moet men dus *herzien*.

b. De handicap treft niet alleen het individu, maar ook de naaste *omgeving*. Een man die door een ongeluk verlamd is geraakt, is ook voor zijn vrouw en kinderen plotseling een heel andere man geworden. Er zijn véél meer moeilijkheden. Er moet van alles veranderd worden.

c. In veel gevallen kan van medische of verpleegkundige zijde iets gedaan worden om de handicap op te vangen. Een kunstbeen, een elektronische rolstoel, braille leren lezen door een blinde, etc., etc. De gehandicapte mens staat dus voor een nieuw *leerproces*.

d. Naast al deze veranderingen zet zich ook een *psycho-sociaal proces* in gang. Men gaat door depressies. Men leeft hele perioden tussen hoop en vrees. Men moet zijn hele sociale relatiepatroon opnieuw gestalte geven.

Dit alles is ontzettend moeilijk voor de meeste mensen. Het is een proces dat vaak jaren in beslag neemt. Het spreekt vanzelf dat begeleiding door beroepsmensen die deze toestanden vaak bij de hand hebben gehad, erg belangrijk, ja meestal geheel onmisbaar is. Maar daarbij mag nimmer uit

het oog verloren worden dat het uiteindelijk de getroffene zelf is, die moet zorgen om er weer 'bovenop' te komen.

Als hij *zelf* niet uit alle macht wil *klimmen*, kunnen de begeleiders hem er niet op duwen of trekken. Daarbij mag bovendien niet vergeten worden dat er niet alleen sprake moet zijn van handicap-*zelfzorg*, die gestimuleerd en geholpen wordt, maar evenzeer van handicap-*mantelzorg*. De naaste omgeving van de gehandicapte moet volop steun en informatie krijgen om het grote veranderingsproces mee te kunnen maken. Een hoog percentage huwelijken waarin één van de partners een ernstige handicap krijgt op jongere leeftijd, gaat nu nog kapot omdat de gezonde partner niet in staat is om de geestelijke en lichamelijke druk die op de relatie is komen te rusten, zonder hulp blijvend te dragen. De handicapzelfzorg en -mantelzorg kunnen een nieuw evenwicht vinden, waarin alles weer opnieuw zijn plaats heeft gevonden binnen het kader van de overgebleven mogelijkheden. Dan is het gewenste niveau van *adaptatie*, van *aanpassing* bereikt. Gelukkig slagen de meeste mensen erin om die adaptatie te bereiken en daarmee hun welbevinden te herstellen en de kwaliteit van hun bestaan. Dat blijkt duidelijk uit tabel 1.

Tabel 1. Tevredenheid met gezondheid naar gezondheidstoestand 1974 en 1977

Tevredenheid met gezondheid	Buitenge- woon te- vreden %	Zeervreden %	Tevreden %	Tamelijk tevreden %	Niet zo tevreden %	Aantal onder- vraagden
Gezond	35	37	23	4	1	1771
Kortdurend ziek	21	40	28	9	2	702
Lijdend aan langdurige of frequent terugkerende aandoeningen	11	22	30	19	18	2164
Totaal in 1974	21	31	27	12	9	4637
Totaal in 1977	18	30	29	13	9	4159

De mening dat mensen die niet gezond zijn, ontevreden zouden zijn met hun gezondheid blijkt volgens tabel 1 onhoudbaar. De tevredenheid met de gezondheid onder de groep die lijdt aan langdurige of frequent terugkerende ziekten is opvallend groot. Bijna acht op tien patiënten zijn tevreden.

(Uit: De leefsituatie van de Nederlandse bevolking. Uitg. Staatsuitgeverij.)

Het hoofddoel van alle behandeling en zorg van beroepskrachten moet dus zijn om bij te dragen, ieder naar zijn eigen mogelijkheden, tot een *succesvolle aanpassing zowel van de getroffen persoon als van diens naaste omgeving*. Dan kan iemand met een ernstige ziekte of stoornis toch nog gelukkig leven in een staat van welbevinden.

Steeds meer is men tot de overtuiging gekomen dat *ziek-zijn* niet enkel is 'een *afwijking* van het normale' (Parson), maar vaak ook een onvoldoende *aanpassing* aan de gegeven lichamelijke en/of geestelijke beperkingen waarin men verkeert.

Verplegenden en verzorgenden moeten bij dit alles bedenken, dat de zelfstandigheid van de gehandicapte niet in tegenstelling hoeft te staan tot zijn hulpbehoevendheid. Die betreft immers meestal maar een of twee van de wel honderd functies die een mens lichamenlijk en geestelijk kan vervullen. ALLEEN voor die paar gestoorde functies bestaat er dan afhankelijkheid en dat hoeft helemaal niet als abnormaal ervaren te worden. In onze ingewikkelde maatschappij zijn wij immers allemaal wel ergens afhankelijk van, zoals van de toevoer van water, gas, elektriciteit, van openbaar vervoer etc. Door alle aandacht voortdurend op die handicap te blijven richten, krijgt die veel te grote nadruk. Let er dus op dat een gehandicapte grotendeels normaal kan functioneren en leg daar dan OOK eens nadruk op.

Het kan hem helpen om zijn zelfstandigheid t.o.v. andere mensen te bewaren en emotioneel zelfstandig te kunnen zijn.

In dit bovengeschetste *algemene zorgkader* speelt zich de veelheid van specifieke stukjes hulpverlening af: orthopedisch, algemeen medisch, verpleegkundig, sociale zorg, gezinszorg, etc. etc. Het is van het grootste belang dat er goede communicatie en samenwerking is tussen *al* die zorgverleners op basis van een *zorgplan*, dat samen met de patiënt en diens omgeving wordt opgesteld. Meer dan onder welke omstandigheid ook, is hier een goed begrip nodig van de algemene zorgkunde en van de bijdrage die elke beroepskracht vanuit zijn specifieke zorgkundige sector kan leveren. Deze vaststelling is ook in *kwantitatief* opzicht van groot belang. Er zijn in Nederland immers zoveel gehandicapten en mensen met een chronische ziekte. Van de patiënten die de huisartsen bezoeken, lijdt niet minder dan ongeveer een derde aan chronische ziekten of invaliditeit. Een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking leert, dat niet minder dan circa 46% klaagt over langdurige of vaak terugkerende aandoeningen.

Bovendien zal het aantal bejaarde Nederlanders rond het jaar 2000 toegenomen zijn tot ongeveer twee miljoen. Het ouder worden betekent in vergelijking tot de middelbare leeftijd tot op zekere hoogte eveneens het geleidelijk ondergaan van een aantal handicaps. Allerlei dingen die men vroeger heel goed kon, gaan immers moeilijker of helemaal niet meer. Wat over de handicap-zelfzorg is gezegd, geldt in bescheidener mate ook voor een aantal hoogbejaarden en dus voor de bejaardenzorg. In beide gevallen is het grote devies: niet *overname* van zelfzorg en mantelzorg maar *ondersteuning, revalidatie, versterking* en *herstel* van zelfzorg en mantelzorg in *aangepaste* vorm.

Deze omschrijving betekent een *gewijzigde doelstelling van de zorgverlening*.

Zij zal in de praktijk met eindeloos geduld en frisse vindingrijkheid geleidelijk steeds verder moeten worden ingevuld.

6. SAMENVATTING

Zelfzorg is de grondslag van alle zorgen. Dat blijkt al het geval te zijn in het planten- en dierenrijk. De mensen blijken het zelf ook graag te willen. Dat wordt vooral duidelijk als hun zelfzorg wordt beperkt. De mens is bovendien goed toegerust om helemaal voor zichzelf te zorgen als dat moet. Als iemand om welke reden dan ook zelf niet meer bereid is tot zelfzorg, is hij vaak ook heel moeilijk door anderen nog te helpen.

Het belang van zelfzorg is voor een mens heel groot. Zelfzorg is direct, nauwkeurig afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en het verlangde effect zonder tussenkomst van andere mensen. Ze geeft vaak voldoening en betekent een zinnig bezigzijn. Bovenal markeert zelfzorg de menselijke vrijheid. Bij de talrijke kleine keuzen van het dagelijks bestaan is zij de meest menselijke uitdrukking van die vrijheid, die het dier mist. Zelfzorg richt zich op een hele reeks van menselijke behoeften, waarvoor Maslow's schaal is gebruikt om ze duidelijk te maken.

Wat de gezondheidstoestand betreft, zijn er vijf soorten zelfzorg te onderscheiden: basis-zelfzorg voor het gezonde bestaan; raakvlakzelfzorg op de grens van ziek en gezond; complementaire medische zelfzorg; ziekijszelfzorg; en bovenal voor hulpverleners belangrijk, de handicap-zelfzorg, wanneer bepaalde lichamelijke functies geheel of gedeeltelijk definitief verloren zijn gegaan.

Ofschoon zelfzorg de basis is van alle zorgverlening wil dat niet zeggen dat zelfzorg altijd plezieriger is dan mantelzorg. Bijvoorbeeld: iemand heeft 's morgens na het wakker worden graag een kop koffie op bed.

Daar kan hij best zelf voor zorgen, maar wanneer een partner dat doet is het toch wel veel plezieriger.

Niet alleen hoeft je niet uit bed om zelf die koffie te gaan zetten, maar het doet je ook plezier dat een ander dat voor je over heeft. Veel van zulke kleine zorgjes voor elkaar (MITS wederzijds!) vormen het mantelzorgpatroon waarop saamhorigheid blijvend kan gedijen.

Wij moeten aan mantelzorg dus grote aandacht gaan besteden.

MANTELZORG

1. WAT IS MANTELZORG?

Mantelzorg definiëren we als: alle zorg die door een persoon gegeven en ontvangen wordt binnen het kader van de kleine sociale netwerken waartoe hij behoort, op basis van de bereidheid tot wederkerigheid.

Een voorbeeld: Je behoort tot een huishouden. Dat is een sociaal netwerk, want tussen de leden van dat huishouden bestaan allerlei banden, relaties. In dat huishouden neem je deel aan het zorgen van de anderen en die zorgen ook weer voor jou. Daarvoor betaal je elkaar niet. Er wordt veelal ook niet over onderhandeld in de zin van: 'Als jij dat doet voor mij, doe ik dit voor jou.' Er zijn wel afspraken maar men zorgt allen op basis van vanzelfsprekendheid. Zo hoort het. Het is gewoon. Het zou onbillijk zijn als zij wel voor mij zorgden en ik weigeren zou het ook voor hen te doen.

We noemen dit mantelzorg omdat ze als het ware als een mantel om de zelfzorg van de deelnemers heenligt, ze beveiligt, versterkt en aanvult. Mantelzorg is zo oud als de mensheid zelf. Mensen zijn sociale wezens. Al in de oertijd leefden ze samen in kleine groepen. De eenling bleek veel te kwetsbaar. Als jager is het onveilig en als landbouwer is het ondoenlijk om steeds te zorgen voor de basis-behoefte van het bestaan: voeding, kleding, woning, veiligheid en continuïteit. Dat kan alleen op de beste wijze in een groep bereikt worden. De genoten in zo'n groep doen de dingen samen. Ze trekken samen op en zorgen samen voor alles wat iedereen nodig heeft; de sterken en de zwakken, de kinderen en de ouden. Als zulk een sociaal netwerk goed in elkaar zit en soepel functioneert, is het natuurlijke milieu geschapen waarin een mens goed gedijen kan. Hij kan er goed in opgroeien tot volwassene. Hij kan er een zinnig bestaan in

opbouwen en er een veilige, nuttige, goed verzorgde oude dag in genieten. Zo vormen zelfzorg en mantelzorg tezamen het 'zorgweefsel' waarmee het dagelijkse leven functioneert.

Nu moeten we de definitie die in algemene termen is gesteld (en zo hoort het ook), invullen met al de bijzonderheden die eruit volgen of ermee samenhangen.

- De zorg is steeds primair gericht op de zorgbehoefte van *een ander mens* of andere mensen, of op het zorgen voor dingen, planten en dieren.
- De verstrekking van die zorg geschiedt op basis van de al of niet uitgesproken bereidheid bij de ontvanger om, indien nodig, *wederkerig* zorg te besteden aan een behoefte van de zorgverlener, hetzij nu, hetzij in de toekomst. De zorgverlening geschiedt dus niet, althans nimmer in de eerste plaats, voor geld.
- Mantelzorg is ook gebaseerd op kameraadschappelijkheid (Fokkens). Men accepteert elkaar. Er is een goede verstandhouding.
- Kenmerkend is dat de rollen van zorgverlener en zorgontvanger *verwisselbaar* zijn. Vaak is de wederzijdse zorg gelijktijdig.
- De zorgverleners en zorgontvangers *kennen elkaar* persoonlijk.
- De zorgrelatie is *niet de enige relatie* tussen de betrokkenen. Men kent elkaar niet alleen, maar heeft ook andere dingen met elkaar gemeen: men is familie van elkaar of huisgenoten, lijdt aan dezelfde ziekte of handicap, woont bij elkaar in de buurt of is met elkaar bevriend. Men beoefent een zelfde beroep of werkt in dezelfde werkplaats, men is geloofsgenoot en behoort tot dezelfde parochie of gemeente, of men is lid van dezelfde club. In al die omstandigheden is er echter slechts sprake van mantelzorg als er tussen zulke mensen een *wederzijdse* zorgrelatie bestaat.
- De keten tussen zorgverlener en zorgontvanger is de kortst mogelijke tussen twee mensen. De relatie is dus een *directe*, zonder tussenpersonen, zonder administratie of organisatie, zonder formele verwijzingen naar derden, zonder geografische afstanden van betekenis.
- De zorgrelatie is *niet volstrekt incidenteel*. Er bestaat een vaste relatie, of zulk een relatie ontstaat in de regel vanzelfsprekend wanneer de behoefte daartoe optreedt.
- Een *mantelzorggroep* bestaat uit tenminste twee personen. Haar grootste omvang is niet scherp te bepalen, maar duidelijk blijkt dat de sociale netwerken waarin mantelzorg zich pleegt te voltrekken, *klein* van omvang zijn. Wij schatten die gemiddelde omvang thans op circa vier

tot zes personen. Een uitloop tot wel twintig personen is niet onmogelijk maar wel ongewoon in de huidige maatschappij.

- Mantelzorg is emotioneel 'warm' van aard. De betrokkenen staan niet onverschillig tegenover dit zorgen. In de zorgmotieven ontbreekt nimmer de betrokkenheid en vaak is er in meerdere of mindere mate liefde in aanwezig, soms op volstrekt unieke wijze.
- Mantelzorg *respecteert de zelfstandigheid* van de ander zoveel mogelijk. Het overnemen van een gedeelte van diens zelfzorg geschiedt veelal op basis van stilzwijgende overeenstemming of op afspraak.
- Mantelzorg heeft een eigen soort *deskundigheid*, ontleend aan eeuwenlange waarneming, ervaring en uitproberen. Vaak wordt een hoge graad bereikt van bepaalde deskundigheden die in de cultuur liggen verankerd en voor een groot deel van ouders op kinderen worden overgedragen. Dit betreft veelal andere levensgebieden dan technologie of specifieke beroepsdeskundigheid, waarvoor diploma's bestaan. De deskundigheid van mantelzorg is er veeleer op toegespitst een 'nest' te kunnen scheppen en de ander een gevoel van veiligheid en gezelligheid te verschaffen. Een prettig of minstens zo leefbaar mogelijk klimaat, een gevoel van stabiliteit en het beter leren omgaan met blijdschap en verdriet vormen dikwijls het resultaat.

Wie zijn inzicht in mantelzorg wil verdiepen, moet eens trachten om in zijn eigen levenssfeer de bovengenoemde kenmerken terug te vinden. Men zal dan talloze voorbeelden vinden en ook talloze variaties.

Al is mantelzorg de rijke basis van de samenleving, toch kan ze zoals alle mensenwerk, grondig worden bedorven. De donkere zijde van de maan! De 'warmte' van een zorgrelatie kan oplopen tot broeierig; het elkaar kennen kan leiden tot verlies van privacy, bemoeizucht en geroddel; de plicht tot wederkerigheid kan loodzwaar wegen als opa een ondraaglijke lastpost begint te worden. We moeten mantelzorg dus niet idealiseren. Maar wel moet erkend worden dat ze een zo geweldig belangrijke en overwegende wijze van zorgverlenen is, dat wij er als beroeps-zorgverleners niet omheen kunnen en mogen!

De term mantelzorg, door mij in 1972 ingevoerd, heeft opgang gemaakt, tot dusver vooral in de gezondheidszorg. Die populariteit heeft het gevaar in zich dat ze klakkeloos gebruikt wordt voor allerlei andere zorgtypen, zoals zorg door vrijwilligers of sommige persoonlijke vormen van beroepszorg, of wanneer mensen gewoon eens aardig voor elkaar zijn. Let dus op de diverse elementen die in de definitie voorkomen, om allerlei

vaagheid te vermijden. Dit betekent niet dat er tussen verschillende, scherp te ONDER-scheiden zorgtypen, geen vloeiende overgangen kunnen bestaan.

Bijvoorbeeld: wanneer tussen een bejaardenhelpster en haar verzorgde steeds meer vriendschap ontstaat, zodat beiden, ook BUITEN de beroepsrelatie, steeds meer voor elkaar gaan betekenen en zorg over hebben, is beroepszorg hier geleidelijk overgegaan in mantelzorg nl. tussen twee vrienden.

Het verschil tussen mantelzorg en beroepszorg moeten we duidelijk in het oog houden.

Beroepszorg verhoudt zich tot mantelzorg op twee wezenlijk verschillende manieren.

a. Beroepszorg kan vaak hoogst specifieke, gespecialiseerde taken vervullen, waartoe mantelzorg niet in staat is. De dokter kan diagnoses stellen of operaties uitvoeren die van groot belang zijn voor iemands gezondheid of zelfs voortbestaan. Dat soort werk hoeft niet iedereen te kunnen. Het is een vak. Waar raakvlak-mantelzorg (huismiddeltjes, rust houden, licht voedsel etc.) onvoldoende heeft geholpen, is beroepszorg in aansluiting daarop noodzakelijk. Deze redenering geldt voor alle gespecialiseerde *vak-zorg*verlening die *bovenop* de gewone mantelzorg komt als die zoiets niet kan. Een moeder kan een pijnlijke rug wel wrijven, maar de fysiotherapeut heeft daar heel wat meer verstand van. In het huishouden kan men wel een wondje verbinden, maar een ernstige wond of het verwijderen van hechtingen laat men toch maar liever aan de wijkverpleegkundige over. Menig levensprobleem kan men met elkaar of zelf wel oplossen, maar als men er niet uitkomt is beroepszorg nodig: een psycholoog, een sociaal werker, een gedragstherapeut etc.

b. Heel anders is het gesteld met beroepszorg die nu juist geen specifieke inhoud heeft die van mantelzorg afwijkt. Dit is de zorg die nodig wordt onder heel andere omstandigheden dan de vorige, namelijk als de gewone mantelzorg tijdelijk of blijvend geheel of gedeeltelijk uitvalt. Beroepszorg komt dan dus *in de plaats* van wat gewoonlijk onder normale omstandigheden door mantelzorg wordt gedaan. De twee soorten noemen we in het vervolg: AANVULLENDE en VERVANGENDE beroepszorg.

Arts en verpleegkundige, psycholoog en therapeut leveren vooral aanvullende of supplerende beroepszorg. Voor hen is de mantelzorg van de patiënt of cliënt in mindere mate in het geding. Er moet alleen op gelet worden dat de *omstandigheden* die door de beroepszorg vereist worden

(zoals bijvoorbeeld ziekenhuisopname), niet leiden tot beschadiging van de mantelzorg (en zelfzorg).

Ziekenverzorgenden, bejaardenverzorgsters en bejaardenhelpsters beoefenen in sterke mate de vervangende beroepszorg. Voor hen is het van nog veel groter belang om hun werk uit te voeren met grondige kennis en invoelen van mantelzorg, want juist die moeten zij zo goed mogelijk vervangen en ondersteunen.

2. MANTELZORGNETWERKEN

'Het sociale netwerk' van een mens zou men kunnen omschrijven als: 'al de andere mensen die hij kent en die ook hem kennen'. Uit onderzoek in de VS blijkt dat er natuurlijk grote verschillen bestaan, maar als grootteorde komt men wel uit op enkele honderden. Laten wij dit de 'ken-netwerken' noemen: ze bestaan uit de mensen die wij *kennen*. Maar niet allen die wij kennen, behoren tot onze mantelzorgnetwerken. Niet alle 'genoten' zijn ook genoten in onze zorgnetwerken. Wij kunnen immers feestgenoten hebben op een carnaval, of studiegenoten bij een opleiding, of taakgenoten bij een werkstuk, zonder dat wij dan verder ook voor elkaar gaan zorgen in de zin van mantelzorg. *Incidentele* zorg is dan wel mogelijk. Als een feestganger te veel gedronken heeft, zullen enkele feestgenoten hem wel helpen om thuis en in bed te komen. Als zij geen verdere relaties hebben, bijvoorbeeld een familie- of vriendschapsrelatie, noemen wij deze zorg incidenteel. Het is geen mantelzorg, evenmin als het helpen van een oude dame bij een gevaarlijke oversteek over een kruispunt. Ook dat is incidentele zorg en geen mantelzorg, tenzij die oude dame bijvoorbeeld een buurvrouw is die ik dagelijks met oversteken help, terwijl zij van haar kant dikwijls op onze kinderen past. Onze mantelzorgnetwerken zijn dus veel kleiner dan onze ken-netwerken.

Zijn ken- en zorgnetwerken in hun diverse soorten echter wel altijd van elkaar te onderscheiden? Natuurlijk niet! Het gaat meestal om allerlei meng-gevallen, vaak met vloeiende overgangen. Al te vaak richt men zich op die grensgevallen waarover men eindeloos kan kibbelen, inplaats van eerst en vooral naar de *typische zuivere kern* van elk verschijnsel te kijken. Dit laatste is echter toch het meest vruchtbaar, want vanuit het kennen en begrijpen van de kern van diverse verschijnselen kunnen we pas de vele grensgebieden met hun eindeloze variaties enigermate duiden. Ook in

hetgeen nu volgt richten wij ons op de *kern* van de vraagstukken en laten het aan de lezer over om in de concrete en steeds weer wisselende feitelijkheid die kernen in telkens weer andere relaties terug te vinden. We zullen nu de voornaamste netwerken wat nader bespreken.

a. *Het samenwoningsnetwerk*

Oftewel het huishouden. Van een huishouden is sprake wanneer een aantal mensen niet alleen maar onder een dak wonen, maar ook voor allerlei dingen die voor het leven nodig zijn, samen zorgen.

Het huishouden is een 'zorgcomplex', gericht op de levensbehoeften en het welzijn van de huisgenoten (Westerkamp). Een huishouden bestond vroeger vooral op basis van het *gezin*: ouders en kinderen, aangevuld met een of meer familieleden. Tegenwoordig vindt men ook huishoudens op basis van vriendschap, of op economische gronden. (Men woont samen omdat het goedkoper en gemakkelijker is.)

Het gezin is van oudsher het belangrijkste en meest stabiele mantelzorg-netwerk. De relaties kinderen-moeder-vader worden beschouwd als het meest vormende relatie-systeem dat er bestaat.

Ook familiebanden plegen een heel leven mee te gaan, of ze nu geregeld functioneren in de vorm van feitelijke contacten of onderlinge zorg, doet er niet eens zoveel toe. Eeuwenlang zijn gezin en familie de zorgsystemen bij uitstek geweest. Het drie-generatie-gezin is vaak heel belangrijk geweest, al wordt de betekenis ervan soms overschat. De rol van gezin en familie is echter meer omvattend dan alleen het zorgsysteem, in materiële zin. Kinderen vinden er een reeks gedragsvoorbeelden bij de ouderen; het gezin stelt normen en controleert die; het draagt bij tot de vorming van de identiteit van zijn leden; het geeft emotionele ondersteuning en vorming in het omgaan met vreugde en verdriet; het is de eerst aangewezen plaats voor ontspanning en herstel; het is een centrum van informatie.

Om tal van redenen is die enorme betekenis van het gezin in onze eeuw gaan afnemen.

Allereerst werden de gezinnen in het algemeen veel kleiner. Ze zijn ook minder stabiel geworden door een veranderde huwelijksmoraal en seksualiteit; de vrouw werd in mindere mate de spil van het gezin want ze werd 'werkende vrouw' (belachelijke term! Alsof een huisvrouw niet werkt!); door toegenomen migratie werden de familierelaties vaak sterk verdund. Bij klein kindertal en sterk toegenomen gemiddelde levensduur is het jongste kind thans rond de 40 jaar als de ouders diep in de zeventig zijn en

heeft dan al een eigen leven opgebouwd.

Er zijn dus mensen die zeggen: Schei uit met die mantelzorg! Dat kan helemaal niet meer; dat is ouderwetse romantiek! In Nederland zijn meer dan een miljoen mensen alleenwonend.

Dat oordeel is echter wel wat te haastig en te eenzijdig. Het merendeel van de Nederlanders leeft nog altijd in gezinsverband. Haast alle kinderen leven in gezinsverband, of het nu klein is, of verminkt, maar meestal toch in complete gezinnen. Bovendien zijn er ook positieve krachten aan het werk die mantelzorg in gezinnen kan bevorderen, zoals een veranderend rolgedrag van de man en de toenemende arbeidstijdverkortung.

De afwijzing van mantelzorg door critici betreft dan ook vooral de mogelijkheden voor bejaarden en gehandicapten.

Verderop in dit hoofdstuk zullen we zien dat ook dit niet houdbaar is.

Rondom het huishouden zien we andere, losmaziger netwerken. De relaties zijn daar minder nauw en veelvuldig. De zorg voor elkaar komt daarin vooral op gang wanneer het huishouden het niet aankan of er zich bijzondere omstandigheden voordoen.

Deze netwerken betreffen respectievelijk familieleden, mits ze niet te ver weg wonen; de buurtgenoten en tenslotte ook de vrienden.

In de zeventiger jaren is er nog een belangrijk netwerk bijgekomen, namelijk dat van de *lotgenoten*: mensen met eenzelfde, meestal chronische ziekte, een handicap of een levensprobleem zoals vetzucht of alcoholisme. Onder de naam van zelfhulpgroepen komen we ze nu steeds vaker tegen. Lotgenoten kunnen op een bijzondere wijze steun bij elkaar vinden. Ze delen eenzelfde lot en hebben vergelijkbare ervaringen en problemen waarmee ze elkaar vaak heel goed kunnen helpen. Het oude spreekwoord: 'Gedeelde smart is halve smart' is hier bovendien van toepassing. Men ervaart dat men niet alleen staat met zijn kwaal of probleem.

Daar komt nog bij dat de leden van zo'n zelfhulpgroep elkaar vaak belangrijke ervaringen kunnen meedelen inzake het omgaan met hun ziekte onder allerlei omstandigheden, de aanpassing aan hun behoeften, etcetera. De drempel om tot zo'n groep toe te treden is laag. Er is geen hiërarchie: men kan gemakkelijk met elkaar praten doordat men elkaar als gelijken ontmoet.

Bovendien blijkt de onderlinge hulprelatie vaak van dubbele aard.

Ik blijk mijzelf het beste te helpen door een ander te helpen die met hetzelfde probleem worstelt. Door Riessman is dat het 'helperprincipe'

genoemd. Het zwaartepunt ligt dus op het *wederzijdse* van de hulpverlening en niet alleen op *zelf* geholpen willen worden. In dit opzicht is de klakkeloze Nederlandse vertaling van de naam selfhelp-group tot 'zelfhulpgroep' niet zo gelukkig.

Professionele zorgverleners moeten zich niet ongevraagd met zelfhulpgroepen bemoeien, want ze *horen* er niet bij, tenzij ze zelf lotgenoten zijn. Heel wat anders is het, om mensen op het bestaan van zelfhulpgroepen attent te maken. Dat kan ze helpen om een groep waarin ze thuishoren, te vinden. Zoiets is een goede vorm van samenwerking tussen beroepszorg en mantelzorg.

Nu we de verschillende soorten netwerken hebben bekeken, is het nuttig om eens een concreet netwerk van een bepaalde persoon in kaart te brengen en te bekijken. Dat is vrij gemakkelijk want men vraagt wie voor de desbetreffende persoon gewoonlijk zorgen en wie hij zelf zorg geeft. En daarna: wie voor hem zouden zorgen als de nood aan de man kwam, en voor wie hij dat zelf zou doen.

Figuur 3 toont het netwerk van een gezonde man van 43 jaar.

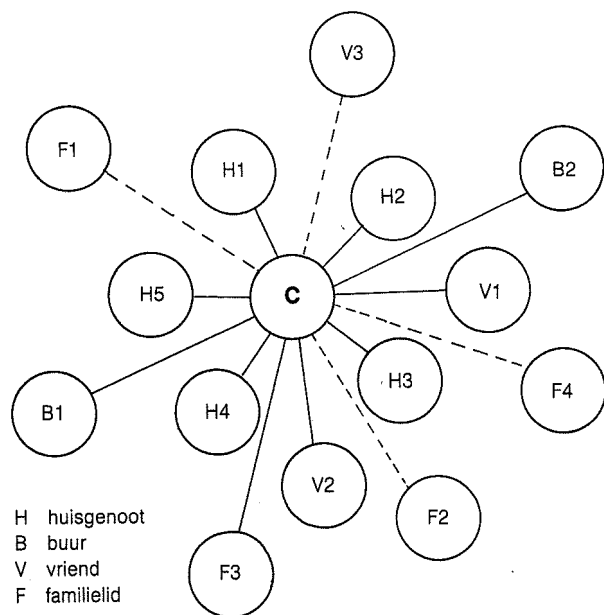


Fig. 3. Mantelzorgnetwerk van een 43-jarige man. Hij is de vader in een gezin van 6 personen (echtgenote en 4 kinderen). Twee vrienden V1 en V2 komen regelmatig op bezoek. Hetzelfde geldt voor een broer F3. Met drie andere familieleden, F1, F2 en F4 bestaan hartelijke maar

lossere relaties omdat zij in andere plaatsen wonen. Er is voorts een goed wederzijds zorgcontact met twee buurgezinnen, B1 en B2. Het is duidelijk dat we te doen hebben met een gezond, goed ontwikkeld zorgnetwerk. Ook als een of meer personen zouden uitvallen, zal geen beroep op professionele steun nodig zijn. Heel anders ziet het zorgnetwerk van de bejaarde vrouw eruit (fig. 4).

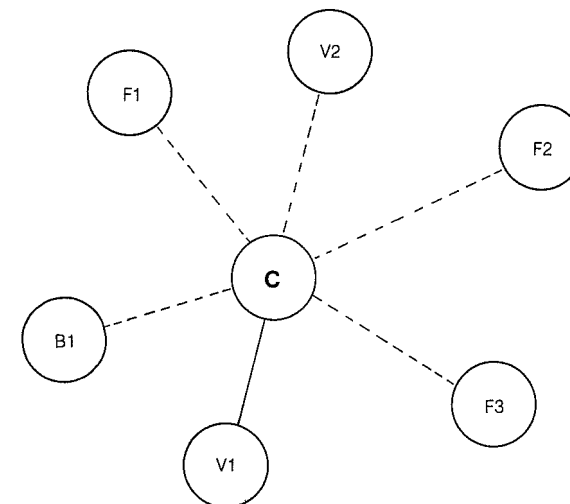


Fig. 4. Mantelzorgnetwerk van een 76-jarige vrouw.

Figuur 4 het netwerk van een 76-jarige licht hulpbehoevende vrouw.

De vrouw (centrale persoon om wiens netwerk het gaat, aangegeven met een C) woont alleen. Er zijn dus geen huisgenoten. Haar man is overleden. Drie kinderen geven nu en dan wat mantelzorg. Een woont in dezelfde stad maar heeft een baan en zelf een gezin dus kan niet veel doen. De beide anderen wonen elders en komen nu en dan eens, bijvoorbeeld voor een flinke schoonmaakbeurt. De zorgrelaties zijn gestippeld. Dat betekent: mager of incidenteel. Eigenlijk is er maar een vaste relatie, namelijk met haar vriendin, V1. Die komt haast elke dag wel langs en doet haar boodschappen en wat in het huishouden. Met de burens is er weinig contact behalve met de bovenbuurvrouw, die wel eens wat helpt met een boodschap of met eens een keer koken. We hebben hier een mager en kwetsbaar zorgnetwerk. Als haar vriendin zou uitvallen, kan ze het nog wel een paar maanden volhouden met meer hulp van de anderen, maar dan zal het vermoedelijk instorten en wordt opname in een verzorgingshuis gevraagd.

3. DE GROTE BETEKENIS VAN MANTELZORG

In het vorige hoofdstuk hebben we zelfzorg de basis genoemd van alle zorgverlening. Is mantelzorg dan minder belangrijk en komt ze op de tweede plaats? De vraag of zelfzorg nu belangrijker is dan mantelzorg is geen goede vraag. Het gaat niet om OF/OF, maar om EN/EN. Zelfzorg en mantelzorg vormen een paar, een koppel. Ze vullen elkaar aan en versterken elkaar. Ze passen bij elkaar als een sleutel en een slot. Ze vormen samen het normale menselijke zorgweefsel, waarin de zelfzorg de schering is en de mantelzorg de inslag.

De grote waarde van mantelzorg gaan we nu nader uitwerken.

– *mantelzorg stabiliseert*. Wanneer zelfzorg tekort dreigt te schieten, zal mantelzorg vaak bijspringen met goede raad.

Een vrouw zegt tot haar man: 'Jan, steek nou niet op! Je hebt nu al vijf weken volgehouden met niet te roken. Morgen heb je er spijt van!'

– *mantelzorg vult aan*. Dat aanvullen is verschillend voor de drie voornaamste levensfasen van een mens. Bij het kleine kind is zelfzorg nog in ontwikkeling en is er veel mantelzorg nodig. De volwassene heeft mantelzorg meestal niet voortdurend nodig, maar vindt het haast altijd erg prettig. Voor de volwassene betekent mantelzorg werkverdeling van het zorgen. De een zorgt voor dit en de ander voor dat en samen hebben ze het daardoor minder druk. Die verdeling van zorgverlening gaat meestal op een soort van stilzwijgende afspraak. De bejaarde tenslotte, vertoont vaak een geleidelijk toenemend verlies van sommige functies. De zelfzorg vermindert en vereist aanvulling door wat meer mantelzorg. Die aanvulling heeft geen vast patroon want de uitval van functies is voor elke bejaarde weer anders. Goede mantelzorg speelt gevoelig in op precies datgene wat teloor is gegaan. Men kent elkaar immers van heel nabij. Ze laat dan dus onverlet, al datgene wat de bejaarde nog wel zelf goed kan doen.

– *mantelzorg beveiligt*. Mensen waarschuwen elkaar voor gevaren. Men ruimt gevaren uit de weg of voorkomt ze. De huishoud-ammonia staat achter slot en grendel. Men vangt elkaar op in kritieke levensmomenten: bij een ziekte, een depressie, bij zware tegenslag, bij emigratie. Zo komt men zonder schade de slag te boven.

– *mantelzorg vergroot je kansen*. Dat geldt in allerlei opzicht. Vanaf de ouders die Jantje met zijn huiswerk helpen, tot samen een zwaar voorwerp tillen en versjouwen. Uitwisselen van soms heel belangrijke informatie hoort hier ook bij: 'Goed dat je me dat verteld hebt, zeg! Dat spaart me een hoop ellende' etc.

– *mantelzorg vormt een zinnige vulling van je tijd*. Het bezig zijn met een vast zorgpatroon geeft structuur aan je dag. Mensen ervaren dat zorgen wel eens als een last, maar ook vaak als een vanzelfsprekendheid en als werk dat voldoening scheidt. De dag vliegt voorbij als je het druk hebt. Mensen die nergens voor te zorgen hebben, gaan zichzelf vervelen en al gauw ook anderen in hun omgeving. Dat kan je heel goed waarnemen in instellingen waar de mensen niets meer te doen hebben omdat alles voor ze wordt gedaan.

– *mantelzorg scheidt het 'samenlevings-klimaat'*. De kwaliteit van het bestaan is nauw verbonden met de kwaliteit van samenleven.

Het huishouden moet dan echt het 'nest' zijn waar de oude en jonge 'vogels' telkens graag terugkeren. Er moet de warmte aanwezig zijn van een echt naar elkaar toegewend zijn, verbondenheid die ook de bezorgdheid voor elkaar voortbrengt, waardoor geen zorg voor elkaar teveel is. Een ideaal beeld? Helaas tegenwoordig in toenemende mate. Maar kan het beeld door mensen *gemaakt* worden?

Jazeker, als de leden van een huishouden dat allen echt willen.

– *mantelzorg is 'de handen en voeten' van de liefde*. Als een paar van elkaar houdt wordt er gekust en gevreeën. Maar dat heeft telkens weer zijn grens. Dan begint ook telkens weer het zorgen voor elkaar. In de eerste tijd is die neiging tot zorgen voor elkaar vaak overmatig groot. Men wil elkaar verwennen. Maar geleidelijk zal zich een evenwichtig mantelzorgpatroon ontwikkelen wat als het ware de voortdurende uiting en bezegeling is van de liefde die men elkaar toedraagt.

– *mantelzorg draagt het stempel van de ANDER*

Veel mensen komen nooit zover, dat ze 'DE ANDER' wezenlijk (in zijn *mens* zijn zoals *jezelf*) niet langer over het hoofd zien. De ANDER is niet een ander *ding*, waarmee ik omga in bezit, arbeid of genot. In onze westerse maatschappij is alles steeds meer om het ik gaan draaien. Het

enige wat veel mensen het allerbelangrijkst vinden is hoe het met *henzelf* gaat.

Dat wil zeggen dat in onze individualistische cultuur 'de ander' *in wezen* niet telt!!

De cultuur-crisis waarin wij leven, heeft *dit* als diepste grond.

De herontdekking van de ANDER is volop aan de gang. De wijsbegeerte onthult de koers van de verandering (Martin Buber, Emmanuel Levinas).

De maatschappij wordt 'communitaristisch'.

De gemeenschap, de groep gaat meer tellen dan het individu.

De ander wordt eindelijk ontdekt. In het gelaat van de ander, in zijn ogen, spiegelt zich mijn ik. Die ander *ben* ik. Is dit allemaal erg moeilijk te begrijpen? Ik kan er niets aan doen. Maar gelukkig is er de mantelzorg, de leerschool om de ander te herkennen, niet enkel als medemens maar veel dieper nog, als jezelf. Het is de *nabijheid* van mensen in een mantelzorg-netwerk dat telt.

Mantelzorg is dus niet alleen belangrijk omwille van zijn *nut*.

Het zorgen voor elkaar reikt tot de diepste wortels van het menselijk bestaan.

4. MANTELZORG ONDER DRUK

Er zijn moeilijkheden

Mantelzorg in een evenwichtig huishouden met al wat grotere kinderen kan zich bij goede taakverdeling zonder veel moeite voltrekken. Maar er zijn levensperiodes waarin mantelzorg moeilijker wordt en zich soms ontwikkelt tot een loodzware last voor de voornaamste mantelzorger. We spreken dan van 'mantelzorg onder druk'.

Juist in zulke omstandigheden wordt vaak de steun van beroepszorg ingeroepen (gezinszorg, wijkverpleging, bejaardenhulp, etc). In het kader van dit boek moeten we dus aan mantelzorg onder druk extra aandacht besteden. Hoe kun je anders, in vredesnaam, goede en aangepaste hulp verlenen als je te weinig van mantelzorg weet en er niet op de beste manier mee kan samenwerken?

De meest voorkomende situaties waarbij mantelzorg onder druk kan komen te staan, zijn de volgende:

- grootbrengen van kinderen, vooral als het er meerdere zijn en ze nog klein zijn.
 - ziekte van de voornaamste mantelzorger: moeder, vader of ouder kind.
 - langdurige ernstige of blijvende handicap van een van de leden van een huishouden.
 - zorg voor een hoger bejaarde met aanzienlijk functieverlies.
- Omdat tegenwoordig in tal van opzichten het belangrijkste werkveld wordt gevormd door langdurig gehandicapten en hoogbejaarden, zullen wij met name deze twee groepen nader bespreken.

Bejaarden in een netwerk

Vaak komt een bejaarde 'ten laste' van een mantelzorgnetwerk, hetzij door inwoning in een gezin, hetzij (veel vaker) door het in de buurt wonen van het gezin van een van de volwassen kinderen. Maar wat is een 'bejaarde'? Volgens de wet is een Nederlander boven de leeftijd van 65 jaar bejaard. Maar dat wil volstrekt niet zeggen dat leeftijd een maatstaf zou zijn voor validiteit!

Bij oudere mensen kunnen zich drie ontwikkelingsprocessen voordoen, die in Engeland ieder een eigen naam hebben, waardoor er meer duidelijkheid ontstaat*.

Wij hebben voor die termen Nederlandse woorden gezocht.

1. Het 'bejaren'. Dat is alleen maar het toenemen van de kalenderleeftijd. Wij bejaren, jong en oud, allemaal precies even vlug. Alleen bij 65 plussers zijn we alsmaar de nadruk gaan leggen op die jaren. Daar moeten we als hulpverleners mee ophouden, want je kunt er niets mee doen. Er zijn heel wat jongeren die niet meer zelfredzaam zijn en heel wat hoogbejaarden van 80 en zelfs 90 jaar, die dat nog heel goed zijn.

2. Het 'balanceren'. Als bij iemand een of meer functies achteruit gaan moet hij daar oplossingen voor zien te vinden, om zijn evenwichtige zelfredzame bestaan desondanks te kunnen voortzetten. Hij moet zorgen voor het in evenwicht blijven, voor zijn 'balans'.

Dat balanceren kan op tal van wijzen gebeuren, waarvan we hier een klein overzicht geven:

- Door technische middelen. Daar hoort ook een kunstgebit of een bril toe! Maar ook een gehoorapparaat, wandelstok, wagentje etc etc.

* *aging-geronting-senilizing.*

- Door verhuizing. Naar kleiner en makkelijker woning; geen trappen; dicht bij winkels; dicht bij (een van) je kinderen, etc.
- Door training, fysiotherapie, ergotherapie, wandelclub, zelfhulpgroep etc etc.
- Door meer mantelzorg. Kijk, kijk! daar komt, als slechts een van de middelen, ook mantelzorg om de hoek. Die is inderdaad maar een kant van de hele zaak! Uit ons onderzoek bleek dat de hoeveelheid mantelzorg die noodzakelijk is, meestal relatief klein is en de zorgverleners niet noemenswaard belast.
- Door wat beroepshulp. Een beetje gezinszorg, bejaardenhulp etc. maar dan OP MAAT. Alleen voor functies die echt niet op andere wijze weer in balans gebracht kunnen worden. Het blijkt in de praktijk dan meestal te gaan om hulp bij het schoonhouden van de woning (en eventueel het tuintje), het doen van een wasje en boodschappen, vooral bij slecht weer.

Dat balanceren rond het zelfstandig en grotendeels zelfredzaam voortbestaan kan vele jaren goed gaan, afhankelijk van de levenslust en wilskracht van de betrokken persoon zelf en van de gunst der omstandigheden, zoals prettig wonen, kinderen in de buurt hebben en een niet al te krappe beurs.

Veel van deze mensen kwamen in het verleden in een verzorgingshuis terecht, vaak uit 'voorzorg'. Die tijd gaat nu gelukkig voorbij.

3. De derde ontwikkelingsfase is het 'seniliseren', het seniel worden, de lichamelijke en/of geestelijke aftakeling. Soms begint die fase al voor het 65ste levensjaar, maar het vaakst vind je ze toch bij hoogbejaarden. De mantelzorg die deze mensen behoeven is veel omvattender en vormt voor de mantelzorger een zeer zware taak. Opvallend is het dat de mantelzorg meestal door slechts een persoon wordt gedragen. We komen nu terecht op een zorgniveau dat we ook aantreffen bij zwaar gehandicapten.

Gehandicapten

Tal van gehandicapten weten zich op te werken tot het niveau van het balanceren. Maar zwaar gehandicapten die voor een verpleeghuisopname in aanmerking zouden kunnen komen, zijn in de huidige maatschappelijke situatie alleen nog thuis te houden met bijzonder veel mantelzorg. Die vraagt dringend om versterking en verlichting! Anders plegen wij roofovername van de mantelzorg en dreigt de kwaliteit van de

verzorging af te nemen. In het algemeen neemt de laatste jaren de draaglast van mantelzorgers toe omdat meer gehandicapten, chronisch zieken en hoogbejaarden in leven blijven. De draagkracht neemt bovendien af omdat er veel minder nageslacht dan vroeger per zorgvrager beschikbaar is.

Wij hebben veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om mantelzorg te versterken en te ondersteunen.

Allereerst moet de 'balanceer-periode' zoveel mogelijk verlengd worden, waarvoor wij al heel wat mogelijkheden hebben opgesomd. Verder betekent arbeidstijdverkorting voor de mantelzorger verlenging van zijn beschikbare tijd. Wellicht nog belangrijker wordt de vervroegde uittrekking uit het beroepsleven. Daarmee neemt het leger van valide bejaarden aanzienlijk toe. Juist zij vormen een geweldig reservoir van mogelijke zorgverlening van de seniliserenden. Zoons van 57 jaar die voor ouders van 82 jaar zorgen. Dat vergt wel rolverandering, vooral van de mannen. De mannenrol, waarin zorgen niet past en de bejaardenrol van 'op je lauweren rusten', zijn beide ondeugdelijk en ouderwets aan het worden.

Uit eigen onderzoek blijkt verder dat mantelzorg niet wordt gegeven door 'de kinderen', maar slechts door het meest gereede kind, eigen of aange-trouwd, dat het dichtst in de buurt woont. Het blijkt er niet zoveel toe te doen hoeveel kinderen een bejaarde heeft, maar meer of er een dicht in de buurt zit.

Tenslotte is er de verlichting van de mantelzorg door de toenemende beroepszorgverlening in de eerste lijn, waarvan zeer velen inderdaad ook al gebruik kunnen maken om het hoofd boven water te houden. Het gaat dan vaak niet eens om hele of halve dagen beroepszorg maar veeleer om enkele uren ondersteuning. Ook het weten dat men er als mantelzorger niet helemaal alleen voorstaat is van belang.

Wat de migratie van de familie betreft, is het verschijnsel van 'intimiteit op afstand' een belangrijke nieuwe ontwikkeling. Men telefoneert tegenwoordig veel makkelijker en er staat een auto voor de deur.

Daardoor blijft, ondanks de afstanden, het familienetwerk vaak beter intact dan men theoretisch zou verwachten.

Men blijft dan aan elkaar veel psychische steun en aandacht schenken. Het grootste deel van de mantelzorg onder druk, wordt in Nederland geleverd door de eigen en aange-trouwde kinderen van de zorgvragers. Ook in België blijkt uit onderzoek dat circa 80 % van de gevallen een kind als eerste of tweede zorgverlener hebben. Volgens onderzoek van Vieder-

man laat ook in de Verenigde Staten de familie het niet afweten. Critici van mantelzorg (Braam c.s.; Kronjee, e.a.) zouden er goed aan doen om de mantelzorgvraagstukken diepgaander en van meerdere kanten te bestuderen. Er 'niets voor voelen' en dat dan rationaliseren bewijst aan de zorgvernieuwing slechte diensten.

Wat wij in dit hoofdstuk beschreven hebben over mantelzorg onder druk, vormt de basis voor de zorgvernieuwing in de beroepszorg, die wij in de beide laatste hoofdstukken van dit boek beschrijven. Maar eerst moeten wij nog twee belangrijke aspecten van het zorgen behandelen: het werken met zorgfuncties, en de dubbellaagtheorie van het zorgen.

5. SAMENVATTING

Mantelzorg is de tweelingbroer van zelfzorg. Beide zijn in wezen onvervangbaar en horen nauw bij elkaar. De definitie van mantelzorg geeft de begrenzing van het begrip. Die wordt verder ingevuld zodat een duidelijker beeld kan ontstaan, hoe mantelzorg eruit ziet en werkt.

Beroepszorg kan twee heel verschillende relaties met mantelzorg hebben. Deels is er beroepszorg die *bovenop* de mantelzorg komt omdat ze dingen doet die de mantelzorg niet kan. Bijvoorbeeld een operatie uitvoeren. Deze soorten hoog gespecialiseerde beroepszorg hebben met mantelzorg minder rechtstreeks te maken dan de beroepsgroepen die gericht zijn op *vervanging* van mantelzorg omdat die teloor is gegaan, of te sterk afgenomen. Voor het zorgbeleid is dit onderscheid heel belangrijk.

Mantelzorg speelt zich af in kleine sociale netwerken. De verschillende soorten daarvan worden kort besproken en enkele voorbeelden van concrete netwerksituaties worden gegeven. Het is een goede oefening om je eigen mantelzorgnetwerk op dezelfde wijze eens op papier te zetten en te vergelijken met dat van anderen.

De grote betekenis van mantelzorg wordt in het licht gesteld door er de vele positieve facetten van te laten zien. In de eerste plaats is mantelzorg een algemeen verschijnsel in het gewone, gezonde bestaan van vrijwel alle mensen. Maar als hulpverlener kom je er vooral mee in contact, als door moeilijkheden, bijv. met de gezondheid, die gewone mantelzorg *onder druk* komt te staan. Dan heeft ze vaak een heel zware taak en heeft ze

beroepssteun hard nodig. Voor de bijzonder grote groep van bejaarden is dat nader uitgewerkt. Hun splitsing in 3 groepen is daarbij van het grootste belang. We spreken over bejaarden, balancerenden en seniliserenden.

DE ZORGFUNCTIES

1. HET ZORGFUNCTIEMODEL

Zorgen is altijd een *bezig* zijn. Om dat zo nauwkeurig mogelijk te kunnen bekijken moeten we dat bezig zijn ontleden in zijn diverse onderdelen of elementen. Het is eigenlijk te vergelijken met het ontleden van zinnen in de taalkunde op school. Als je niet leerde om zinnen goed te *ontleden*, dan kon je ook niet veel terecht brengen van *zinsopbouw*. Als je het zorgend bezig zijn niet duidelijk kunt ontleden, kun je ook veel moeilijker je eigen zorgende werk kritisch bekijken en het telkens weer opnieuw gestalte geven in iedere individuele zorgsituatie.

Zorgen is altijd een bezig zijn om van een minder wenselijke toestand te komen tot een meer wenselijke toestand.

Elk soort ongewenste toestand vraagt om een eigen soort zorg om die te verbeteren.

Als je vuil bent moet je je wassen en als je honger hebt moet je eten.

Elk 'soort' van zorgen noemen we een *zorgfunctie*.

Ze is uit vier elementen opgebouwd:

1. De *nood*, de behoefte, de zorgvraag.
2. Het *effect*, het te verwachten resultaat van te verlenen zorg, gericht op het lenigen van de nood.
3. Het *zorgproces* om van 1 naar 2 te komen.
4. De *zorgstappen* waarin dat proces verdeeld kan worden.

Het is gemakkelijk voor de invul-oefeningen die we moeten doen, om de vier elementen in een model weer te geven, een soort 'zorgbrug' van behoefte naar effect.

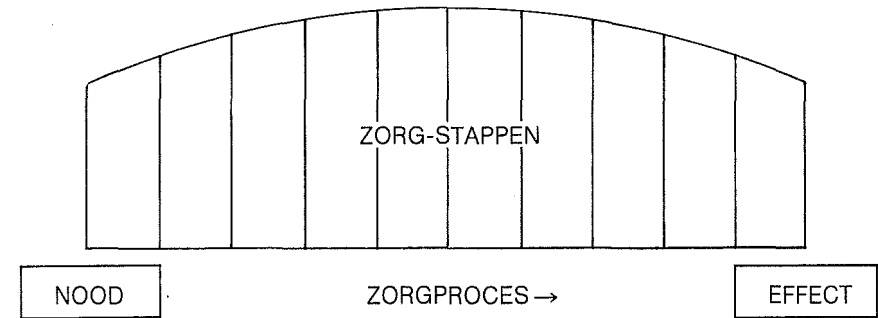


Fig. 5. Zorgfunctie-model

Door het model in allerlei concrete situaties toe te passen, krijgen wij beter zicht op wat we precies aan het doen zijn. Als instrument voor analyse, bij discussies en evaluaties, zal het grote diensten kunnen bewijzen, vooral bij de lichamelijke zorgfuncties.

Zorgfuncties doen zich voor, zowel bij gezondheid als bij ziekte of invaliditeit. Steeds moet de vraag worden beantwoord: wat is precies de *nood*, de behoefte. Vervolgens moet beantwoord worden: wat is precies het te verwachten *effect* van het eventueel te beginnen zorgproces. En tenslotte moet worden nagegaan hoe het *zorgproces* moet verlopen. Daarbij bleek een van de voornaamste vragen te zijn: welke *zorgstappen* kunnen nog door zelfzorg of mantelzorg worden gemaakt. Hoeveel zelfzorg en mantelzorg kunnen met wat hulp en oefening *ge-reactiveerd* worden. Welke zorgstappen moeten tenslotte, *noodgedwongen*, door professionele krachten worden overgenomen.

Dit stuk theorievorming over het zorgen, vraagt om nadere toelichting door het uitwerken van een voorbeeld.

We kiezen daarvoor een zorgfunctie uit het dagelijkse leven: de *voedingsfunctie*. Die bestaat dus uit de triade honger - zorgen voor voeding - verzadiging. Wanneer we het zorgproces stapsgewijs analyseren, kunnen we het splitsen in tien makkelijk voor iedereen te herkennen 'zorgstappen'. Zij zijn weergegeven in het brugmodel (fig. 6) en wij bespreken het zorgproces nu stap voor stap.

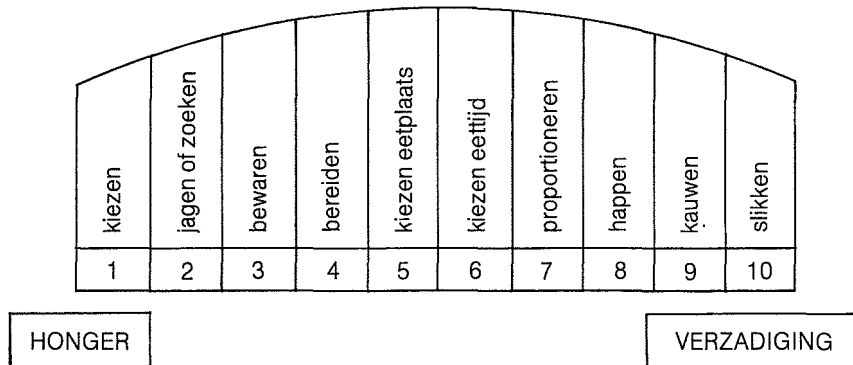


Fig. 6. Voedingszorgfunctie

1. *Kiezen*. Een leeuw kiest een hert, een varken kiest eikels, een mens is een alleseter en zijn keuze-ruimte is dus bijzonder groot. Hij kan goed of slecht kiezen, zowel wat soorten voedsel als wat hoeveelheden betreft.
2. *Jagen of zoeken*. Het hert wordt door de leeuw gejaagd, de eikels moeten gezocht worden. *Nadat* de mens weet wat hij *wil* kiezen, gaat hij erop uit om te zien of hij het krijgen kan. Anders herziet hij zijn keuze.
3. *Bewaren van voedsel* is een tussenstap die de snelheid van een toekomstige behoeftebevrediging ten goede komt. Het zorgen gaat hier vooraf aan de nood, omdat de zekerheid bestaat dat de nood zich telkens opnieuw herhaalt.
4. *Het bereiden* van het voedsel. Hier wijs ik op twee aspecten, die zich ook in meerdere of mindere mate bij alle voorafgaande fasen voordeden: het technische aspect (eerst is het voedsel rauw en nu is het gaar en eetbaar) maar daarnaast ook het satisfactieaspect: men *doet* iets nuttigs en zinnigs. Het gelukt. Men verheugt zich, heeft 'voorpret'. Voordat de nood gelenigd is (de honger bestaat nog steeds) is het bezig-zijn met de leniging een genoegen op zich.
5. *Keuze van de eetplaats*. Een onbedreigde diersoort eet in het vrije veld. Bedreigde dieren slepen het voedsel vlug naar hun hol. Een mens kan uit een krant eten aan de aanrecht, hij kan in zijn eetkeuken eten, de eetkamer, het restaurant, heel romantisch buiten, of van een dienblad in zijn bed.

6. *Keuze van de eettijd*. De ene eet graag 's middags een warme maaltijd, de ander 's avonds. De een eet liever vroeg, de ander liever later op de avond, etc.
7. *Proportionering van het voedsel*. Men schept zich op en kiest daarbij in veel sterkere mate dan menigeen zich wel bewust is. 100 gram aardappelen kan betekenen: één flinke grote, een stel kleintjes, of een paar lepels kruim. Ieder mens blijkt ook daar al kleine voorkeuren te hebben, nog afgezien van het precies bepalen van de diverse hoeveelheden waarin men trek heeft. Let u er eens op hoe nauwkeurig dat vaak gebeurt.
- 8, 9, 10. *De laatste stappen* van het voedingszorgproces zijn het naar de mond brengen van het voedsel, het kauwen, en het inslikken. Daarmee houdt het zorgen op en begint de fysiologie. Desgewenst kan men de zorgstappen: tafeldekken, afruimen en omwassen nog toevoegen, hetgeen voor analyses in bijvoorbeeld een verzorgings- of verpleeghuis nuttig kan zijn.

2. OVERZICHT VAN ZORGFUNCTIES

Zorgfuncties zijn er een heel aantal. Het is daarom praktisch om ze in groepen in te delen. Allereerst kan men ze indelen in *korte en lange termijnfuncties*.

De zorg voor voedsel is telkens een functie van korte termijn. Het gaat om enkele uren. Maar bijvoorbeeld de zorg om het lichaamsgewicht op het juiste peil te houden is *blijvend* bij mensen die tot vetzucht neigen of een zittend bestaan hebben, en bij lekkerbekken.

De zorg om je diverse *organen* intact en gezond te houden duurt meestal het hele leven.

Een andere indeling van zorgfuncties is voor een goed overzicht eveneens heel nuttig. Het is een indeling naar drie *niveaus* van verlangde effecten:

- lichamelijk of fysiek niveau
- geestelijk of psychisch niveau
- sociaal niveau

op elk van die niveaus kunnen we een aantal zorgfuncties onderkennen. Ze zijn weergegeven in een overzicht (tabel 2).

A. FYSIEKE ZORGFUNCTIES

korte termijn

1. voeding
2. drinken
3. excreties
4. activiteitszorg
5. rusten - ontspannen
6. temperatuurregulering
7. comfort
8. veiligheid
9. orde
10. hygiëne

lange termijn

1. lichaamsgewicht
 2. toestand hart en vaatstelsel
 3. huid
 4. bewegingsapparaat
 5. spijsverteringsstelsel
 6. urogenitale systeem
 7. zenuwstelsel
 8. lever
 9. zintuigen
-

B. PSYCHISCHE ZORGFUNCTIES

1. zintuiglijk waarnemen
2. geheugenfuncties
3. begrijpen
4. emotionele evenwicht
5. zich verheugen
6. verdriet te boven komen

1. zorg voor identiteit
 2. zorg voor zingeving aan je bestaan
 3. zorg voor zelfactualisering
 4. zorg voor creativiteit
 5. zorg voor bewustzijnsverhoging
-

C. SOCIALE ZORGFUNCTIES

1. zorgen dat je ergens bij hoort
 2. zorg voor ontwikkeling en instandhouding van je sociale netwerken
 3. zorg om te vertellen en te luisteren (communicatie)
 4. zorg voor oplettendheid en verdraagzaamheid
 5. zorg voor seksualiteit
-

Tabel 2. Overzicht van de zorgfuncties.

A. Fysieke zelfzorgfuncties

Het is een goede oefening om met behulp van het zorgfunctiemodel de diverse zorgstappen van zorgfuncties eens precies op te schrijven. Ga bijvoorbeeld bij jezelf na welke stappen er gemaakt worden voor de zorgfunctie aankleden, of wasbeurt of defecatie. Vergelijk dat ook met de

praktijkervaring die opgedaan wordt uit het omgaan met hulpbehoevenden. Zelden moeten *alle* stappen worden overgenomen door de hulpverlener!

Welke stappen zou de hulpbehoevende toch nog best zelf kunnen doen; welke met een beetje hulp en welke beslist niet?

De zorgfunctie *drinken* lijkt in zijn zorgstappen sterk op de voedingszorgfunctie. Belangrijk is dat de 'nood', de behoefte om (voldoende) te drinken, bij bejaarden vaak afneemt. Dat betekent niet dat men bejaarden moet *laten* drinken maar wel, dat men *oplet* of er voldoende gedronken wordt en daartoe *aanzet*, om de bejaarde te helpen weer een voldoende *drinkgewoonte* te ontwikkelen.

De zorgstappen bij de *excretiefuncties* zijn voor het overgrote deel geen 'vrije' maar 'noodzakelijke' *zelfzorg*stappen (zie paragraaf 5, dit hoofdstuk).

Verscheidene zorgfuncties zijn gericht op het scheppen van een *evenwichtstoestand*.

Dat geldt heel duidelijk voor de functies 'activiteitszorg' en 'rusten - ontspanning'. Hier kom je niet veel verder met het zorgfunctiemodel tenzij het gaat om een *concrete activiteit* of ontspanning.

Liever staan we hier even stil bij het verschijnsel '*evenwicht*'. Iedereen weet dat teveel activiteit een mens uitput en teveel rust leidt tot verslapping. 'Rust roest', dat oude spreekwoord geldt nog altijd. Wanneer we goed voor onszelf zorgen, zoeken we naar een evenwicht tussen activiteit en rust, veelal uitgedrukt als werk en ontspanning. Maar ontspanning is iets anders dan rust! Voetballen of trimmen wordt als ontspanning beschouwd maar het is flink lichamelijk werk. Het begrip 'van iets uitrusten' is veel ruimer dan alleen maar gaan zitten, of liggen. Het kan ook betekenen: heel iets anders *doen* dan het werk waarmee je bezig was. Wie veel denkwerk doet zal zich heerlijk kunnen ontspannen door lichamelijk vermoeiende sport of handenarbeid te gaan doen. Bij 'werken' belasten wij haast nooit *al* onze functies. We 'rusten', door *alleen de belaste functies* stop te zetten. Maar we kunnen dan gerust *andere* functies gaan belasten als ontspanning van de eerstgenoemden. 'Rusten' is dus ook alweer een ingewikkelde zaak. Hoelang moet je 'uitrusten'? Wat kies je zelf meestal: luieren of iets anders doen? Moet men telkens een korte periode werken, bijvoorbeeld 2 uur en dan een korte periode rusten (bijvoorbeeld 15 of 30 minuten, 'koffiepauze'), of is het beter langere

werk- en langere rustperioden af te wisselen? Kortom, het is belangrijk om *zelf* na te gaan, hoe je met inspanning, ontspanning en rust omgaat. Voor hen die veel te maken hebben met bejaardenzorg is het erg belangrijk om na te gaan, hoe dat evenwicht door individuele bejaarden wordt nagestreefd. Is er niet al te vaak *teveel rust* in de inrichtingssituatie en *teveel inspanning* wanneer het gaat om alleenwonende bejaarden? Activiteit en rust vind je in tabel 2 onder de fysieke zelfzorgfuncties.

Maar ze hebben daarenboven nog een grote betekenis voor iemands *geestelijke* evenwicht. Te weinig activiteit veroorzaakt verveling, suffen, bemoeienis met allerlei kleinigheden en gekanker. Als wij die verschijnse-len bij onze verzorgden waarnemen, zou dat dan niet deels veroorzaakt kunnen zijn door gebrek aan activiteit? Als je redenen hebt om te denken dat dat juist is, betekent *echt zorgen* in zo'n geval óók, dat je samen met de cliënt probeert om die weer naar een niveau van zinnig bezigzijn te helpen komen.

De functie '*temperatuur-regeling*' moet door mensen worden verzorgd omdat onze lichaamstemperatuur nauwkeurig rond 37 °C moet worden gehouden. Het aantrekken van meer of minder kleding, het woonklimaat, voorkómen van afkoeling door plotselinge luchtstromen (tocht) behoren tot deze zorgfunctie.

De zorgfunctie '*comfort*' is heel iets anders dan wat er in onze welvaartstaat wel eens van gemaakt wordt: het luxe bankstel en 'het dressoir met plastic rozen' (Wim Sonneveld). Het heeft meer te maken met zorg voor levens-*gemak*. Comfort betekent dat allerlei zorgfuncties *gemakkelijker* kunnen verlopen. Een goed huis en voldoende soorten kleding vergemakkelijken onze zorg voor de regeling van onze lichaamstemperatuur.

Een koelkast vergemakkelijkt verscheidene zorgstappen van de voedingszorgfunctie. In een prettige harmonische woonkamer is het goed rusten, ontspannen, je geestelijk evenwicht bewaren.

Een goede douche of badkamer vergemakkelijkt de hygiëne-functie, etc. Soms kan iemand met zwakke zelfzorg en/of mantelzorg geholpen worden door zijn comfort te verhogen.

Zorg voor *veiligheid* heeft ook heel wat kanten. Allerlei dingen om ons heen kunnen veilig of onveilig zijn: elektrische bedrading, loszittende leuning, slordig opgeborgen medicijnen, etc. etc. Dat gaat dan om de veiligheid van de woonomgeving. Het grootste aantal dodelijke ongevallen per jaar gebeurt echter niet op de *weg* of op de *arbeidsplaats* maar in

de woning. Gehandicapten en bejaarden met duidelijk functieverlies (bijvoorbeeld iemand die slecht ziet, of hoort) worden in de woning door meer gevaren bedreigd dan gezonde mensen. Het is een goede oefening om eens een lijst te maken van kleine ongevallen die je in eigen omgeving, ook van horen zeggen, hebt meegemaakt, en die lijst te vergelijken met die van andere zorgverleners. Aan de veiligheid in de woning behoren zorgverleners die in de wijk werken voor gezin, bejaarde, chronisch zieke of gehandicapte, uitdrukkelijk aandacht te besteden.

Zorg voor *orde*. Die hangt direct samen met veiligheid en comfort. Als er van alles niet te vinden is en op de gekste plaatsen ligt, worden beide in gevaar gebracht. Maar er moeten twee soorten orde onderscheiden worden: 'algemene orde' en 'persoonlijke orde'. Bij algemene orde is alles zo opgeborgen dat *iedere* betrokkene die iets nodig heeft, het gemakkelijk kan vinden. Dat is het soort orde dat er moet heersen in een afdelingskeuken van een inrichting of in een medicijnkast. Bij 'persoonlijke orde' ligt dat heel anders. Alles ligt op plaatsen waar *ik* het gemakkelijk vinden kan. Dat kan voor een ander lijken op de grootste wanorde, maar voor mij is het dat helemaal niet. Een mooi voorbeeld is het knutselschuurtje van menige bejaarde knutselaar. Je snapt het niet maar in de chaos kan hij haast met z'n ogen dicht alles vinden wat hij nodig heeft. 'Persoonlijke orde' moet gerespecteerd worden; als hulpverlener moet men er vanaf zien om bijvoorbeeld een kast ongevraagd 'eens lekker netjes op te ruimen', voor iemand die men verzorgt. Dan vervangt men diens 'persoonlijke orde' door het systeem van 'algemene orde'. Dat is ongewenst. De verzorgde kan dan waarschijnlijk de dingen veel moeilijker vinden dan vóór de 'opruiming'.

Hygiëne is opnieuw een verzamelnaam voor een heel aantal kleine specifieke functies. Hygiëne van de huid, nagels, haren, gebit zijn de voornaamste functies van lichaamshygiëne. Maar voorts is er nog de hygiëne met betrekking tot voedsel, kleding, bed, woning en ten opzichte van contacten met andere mensen. Voor een aantal van die concrete zorgfuncties is het uitwerken met behulp van het zorgfunctiemodel weer heel verhelderend.

Nu komen we aan de '*lange termijn*'-zorgfuncties. Dat zijn de functies die niet tot resultaat leiden door één zorgproces dat in een korte tijd kan worden uitgevoerd, zoals zorgen voor het eten, een wasbeurt, excretie, warme kleding op een koude dag etc. etc. Nee, bij deze lange-termijn

zorgfuncties gaat het om *zorggewoonten*. Een voorbeeld maakt dat direct duidelijk. Men kan niet voor zijn hart en vaatstelsel goed zorgen, door eens een dag niet te roken, een keer te trimmen of een maaltijd over te slaan. Als men zorg wil dragen voor het zo goed mogelijk in conditie houden van zijn hart en bloedvaten, moet men *als gewoonte* niet roken, steeds behoorlijk wat lichaamsbeweging hebben en steeds bescheiden maaltijden gebruiken. Over de gewenste gewoontevorming om elk van de negen lange termijn functies zo goed mogelijk te verzorgen, bestaat heel wat informatie, vooral over de eerste vijf. Het is een uitstekende oefening om voor één zo'n functie de vereiste gewoonte om ze zo goed mogelijk te verzorgen, eens in detail op te schrijven en met anderen te bespreken. In elke gewoontevorming zit vaak een heel complex verborgen van een aantal samenhangende korte-termijn zorgfuncties.

B. *Psychische of geestelijke zorgfuncties*

Het merkwaardige feit doet zich voor dat wij in onze westerse cultuur veel minder aandacht besteden aan het *bewust* goed verzorgen van deze groep van functies, dan aan de korte-termijn lichamelijke zorgfuncties. De verstandelijke functies krijgen nog de meeste aandacht. Aan het oefenen van het *geheugen* en het opvoeden tot *begrijpen*, wordt op de scholen veel aandacht besteed. Maar er is zo vreselijk veel te begrijpen in onze ingewikkelde maatschappij! We denken al gauw dat we alles begrijpen als we gebruik maken van een beperkt model van de werkelijkheid, een ideologie, die alles lijkt te verklaren en grote zekerheid lijkt te geven. Maar dat 'begrijpen' berust dan slechts op één bepaalde stellingname ten opzichte van de maatschappelijke werkelijkheid, bijvoorbeeld de kapitalistische maatschappij, of de marxistische, of een religieuze benadering, etc. Elke benadering bevat slechts een *stuk* van de ingewikkelde werkelijkheid. Het is dus onverstandig om mensen met een andere ideologie te bestrijden, als men niet eerst geprobeerd heeft om de wereld te bekijken en te *begrijpen* vanuit hun gezichtshoek. Als we allen echt zorg besteden om beter en breder te begrijpen wat er om ons heen (en vaak ook binnen onszelf) aan de gang is, zal de maatschappelijke polarisatie en strijd kunnen verminderen. Waarachtig begrijpen is één van de meest zekere wegen die tot *vrede* leiden. De Fransen zeggen: 'Tout comprendre est tout pardonner'.

Zintuiglijk waarnemen: zien, horen, ruiken, proeven, voelen. Moet een mens daar dan zorg aan besteden? Die dingen gaan toch vanzelf? Helaas, nee!

Zien is nog wat anders dan *kijken*; *horen* is nog wat anders dan *luisteren*, enzovoort.

Om te zien wat er te zien is, moet je *leren kijken*.

Mensen die niet *weten* dat er duizenden soorten bomen bestaan en die niet geleerd hebben om ze te onderscheiden en te herkennen, *zien* ze ook niet! Ze 'zien' maar een paar soorten. Een den, een berk, een eik. Een nog typischer voorbeeld is de medisch student die voor het eerst cellen en weefsels door het microscoop moet bestuderen. Hij ziet een gewriemel van lijntjes en puntjes en haalt er alleen een paar hoofdzaken uit. Maar als door platen in studieboeken en door een begeleider *getoond* wordt, wat er allemaal nog meer te zien is, vallen hem als het ware de 'schillen van de ogen'. Als je het eenmaal gezien hebt begrijp je niet, dat je het eerst helemaal niet kon zien.

Een ouderwets zoekplaatje is een ander goed voorbeeld.

Omdat al onze informatie door onze zintuigen moet binnenkomen, is het belangrijk om die zintuigen met zorg te trainen op beter, nauwkeuriger en completer functioneren. Het is een goede oefening om een bepaalde verzorgingssituatie te bekijken en dan op te schrijven wat je allemaal hebt waargenomen (*alle* zintuigfuncties als het kan).

Daarna wordt de beschrijving vergeleken met wat een geroutineerde verzorgende, die heel goed heeft leren waarnemen, aan dezelfde situatie heeft waargenomen.

De minste zorg besteden wij, op geestelijk gebied, aan ons *gevoelsleven*. Wij leren niet meer omgaan met verdriet, met frustraties, met verwachtingen die niet uitkomen, met hoop die niet vervuld wordt, met blijdschap, dankbaarheid, met het in evenwicht houden van je emoties. Toch is het zelf verzorgen van je gevoelsleven een uiterst belangrijke zaak, die nauw samenhangt met de ervaring van levensgeluk. In onze westerse maatschappij is de klemtoon al eeuwenlang teveel gelegd op intellect, verstand, orde, weten.

En het voelen, ervaren, beleven, ondergaan vanuit die andere sferen van het menselijk zijn, is erg onderschat. Dat begint nu geleidelijk wat te veranderen. Er komt begrip voor bijvoorbeeld het 'rouwproces'. Als iemand rouwt om het verlies van een huwelijkspartner, kan dat met goede

zorg heilzaam verlopen. Maar het proces kan ook mislopen, waardoor iemand zijn rouw niet kan 'verwerken' en vervalt in depressies of geestelijke stoornissen. Hoe men beter kan zorgen voor de diverse aspecten van het eigen gevoelsleven, is te ingewikkeld en veelzijdig om hier te behandelen. De gedragstherapeut kan hier veel aanwijzingen geven. Het is jammer dat er zo vaak therapie nodig is. Dat bewijst temeer dat we in onze gewone levensopvoeding voor een groot stuk zijn kwijtgeraakt om ervoor te leren zorgen.

Het overzicht van de geestelijke zelfzorgfuncties is nog heel onvolledig. De behandeling ervan in dit boek kan nog niet méér zijn dan een eerste benadering en een aanduiding van het belang ervan. In andere culturen wordt hieraan vaak veel meer aandacht besteed, met name in het Verre Oosten.

C. Sociale zelfzorgfuncties

In deze benaming lijkt een tegenspraak te zitten: sociaal en zelfzorg. Maar men moet bedenken dat in alle sociale gebeuren, individuen de schepende elementen zijn. Of je bij een groep hoort, hangt niet enkel van de groep af, maar ook van de *persoon* die er graag bij wil horen. Die moet zelf zorgen dat hij in die groep een acceptabel lid kan zijn. Omdat de meeste mensen erg gesteld zijn op contacten met andere mensen, is sociale zelfzorg een belangrijke zorgfunctie. Mensen die onvoldoende sociale zelfzorg beoefenen, worden gemakkelijk eenzaam. Ergens bijhoren wordt sterk bevorderd door de bereidheid om voor anderen wat te *doen*. Sociale netwerken worden minder in stand gehouden door erover te praten, dan door het vanzelfsprekend en toegewend voor elkaar zorgen. Hier vallen dan sociale zelfzorg en mantelzorg samen.

Als je tot slot al die zorgfuncties overziet, krijg je toch wel het gevoel: 'Wat een zorg, wat een zorg!!!'

Er komt geen eind aan. Nu, dat klopt ook. Heel het leven is gevuld met zelfzorg. De beroemde filosoof Heidegger zegt zelfs dat leven (bestaan) en zorgen identiek zijn. Leven is zelfzorg. Als je dan van het IK uitgaat als centrum van alle bestaan, kan dat wel zo worden gezegd. Maar steeds meer dringt het besef door, dat het IK niet het kernpunt zonder meer van alle menselijk bestaan kan zijn. De betekenis van de ANDER wordt meer en meer op zijn waarde geschat. Naast zelfzorg staat als noodzakelijk en gelijkwaardig gegeven, de mantelzorg. Veel van de zelfzorgfuncties die we

hierboven hebben behandeld zijn ondenkbaar zonder de ander. Veel zelfzorg kan door mantelzorg worden vervangen. Die verhouding gaan we nu nader onderzoeken.

3. HET BEGRIP 'ZORGMIX'

De zorgstappen van elke zorgfunctie kunnen alle *in principe* door zelfzorg gedaan worden.

Een aantal zorgstappen kan gedeeltelijk met mantelzorg worden gedaan in de meeste korte-termijn zorgfuncties, maar dat is zelden mogelijk voor *alle* zorgstappen.

Bijvoorbeeld bij de voedingszorgfunctie van een pasgeboren baby moet die *zelf* zuigen en slikken, dus de twee voor hem zelf laatste zorgstappen van het voedingsproces zelf zetten.

Professionele zorg kan *meer fysieke* functies overnemen van iemand omdat ze over apparaten beschikt. Wanneer men een patiënt *sondevoeding* geeft worden ook de zorgstappen happen, kauwen en slikken overgenomen door de zorgverlener.

Onder normale, gezonde levensomstandigheden komen professionele zorgverleners aan de zorgfuncties niet of weinig te pas. In het gezonde

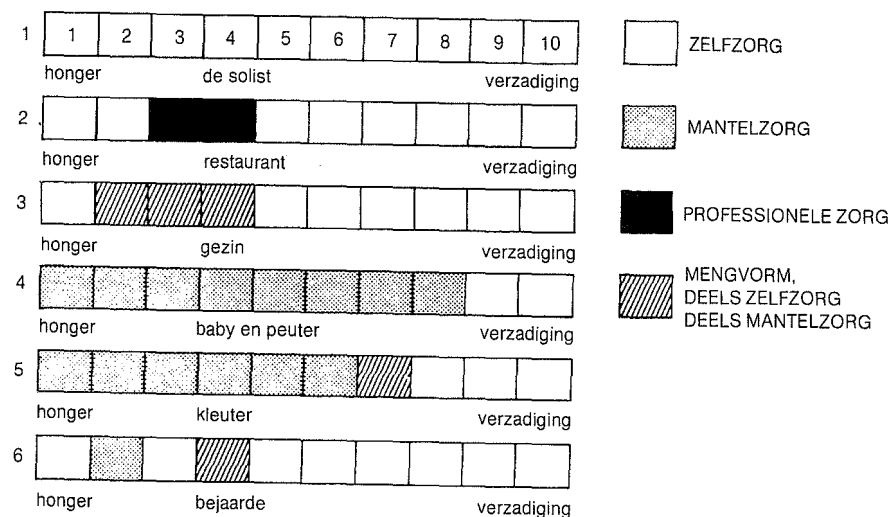


Fig. 7. Zorgmix bij voedingsprocessen in het dagelijks leven.

bestaan vind je meestal een *mengsel*, een 'mix' van zelfzorg en mantelzorg. Hoe dat mengsel voor een bepaalde persoon uitvalt hangt af van verscheidene omstandigheden zoals leeftijd, al dan niet lid van een huishouden, maatschappelijke situatie, etc.

Van de 10 stappen van de ons nu welbekende voedingszorgfunctie hebben we dat in een overzicht geplaatst (figuur 7). De 'brug' is nu vereenvoudigd tot een reeks van 10 opeenvolgende hokjes. Je kunt op deze wijze snel overzien hoe het voedingsproces verloopt onder een aantal omstandigheden in het gezonde gewone dagelijks leven.

1. De solist. Hij zorgt overal zelf voor. Hij kan een verkorte procedure kiezen door in een restaurant te gaan eten.
2. Eten in een restaurant. 3 en 4 worden overgenomen door beroepskrachten.
3. In gezinsverband worden de stappen 2, 3 en 4 meestal door de moeder gedaan, maar kunnen ook rouleren tussen de diverse leden. De gewone situaties waarin de volwassene verkeert vertonen dus een grote mate van voedingszelfzorg.
4. Voor de baby is die er natuurlijk nog niet. Die hoeft alleen maar te zuigen en te slikken. Voor de peuter is het zuigen vervangen door 'kauwen' van zacht voedsel, maar hij wordt nog wel gevoerd.
5. De kleuter doet nu ook 8 al zelf en als hij wat groter wordt mag hij ook zelf opscheppen.
6. De alleenwonende hoogbejaarde, thuis, heeft in het ideale geval (vreselijk dat wij dat zeggen moeten!) een goede kennis die boodschappen doet, en de buurvrouw helpt eens wat met een pannetje soep en met wat koken. De zelfzorg blijft grotendeels intact, zij het op minimaal niveau.

4. ZORGMIX-VERANDERING IN INSTELLINGEN

In instellingen verandert de verhouding tussen zelfzorg, mantelzorg en beroepszorg. Om daarop zicht te krijgen gaan we verder met ons voorbeeld: het voedingszorgproces.

Wat roept de kleuter: 'Ik zelf doen, zelf doen!' en de bejaarde zegt: 'Als ik maar 'op mezelf' kan blijven.' Zelfzorg wordt door mensen als regel hoog gewaardeerd. Zij is een dagelijkse vorm van vrijheidsbeleving. Aantasting

van zelfzorg heeft het *signaalkarakter* van onvrijheid en onmacht. Laten wij nu eens kijken naar de situaties in de instellingen.

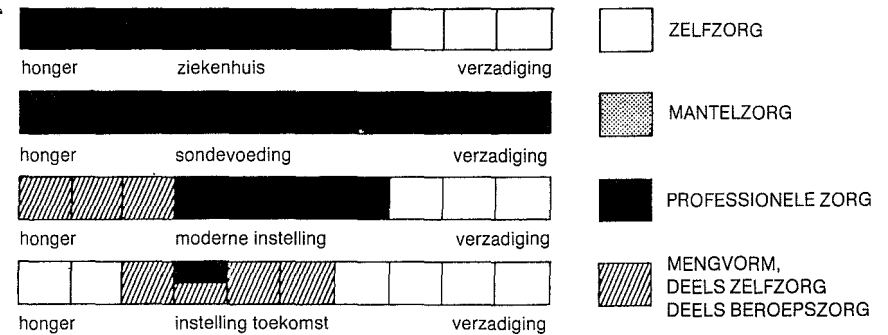


Fig. 8. Voedingszorg-diagrammen ziekenhuizen.

1. Het ziekenhuis werkt al vele decennia volgens de bovenste regel van fig. 8. Alleen 'happen-kauwen-slikken' mag men nog zelf doen. Het is het zorgpatroon van de kleuter, dat aan de patiënt wordt opgelegd. De 7 eerste stappen zijn door beroepskrachten overgenomen, als het systeem van centraal proportioneren wordt toegepast.
2. Sondevoeding. Is deze nodig, dan is de eigen voedingszorg *totaal* uitgeschakeld en helemaal overgegaan in handen van anderen.
3. Modern verpleeghuis. De trend is aanwezig om de patiënt meer keuzevrijheid te geven wat zijn maaltijdsamenstelling voor de volgende dag zal zijn. Deze is erg beperkt. De patiënt vindt meestal ook wel een winkeltje waar hij wat eetbaars kopen kan. Het is duidelijk dat hier nog volop stereotypie bestaat. Zoetigheid en snoepgoed kan nog, maar een verpleeghuis met een lekkere kleine snackbar is mij niet bekend. Ook het bewaren krijgt meer ruimte. Ik herinner mij de tijd nog heel goed, dat de zusters de nachtkastjes controleerden op 'verboden eetwaren'. Dat is wel minder geworden.
4. Voor het verpleeghuis van de toekomst zullen echter de mogelijkheden tot zelfzorg nog aanzienlijk moeten toenemen. Al kan men de bewoners natuurlijk niet laten koken, dat wil niet zeggen dat ze dan *niets* meer mogen klaarmaken, zoals thee of koffie zelf zetten, bouillon maken, een eitje bakken etc.

Wanneer we deze zorgprofielen vergelijken, dan is het opvallend, hoeveel meer zelfzorg en mantelzorg de bejaarde of gehandicapte thuis heeft en hoe diepgaand zijn zorgfuncties in een instelling veranderen. De voedingszorgfunctie bijvoorbeeld is in het verpleeghuis gelijk aan die van de *kleuter* thuis. Ofschoon veel mensen in verzorgings- of verpleeghuizen de meeste van de voedingszorgstappen nog best zouden kunnen maken, *mogen* ze het niet meer. Het systeem is daar niet op berekend. De *infantilisering* zit dus al in het zorgproces zelf. Het feit dat verplegenden en verzorgenden de neiging hebben om de bewoners van de instelling te tutoyeren en ze opaatje of omaatje te noemen, berust niet op collectieve onbeleefdheid maar is het logische gevolg van de *opzet* van onder andere het voedingszorgproces in die inrichtingen.

5. VRIJE EN NOODZAKELIJKE ZELFZORGSTAPPEN

De zelfzorgstappen kunnen we globaal ook nog verdelen in twee soorten: vrije en noodzakelijke. Vrije zelfzorgstappen worden door zelfzorgers gedaan maar het is niet erg en dikwijls zelfs prettig wanneer mantelzorgers of professionele zorgverleners ze overnemen. Zulk een stap in het voedingszorgproces is bijvoorbeeld de *toebereiding*. Al kan ik het zelf wel, toch stoort het meestal niet wanneer een ander voor mij kookt, hetzij in het huishouden, hetzij in een restaurant. Het *doet* er niet zoveel toe. Het *tast mij niet aan in mijn normale functioneren*, tenzij het *gedwongen* gebeurt tegen mijn zin. De zorgstap 'toebereiding' is verwisselbaar. We noemen ze vrij. Heel anders is het echter gesteld met de drie laatste stappen van het voedingsproces: happen - kauwen - slikken. Als volwassene wil je niet dat je gevoerd wordt, laat staan dat een ander het eten voor je zou kauwen of malen. Slikken van je overnemen kan niet eens zonder voedingssonde. Deze drie genoemde stappen horen zo typisch tot de zelfzorg dat ze *niet* kunnen worden overgenomen zonder de persoon te raken in zijn menselijke waardigheid en zijn levensgevoel. Ze moeten *noodzakelijkerwijs* door zelfzorg worden gedaan. Het zijn *noodzakelijke* zelfzorgstappen.

In sommige zelfzorgprocessen komen *veel* noodzakelijke zelfzorgstappen voor, bijvoorbeeld in het (korte) zorgproces voor excreties (urine en ontlasting).

Bij het zorgen door beroepskrachten moet op dit onderscheid goed gelet

worden. Er zijn 4 wijzen van beroepszorgverlening. Het is veel te simplistisch om alleen te denken aan het *al dan niet overnemen* van een bepaalde zelfzorgstap door de beroepszorgverlener. Er bestaan de volgende gradaties:

- *Begeleidend zorgen*. Bijvoorbeeld: Ik let op of alles goed gaat terwijl jij eten kookt. Deze vorm van zorgen zal vooral veel nut kunnen hebben bij mensen met lichte psycho-geriatrische stoornissen, als men hun zelfzorg zoveel mogelijk intact wil houden.
- *Ondersteunend zorgen*. Ik help jou bij het koken, bijvoorbeeld door pannen op het fornuis te zetten omdat je niet kunt tillen.
- *Vervangend zorgen*. Ik kook voor jou.
- *Ingrijpend (interveniërend) zorgen*. Ik verzorg een lelijke brandwond die jij bij het koken hebt opgelopen en waar je zelf onvoldoende verstand van hebt om die goed te behandelen en te verzorgen.

Ook in de inrichting is het van groot belang om *met name* de noodzakelijke zelfzorgstappen zoveel mogelijk te ontzien en ze zo weinig mogelijk over te nemen. Waar ze gestoord zijn dient men de *lichtste* gradatie van professionele zorg te kiezen die nog mogelijk is. Herstel door training en ergotherapie is juist voor de noodzakelijke zelfzorgstappen van het grootste belang.

6. ZORGBEHOEFTE EN ZORGEFFECTEN

Tot dusver hebben we van de zorgfuncties alleen de activiteiten bekeken. Maar het is heel belangrijk om de twee andere elementen van de zorgfunctie: de nood, behoefte, het uitgangspunt om te gaan zorgen te bekijken, evenals het effect, het doel waarop het zorgproces gericht is.

De behoefte

Op het eerste gezicht lijkt die vanzelfsprekend en daarin ligt nu juist het gevaar. Want er kan met die behoefte van alles aan de hand zijn. Ze kan zeer sterk zijn; bijv. iemand rammelt van de honger; of zwak: het is etenstijd en men eet dan maar een kleinigheid mee.

- de *verborgen behoefte* is vooral belangrijk als men met bejaarden te maken heeft. Bij hen wordt het ervaren van de eetlust- of dorstprikkel vaak zwakker. Ze voelen dan TE weinig behoefte om te eten of te drinken, terwijl hun lichaam dat eigenlijk wel echt nodig heeft. Hier is

oplettendheid van de zorgverlener geboden om via andere middelen, zoals het meten van de 24 uren urine-hoeveelheid of het kijken naar verschijnselen van uitdroging, de werkelijke behoefte aan voedsel en/of vocht te peilen.

– *de schijnbehoeften*. Een aantal zogenaamde behoeften blijkt alleen te bestaan in de verbeelding (of routine-wenselijkheid) van de zorgverlener, maar helemaal niet bij de verzorgde. Een sprekend voorbeeld is het dagelijks in bad stoppen van verzorgden die dat helemaal niet gewoon waren en het zelf niet wensen.

– *vervalsing van een behoefte* komt eveneens vaak voor. Wat als behoefte genoemd wordt, IS dat helemaal niet, maar wordt gebruikt voor een ander doel, bijv. een kind kan 's avonds zeggen dat het honger heeft, alleen als voorwendsel om het naar bed moeten nog wat uit te stellen.

Het effect

Dat komt altijd pas na het zorgen en het ligt dus in de toekomst.

We moeten maar niet in het wilde weg gaan zorgen, omdat er een behoefte wordt aangegeven. Eerst moeten we weten of dat zorgen wel effect zal kunnen hebben.

– geen effect. Iemand met een dodelijk kwaadaardig gezwel kan wel behoefte aan een afdoende operatie hebben, maar dat kan dan helaas niet en dan moet er dus ook niet geopereerd worden.

– zeker effect, bijv. iemand heeft honger. Als we hem eten geven zal met zekerheid zijn honger verdwijnen.

– twijfelachtig effect. Als het zorgen weinig moeite kost is dat niet zo belangrijk, maar voor grote en zware zorgverlening moet men de moeiten wel degelijk afwegen tegen het te verwachten resultaat.

– nadelig effect. Opa hoort geen pap in zijn snor te hebben, maar als je hem afpoetst (JOU effect: opa hoort schoon te zijn), is voor HEM het effect dat hij als een kind wordt behandeld en vernederd.

Bij het werk als zorgverlener dus altijd goed kijken naar de behoefte en het te verwachten effect, en niet alleen maar routine zorg-activiteiten vervullen!

Dat is een van de geheimen van zorgvernieuwing!!

7. OEFENINGEN

Als hulpverlener is het niet genoeg om dit alles te *weten*. Je moet het kunnen gebruiken om je eigen werk beter te doen. Daarom is het nuttig om zelf eens een paar zorgprocessen uit te pluizen op hun zorgmix of zorgmengsel. Neem bijvoorbeeld de zorg voor excreties, of wassen, of hygiëne in het algemeen of ook 'emotioneel evenwicht'. Schrijf van een zorgfunctie alle zorgstappen op, net zoals dat bij de voedingszorgfunctie gedaan is. Vergelijk dit lijstje met dat, wat een collega gemaakt heeft en completeer het indien nodig. Met behulp van een blokjes-model, zoals we in dit hoofdstuk gebruikt hebben, kan je dan invullen, welke stappen *jezelf* beslist als zelfzorg zou willen uitvoeren (noodzakelijke zelfzorg) en welke je best ook aan een ander zou willen overlaten (vrije zelfzorg). Zou het verschil maken of dat door mantelzorg zou gebeuren of door beroepszorg?

Doe deze oefening met een paar functies. Het is erg nuttig om er dan discussies over te houden. Wanneer we de verzorging steeds meer op basis van 'persoonlijk zorgplan' gaan doen, is het gebruik van het zorgfunctiemodel zelfs onmisbaar. Pas dan gaan we goed invullen wat nu nog teveel als 'kreet' wordt gebruikt: *zorg op maat*.

Bij al het voorgaande analyseren hebben we de ingewikkelde werkelijkheid van het dagelijkse leven uit elkaar geplozen. Tot slot moeten we bedenken dat al die verschillende zorgfuncties voortdurend met elkaar verstrengeld zijn. Ze vormen het *zorgweefsel* van het leven. Als mensen oud of ziek worden *slijt* oud weefsel of er vallen gaten in. Maar *gooi het nooit weg* om het te vervangen door snelle, ordelijke beroepszorg! Het moet veeleer 'versteld' en 'gestopt' worden door beroepszorg. Het zorgweefsel is individueel, het is ieders eigen persoonlijke 'lap'.

8. SAMENVATTING

Om het zorgen beter van alle kanten te kunnen bestuderen, wordt een 'zorgfunctie-model' gebruikt. Het wordt toegelicht aan een bepaalde zorgfunctie waarvoor de voedingsfunctie werd gekozen. Er is een dertigtal zorgfuncties te onderscheiden, die verdeeld worden in drie groepen: lichamelijke, geestelijke en sociale zorgfuncties. Ze kunnen verder vaak worden onderscheiden in korte-termijn- en in lange termijn zorgfuncties.

De diverse functies worden in het kort besproken. Het begrip evenwicht tussen zorgfuncties wordt aangegeven. De aandacht van veel zorgverleners in de gezondheidszorg is vaak wat te beperkt gericht op lichamelijke verzorging. Daarom wordt hier voor de psychische zorg wat meer plaats ingeruimd.

Het begrip zorgmix, mengsel van zelfzorg, mantelzorg en eventueel ook beroepszorg wordt toegelicht aan de hand van de voedingszorg-functie. In diverse levens-situaties is de zorgmix verschillend. In het ziekenhuis (en in de meeste andere instellingen) is het aantal zorgstappen dat door de beroepszorg wordt gezet, erg groot, meestal groter dan nodig is. Zelfzorgstappen kunnen vaak heel goed door mantelzorg of professionele zorg worden overgenomen, maar dat geldt volstrekt niet voor alle. Er is een aantal zelfzorgstappen waarvan overname hoogst ongewenst is. We noemen dat noodzakelijke zelfzorgstappen. Bepleit wordt dat de beroepszorgverleners steeds de lichtste vorm van zorg kiezen die nog voldoende is om een redelijk resultaat te bereiken.

DE DUBBELLAAG-THEORIE VAN HET ZORGEN

1. DE TECHNISCH-MATERIËLE ZORGLAAG IS NIET DE ENIGE

Wanneer we het zorgen in allerlei omstandigheden nauwkeurig waarnemen, dan blijkt dat er nog heel wat meer gebeurt dan alleen de zorgprocessen die we in het voorgaande hoofdstuk hebben behandeld. Laten we dat eens aan een paar voorbeelden nagaan.

a. *De voedingszorgfunctie.* Het grondpatroon is natuurlijk wat we al beschreven hebben. Een mens krijgt honger, hij zorgt voor een maaltijd en als hij die op heeft is hij verzadigd.

Maar het blijkt dat daarbij een aantal 'nevenverschijnselen' optreden van heel andere aard dan alleen maar het voedingsproces. Het kiezen van een maaltijd is vaak al een plezier op zichzelf. 'Wat zullen we vanavond eten?' is in een huishouden een heel gewone vraag. Het rondkijken op een markt, in een winkel of supermarkt kan voor veel mensen op zichzelf ook weer een genoegen zijn. Men gebruikt zijn kennis en informatie over prijzen, kwaliteit, fabrikaten, voedingswaarde en combinatie-mogelijkheden om op zo passend mogelijke wijze de ingrediënten bij elkaar te krijgen. Veel mensen doen boodschappen, niet alleen omdat ze de voedingsmiddelen nodig hebben, maar ook omdat ze er plezier aan beleven. Dan het voorbereiden van de maaltijden. Met de moderne methoden is het zodanig vereenvoudigd dat het veel gemakkelijker is geworden. Door internationalisering van het hele leven is de diversiteit van wat men allemaal maken kan, geweldig vergroot. De voorbereiding is niet meer alleen een processtap om het eten beter eetbaar en verteerbaarder te maken. Het is voor velen een *hobby* geworden. De grote aantallen aardige en gevarieerde kookboeken zijn daarvan het bewijs. Mensen

beleven dus aan de technisch-materiële werkzaamheid van de voedingszorgfunctie niet enkel een gevoel van verzadiging aan het eind, maar heel het proces kan in mindere of meerdere mate gepaard gaan met gevoelens als plezier, voldoening, nuttigheid van tijdbesteding, etc. Maar dat is nog niet alles. Veel mensen beleven de maaltijd als een dagelijkse gelegenheid om elkaar gezellig te ontmoeten en met elkaar te praten. Veel mensen vinden alléén eten ongezellig. Die sociale kant van de maaltijd heeft in de maatschappij een verdere 'ritualisering' beleefd. Wanneer er iets op feestelijke wijze gevierd moet worden, gebeurt dat vaak met een feestmaal. Niet alleen zorgt men dan voor extra lekker eten, maar meestal trekt men er ook zijn beste kleren voor aan. Hier is langzamerhand onze technisch-materiële voedingszorgfunctie helemaal op de achtergrond geraakt. Er wordt vaak veel te veel gegeten en menige maag raakt bedorven. De kwaliteit van de voedingsfunctie wordt achtergesteld bij andere prioriteiten zoals: het gezellige samenzijn of een luxe diner met veel gangen, om de welvaart van de gastheer en de grootte van het feest duidelijk in het licht te stellen. Gelegenheden voor zulke maaltijden zijn bijvoorbeeld een bruiloft, een lustrum, een afscheid, vroeger ook een begrafenismaal.

Een maaltijd kan voorts ook een sociaal gebeuren zijn, dat gericht is op het bezegelen van samenwerking, het zich samen verenigen in vrede. De Grieken uit de tijd voor Christus hadden al zulke heilsmaaltijden (agape). Ook op Java vinden wij de heilsmaaltijd, de selamatan. Als na alle overleg (musyawarah) in een dorpsgemeenschap een karwei als bijvoorbeeld het inhalen van een oogst of de bouw van een dam, is voltooid in goede onderlinge samenwerking (gotong royong), gaan de mensen dat samen vieren in een bezegelings- of heilsmaal, de selamatan. Die moet niet vergeleken worden met onze Westerse diners, die het al te vaak moeten hebben van hun rijkdom aan spijzen. Bij de selamatan volstaat men vaak zelfs slechts met ieder een handje witte rijst, d.w.z. het eten is geritualiseerd tot een gebaar van vreedzame saamhorigheid. Het ritueel is belangrijker geworden dan het voedsel. In zijn uiterste vorm is die oude heilsmaaltijd tot ons gekomen in de eucharistische maaltijd van de heilige Mis in de katholieke kerk, waar de deelnemers zich door het eten met elkaar verenigen in Christus.

Als we dat alles overzien, dan blijkt dus dat de mensen hun steeds weerkerende voedselbehoefte en hun voedingszorgfunctie voor heel wat

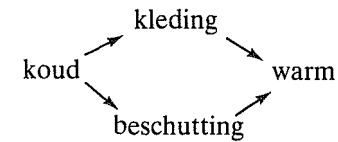
meer zijn gaan gebruiken dan alleen maar eten om hun buik vol te krijgen.

Boven de laag van technisch-materieel bezig zijn ligt een *bovenbouw* van andere behoeften, andere processen en andere effecten. Die bovenbouw is van emotionele aard en heeft sociale functies. Wij zouden haar de *psycho-sociale bovenlaag* van een zorgfunctie kunnen noemen. Ze is minder zichtbaar en opvallend dan de technisch-materiële *onderlaag*. Daar komen bijvoorbeeld voor de voedingsfunctie winkels aan te pas, koelkasten, fornuizen, potten, pannen, tafels, serviesgoed. Maar dat wil niet zeggen dat de bovenlaag, al is ze minder *zichtbaar*, minder *belangrijk* zou zijn.

In de *heilsmaaltijden* is haar belang *veel* groter dan de strikte voedingsfunctie.

De vraag is gewettigd of deze waarnemingen uitsluitend gelden voor die heel centrale voedingszorgfunctie. Laten wij dus eens kijken naar enkele andere zorgprocessen.

b. *Zorg voor kleding en beschutting*. In ons koude klimaat kan je het technisch-materiële zorgproces omschrijven met :



Maar dat is helemaal niet het enige wat er gebeurt. Kleding kan ook gebruikt worden om de aandacht te trekken; om er 'mooi' uit te zien of om een bepaalde boodschap over te brengen, dus een *signaal* te geven. Een politie-uniform, een verpleegstersschort, een werk-overall zijn kledingstukken die aan de omgeving een signaal geven over de functie van de drager. Veel vrouwen, meer dan mannen, *genieten* van hun kleding. Soortgelijke ontwikkelingen zie je ook wat betreft de *beschutting* die een woning moet bieden. De primaire behoeften van ondersteuning van de warmteregulatie van het lichaam en het verhogen van de veiligheid t.o.v. invloeden van 'buiten' zijn al lang 'verdubbeld' naar een andere laag van zorg. Het moet ook mooi zijn, onze aantrekkelijkheid vergroten, gemakkelijk zijn en wat het wonen betreft ook onze voorkeuren, hobby's en status aan andere mensen laten zien. Doordat zorgen een *dubbellaag*

vertoont is het in de Westerse maatschappij steeds ingewikkelder en moeilijker geworden, omdat we ons al lang niet meer tevredenstellen met de technisch-materiële laag, maar steeds meer betrokken raken bij allerlei bijkomende zorgpatronen in een bovenlaag die door de cultuur wordt gedictieerd.

c. *De zorg rond een gehandicapte*; een voorbeeld uit de gezondheidszorg. Een man van middelbare leeftijd heeft een ernstig auto-ongeluk gehad en ligt in het ziekenhuis. De zorgverlening die hij daar krijgt is uitstekend! Hij krijgt goede medische zorg voor zijn fracturen en wonden. De verbanden worden vakkundig aangelegd. Zijn bed is schoon, hij krijgt op tijd aangepast voedsel; later wordt hij gerevalideerd; hij krijgt een prothese en moet ermee oefenen, etc. Al deze zorg voltrekt zich in de technische onderlaag. De behoeften zijn daar duidelijk vast te stellen: fracturen en wonden die genezen moeten worden en functies die weer geleidelijk hersteld moeten worden.

Voor de *professionele zorgverleners* heeft dat hele proces ook weer een bovenlaag.

Men beleeft voldoening aan een gunstig verloop. Men is zinvol bezig. Men beleeft zijn onmisbaarheid voor de zorgbehoevenden. Dat versterkt het gevoel van eigenwaarde. Men heeft de leiding over de patiënt, omdat men weet wat er materieel-technisch gebeuren moet. Sommigen genieten daar onbewust van, omdat het hun verlangen naar macht, naar zeggenschap bevredigt.

Maar ook de *verzorgde* ervaart zijn zorgbehoeften op twee niveaus.

Natuurlijk is *zijn* behoefte in de eerste plaats het genezen van zijn fracturen en wonden. Het bezigzijn van zijn zorgverleners zal hem daarom vaak met een gevoel van geruststelling en dankbaarheid vervullen. Maar het technisch-materiële proces gaat voor hem gepaard met een hele reeks nadelen. Hij voelt zich afhankelijk. Leven zoals hij gewoon was kan vaak in de instelling niet. Hij ervaart pijn, onzekerheid en frustraties. Al is het niet in de eerste plaats *zijn* opgave dat hij technisch geneest, hij heeft los daarvan door zijn verwondingen hele nieuwe en grote zorgopgaven gekregen, die vooral liggen in het emotionele en sociale vlak. Hoe zal het verder gaan met zijn huwelijk? Zal hij zijn werk weer kunnen hervatten? Zijn seksualiteit is 'stopgezet', alsof dat zomaar zou kunnen! etc. etc.

Zo zien we, dat elk van beide partijen, de verzorgers en de hulpbehoevende,

ieder bezig zijn met *heel andere* zorgprocessen dan de ander. Bij de zorgverleners ligt de nadruk op het technisch-materiële bezigzijn, al beleven zij vaak de voldoeninggevende bovenlaag ook wel. Bij de patiënt ligt de zorg vooral in het psychosociale vlak en speelt de technisch-materiële zorg een veel kleinere rol. Die neemt pas toe als hij zelf actief gaat deelnemen in zijn revalidatie.

d. *Stervensbegeleiding*. Een laatste voorbeeld. Een kind ligt op sterven in het ziekenhuis. Dokters en verpleging doen wat ze kunnen om het stervensproces te verlichten. Dringen zij door in de diepere emotionele lagen van het kind?

De moeder neemt het stervende kind in haar armen en zegt vanuit de diepte van haar verdriet: 'Ga maar rustig heen! *Ik* ga met je mee'. De moeder kon dat naar waarheid zeggen. Als haar kind sterft, dan sterft zij zelf ook voor een stuk mee. De zorg voor haar kind, haar verwachtingen voor de toekomst, het stuk van haar eigen leven dat zij dat kind heeft gegeven, sterven af.

Het grote verschil in zorg-dubbellaag is hier heel duidelijk te zien.

De beroepsmensen kunnen veel materieel-technische zorg geven, maar de emotionele bovenlaag van dat zorgen is vaak maar heel mager.

De moeder neemt het kind misschien onhandig in haar armen en die 'bescherming' heeft medisch-technisch minder te betekenen dan het infuus of de injecties, maar de emotionele bovenlaag heeft grote kracht en betekent een psychische zorgverlening die nauwelijks meer te bevatten is.

2. HET DUBBELLAAG-MODEL. DE PSYCHO-SOCIALE 'WEER-SPIEGELING' VAN DE ZORGPROCESSEN

Uit de waarneming van de werkelijkheid blijkt dat zorg verlenen zich steeds voltrekt in *twee* lagen:

1. *De zichtbare, actielaag*, meestal van technisch-materiële aard. De nood is in deze laag expliciet en meestal duidelijk omschreven. Het te verwachten of verlangde effect eveneens. Het zorgproces is duidelijk herkenbaar, reproduceerbaar en in stappen te verdelen. Wij noemen dit de basis- of onderlaag van het zorgverlenen.
2. Maar er is nog een andere laag. Het is of de materiële 'zorgbrug' zich weerspiegelt in het stromende water van de emotionaliteit.

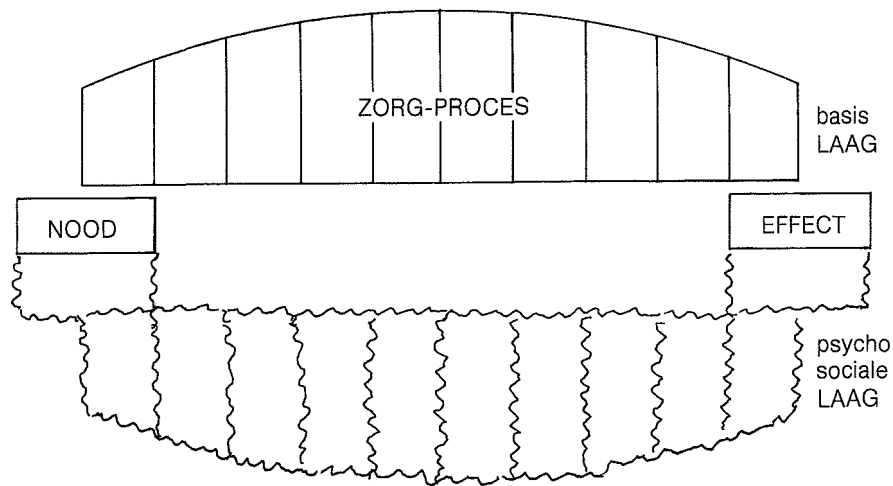


Fig. 9.

De zorgfunctie-'brug' is het meest *tastbaar*. Hij is ook meer *vast*. Maar het zou onzin zijn om te zeggen dat de weerspiegeling van een brug in het water niet bestaat. Ze is er, al is dat op een heel andere manier dan de brug zelf. De weerspiegeling is veel wisselender van uiterlijk dan de brug zelf. Als het water rustig en vlak is, zal de weerspiegeling scherper en helderder zijn dan op onrustig water.

De 'weerspiegeling' noemen we de psycho-sociale laag. Ze is vaak niet minder belangrijk al is ze minder tastbaar of zichtbaar dan de zorgactiviteiten zelf.

Heel dit verhaal over die 'weerspiegeling' is nog maar een beeld, een vergelijking met een brug over een rivier. Wij moeten proberen om ons begrip over het zorgen in nauwkeuriger bewoordingen vast te leggen. Om dat te kunnen hebben wij het woord *perceptie* beslist nodig.

Perceptie is de wijze waarop een bepaalde prikkel door de ontvanger van die prikkel wordt waargenomen, ervaren, beleefd. Wanneer bijvoorbeeld een kind aan het stoeien is en daarbij een schram (prikkel) oploopt, merkt het dat pas als het stoeien voorbij is. Maar als een kind bij de dokter eenzelfde schram krijgt, bijvoorbeeld voor een vaccinatie, *voelt* en ervaart het die schram veel sterker. In het eerste geval is de pijn-gewaarwording, de pijnperceptie heel laag door de sterke concentratie van het kind op zijn spel. In het tweede geval is de pijnperceptie hoog, omdat het kind pijn verwacht en daarop geconcentreerd is. Perceptie van eenzelfde actie kan

bij twee personen zelfs totaal tegengesteld zijn. De beleving van een puber op een crossmotor met afgezaagde knalpijp is wat betreft het oorverdovend kabaal dat hij voortbrengt uiterst positief. Het geeft hem het gevoel dat hij een machtige held is die de wereld beheerst. Voor de wandelaar in het bos waar 'gecrosst' wordt is dat geluid afschuwelijk en een zonde tegen de rust van de natuur. Hij verfoeit het. Zijn perceptie is uiterst negatief. We leren daaruit dat de gewaarwording of perceptie van *eenzelfde* prikkel heel verschillend kan zijn, afhankelijk van factoren die op zich niets met die prikkel zelf te maken hebben.

Om het voorbeeld van de weerspiegeling van de brug in het water nog eens te gebruiken: *dezelfde* brug kan op *allerlei* wijzen weerspiegeld worden in het water, afhankelijk van het oppervlak en de kleur van het water, stroming, wind, waterstand, zonneschijn of regen, etc. Ook de perceptie van de dagelijkse werkelijkheid rond ons is voor verschillende mensen vaak verschillend. Eenzelfde werkelijkheid kan prettig bij je overkomen: bijvoorbeeld drukte op straat kan je gewaarworden als gezellig, actief, levend, opwekkend. Maar op een ander moment als je bijvoorbeeld erg moe bent of verdrietig, doet diezelfde drukte je onprettig aan. Je vindt ze onrustig, lawaaierig, storend.

Wat voor allerlei gebeurtenissen om ons heen geldt, zien we ook bij de zorgverlening.

Iedere zorgverlener weet uit ervaring dat een zorghandeling in een inrichting door de ene bewoner (of patiënt) heel anders wordt ervaren en beleefd dan door een andere. Wat de ene waardeert als prettig, blijkt een ander heel naar te vinden. Zo kan ook de ene persoon het verpleeghuis heel positief ervaren terwijl een ander van datzelfde verpleeghuis een negatieve perceptie heeft. Hij vindt het afschuwelijk.

Aan die verschillen in persoonlijke perceptie en waardering moeten we veel meer aandacht geven. Je kan het niet afdoen met de woorden 'Och, dat is maar aanstellerij' of 'hij zal er wel aan wennen' enz.

Er doen zich twee verschillende situaties voor.

1. In inrichtingen met goede technisch-materiële zorg (goede behuizing, goed eten, alles netjes in orde en verzorgd) wordt de hele toestand door het merendeel van de bewoners toch vaak negatief beleefd.

Het lijkt dan het meest waarschijnlijk dat er iets mis is met het *systeem* van zorgverlening. Naar onze ervaring bestaat dat vaak in een te grote aandacht voor het functioneren van de inrichting zelf (orde, netheid,

stiptheid, efficiency, werktempo, zakelijkheid). De inrichting kijkt *teveel* naar de technisch-materiële onderlaag van het zorgen en te weinig naar de psycho-sociale bovenlaag die van zo grote betekenis is voor de perceptie van de verleende zorg. Bij algemene negatieve perceptie in een groep van verzorgden dient men het systeem van de zorgverlening voor die groep te veranderen (bijvoorbeeld meer zelfzorg en mantelzorg mogelijk maken; minder betutteling, etc.). Wij gaan daar in paragraaf 4 van dit hoofdstuk verder op in.

2. Als er grote verschillen bestaan in perceptie tussen diverse verzorgden bij eenzelfde technisch-materieel zorgproces, moeten we de redenen niet zoeken bij dat proces en niet bij ons systeem van zorgverlening in de eerste plaats, maar veeleer bij de *aard* van de diverse verzorgden. Er zijn mensen die gauw tevreden zijn. Plezierige mensen die zelfs een fout die iemand maakt vergoelijken willen. Dat is het type mensen die neigen tot een positieve perceptie. We noemen ze in de zorgverlening 'makkelijke' bewoners, cliënten of patiënten. Andere mensen zijn van nature mopperig en ruzieachtig. Nooit is er wat goed; altijd is er nog wel wat aan te merken. Dit slag mensen neigt tot een negatieve perceptie. We noemen ze lastig en schelden op ze: 'Mopperpot, zuurpruim'. Maar ze zijn *voor zichzelf* ook lastig en moeilijk. Ze hebben dus veeleer hulp nodig om hun perceptie-stoornis te verbeteren. Gedragstherapie kan dan heel gunstig werken, zowel voor de bewoner als zijn hulpverleners.

Uit alles wat tot dusver gezegd is over de dubbellaag-theorie van het zorgen, kan het nu duidelijk zijn, dat zorgverleners *tekort schieten*, wanneer ze zich eenzijdig bezig houden met het technisch-materiële zorgverlenen en de psycho-sociale bovenlaag (inclusief de zorgperceptie bij de verzorgden) niet in hun aandacht betrekken en er in grote mate rekening mee houden. Op de vraag hoe dat moet, zullen we verderop nader ingaan, na eerst de eenvoudigste situatie bekeken te hebben, nl. bij zelfzorg.

Bij *zelfzorg* vallen zorgvrager en zorgverlener samen in een en dezelfde persoon. Daar is dus sprake van één dubbellaag bij een zorgproces. De zelfzorger houdt beide lagen zelf met elkaar in evenwicht want hij neemt de beide soorten effecten zelf waar en kan dat evenwicht dus zodanig proberen te leggen dat zijn welbevinden er zo groot mogelijk door wordt. Die zorg richt zich overigens niet uitsluitend op eigen lichaam en geest. Ook zorg voor de dingen om je heen, voor planten, voor een huisdier

hebben een emotionele inhoud naast de technisch-materiële. Soms is die psychische kant belangrijker dan de materiële en wordt zulk een karweitje gekozen omwille van de satisfactie van het bezig-zijn op zichzelf. Dat is bijv. de reden dat oude tante Anna elke dag stof afneemt in haar propvolle kamer. Het is volstrekt overbodig maar ze geniet van dat bezigzijn, dat haar tijd vult en haar via al die dingen verbindt met haar levensgeschiedenis en haar identiteit.

3. RELATIES TUSSEN TWEE DUBBELLAGEN BIJ MANTELZORG

Bij *mantelzorg* zijn steeds tenminste *twee* personen betrokken die dus *allebei* en vaak op verschillende wijze de dubbellaag van het zorgproces ervaren waarmee ze bezig zijn, resp. wat ze ondergaan. Elk van beide zal streven naar zo groot mogelijk welbevinden bij het voltrekken van een zorgproces. Hun doelstellingen kunnen daarbij tegenstrijdig zijn. Bijvoorbeeld: de verzorgde wil tijdens de wasbeurt veel praten maar de zorgverlener wil opschieten want ze heeft het druk.

Wat voor percepties doen zich zoal voor in de psycho-sociale dubbellaag? Dat moeten we weer in de dagelijkse werkelijkheid bekijken. We lichten daaruit een paar typische voorbeelden van eenvoudige zorgrelaties en kijken dan naar de *zorgpercepties*. Een vrouw brengt haar man 's morgens op bed een kop koffie. Het zorgen voor zijn koffie heeft *twee* effecten: het is lekker, lest zijn dorst en hij wordt er goed wakker van (de actielaag van deze zorg). Hij wordt er bovendien prettig door gestemd. Iemand heeft wat voor hem over. Iemand doet hem een plezier. Hij heeft een beetje dankbaar gevoel. Zo zijn er honderden grote en kleine zorgen in het dagelijkse leven, die (mits wederkerig gegeven!) een psychische dubbellaag vertonen met veel positieve kanten.

Behalve positieve percepties van mantelzorg komen echter ook negatieve percepties voor. Een kind dat vuil geworden is door het spelen protesteert luide, nu zijn moeder met een natte waslap zijn gezichtje afboent. Het kind heeft nog geen benul van hygiëne, de moeder wel.

De perceptie van het kind is negatief. Uit tal van soortgelijke situaties blijkt dat zorg van een ander negatieve percepties opwekt bij de zorgontvanger wanneer:

- a. de *reden* van de zorgverlening niet wordt begrepen.
- b. men het met de opgegeven reden *oneens* is. Als de zorg dan *tóch* wordt verleend, wordt dat als dwang ervaren.
- c. de zorgverlening *niet aansluit* op het zorgverlangen. Bijvoorbeeld: Iemand wil graag koffie op bed als hij wakker wordt en vindt dat fijn. Maar zijn perceptie wordt *negatief* als hij *elke morgen*, op *dezelfde tijd*, die door de koffiezetter wordt bepaald, zijn koffie krijgt en daar zelfs voor wordt wakker gemaakt.
- d. de zorgverlening door iemand wel als noodzakelijk wordt begrepen, maar hij de *lasten* ervan niet vindt opwegen tegen het resultaat. Bijvoorbeeld: Iemand moet eigenlijk als bejaarde dagelijks een half uur wandelen aan de arm van zijn dochter, maar zijn gewrichten zijn vandaag erg pijnlijk. Het weer bevalt hem ook al niet. Hij besluit om van de zorgverlening van zijn dochter af te zien en als ze toch wordt doorgezet, 'want de dokter heeft gezegd dat het zo goed voor je is', ontstaat een negatieve perceptie.

Negatieve percepties bij de ontvanger van *mantelzorg* monden zelden uit in diepe frustraties. Het draagvlak van het *echt bij elkaar horen* scheidt ook de emotionele warmte waardoor voorbijgaande kleine negatieve percepties al snel weer oplossen.

Hoe gezonder iemands mantelzorgnetwerken zijn, hoe gemakkelijker negatieve zorgpercepties verwerkt worden. Daarbij komt dat het zeer persoonlijke relatiepatroon bij mantelzorg het gemakkelijk maakt voor zorgverlener en zorgontvanger om over de verleende zorg samen te praten. Er is veel ruimte voor overleg, onderhandelen, compromis en zelfs protest. De moeder zal bijvoorbeeld niet gauw echt boos worden als haar kind pruttelt en zeurt wanneer het een flinke wasbeurt krijgt omdat het zo vies was geworden en haar eventuele boosheid weer snel vergeten en nog evenveel van het kind houden.

Heel anders ligt het als het netwerk van de genoten minder sterk en gezond is. Dan kan mantelzorg iets van dwang krijgen. Ze kan benauwd en klef worden.

Voorbeelden zijn: Het opdringen van eten door familieleden bij een feest aan een van hen die een dieet heeft, of overmatige belangstelling en bemoeizucht van familieleden of 'de buurt' met iemand van hen die in persoonlijke moeilijkheden zit of met een interne kwestie.

Ik hoorde van een dorp waar de buurtbewoners afspraken om elkaar te begraven als er iemand dood zou gaan. Mensen die daar niets voor

voelden, zijn zelfs verhuisd naar elders om zich aan zulk een benauwende verplichting te onttrekken. Ook bij mantelzorg is dus oplettendheid van de zorgpartners onmisbaar, niet enkel inzake de *eigen* psychosociale zorglaag, maar vooral ook inzake die van de *ander*.

De verlener van mantelzorg wordt zelf natuurlijk eveneens met de dubbel-laag van zijn zorgen geconfronteerd. Ook hier zijn positieve of negatieve percepties mogelijk.

Bij een goede onderlinge relatie zal de zorgverlener het verlenen van mantelzorg meestal positief ervaren, omdat juist in dat zorgen het goede van de relatie mede en voortdurend tot uitdrukking kan worden gebracht. Dit geldt in het algemeen voor de normale mantelzorgverlening in gezonde huishoudens. Een voorwaarde is, dat de zorgverlening ook wederkerig is en niet al te zeer belastend, zoals het geval is wanneer een zorgontvanger zwaar invalide wordt.

Dan gaan de negatieve kanten overheersen: het aangetast raken van eigen vrijheid, de onontkoombaarheid van het zorgen; het 'voortploeteren'.

Negatieve percepties gaan eveneens overheersen wanneer de relatie tussen de mantelzorgers slechter wordt door allerlei oorzaken buiten de zorgverlening, zoals bijv. ontrouw, niet bij elkaar blijken te passen, etc. Er ontstaat tegenzin tegen het zorgen die dan weer leidt tot minder goede zorg, waardoor de relatie verder wordt verstoord, enz. enz.

4. ZORGPERCPTIES BIJ BEROEPSZORG

Om te kunnen begrijpen wat er precies allemaal gebeurt, kijken we weer naar de werkelijkheid en zijn vele variaties.

Eerst eens kijken naar vroegere beroepszorg *IN* het huishouden. Mensen die het betalen konden, hadden een huishoudster of een dienstmeisje.

Voorals die langer in een gezin gewerkt hadden, ontstonden goed omschreven zorgpatronen die heel nauwkeurig op elkaar waren ingespeeld. De relaties konden dan heel *persoonlijk* zijn. Het 'personeel' werd tot op zekere hoogte gezinslid. Als het goed was, hield men echt rekening met elkaar. Tussen het gezin en de inwonende personeelsleden ontstond een emotionele band. Bejaarden konden op deze wijze haast altijd in hun eigen huis hun levensende bereiken.

De beschreven situatie was de positieve vorm van dit soort zorgverband. Dit leefpatroon had een elitair karakter. Het werd nogal eens *misbruikt*

door mensen die wel het geld hadden maar niet de menselijkheid en beschaving om goed met hun personeel om te gaan. Veel zgn. 'mevrouwen' verdienden de naam van dom, lui, verwend of verwaand, omdat ze hun dienstpersoneel uitbuiten, onbillijk behandelden of tiranniseerden alsof het slaven waren. In onze tijd is dit soort beroeps-zorgverlening totaal verdwenen.

Wat ervoor in de plaats is gekomen is de *georganiseerde, geïnstitutionaliseerde, geconcentreerde, gefragmenteerde, geformaliseerde beroepszorgverlening*.

Een hele reeks woorden die onze huidige professionele zorg omschrijven en die wij nu eerst stuk voor stuk moeten bespreken om de emotionele inhoud en de psycho-sociale dubbellaag van de zorgrelaties tussen professionele zorgverleners en zorgbehoevenden beter te kunnen begrijpen.

a. *Beroepszorg is georganiseerd*

Steeds minder richt een zorgvrager zich tot een bepaalde *persoon* en steeds meer moet hij zich richten tot een *organisatie*. Dat geldt voor beroepszorg over de hele linie. Heeft men hulp in het gezin nodig, dan richt men zich tot 'De gezinszorg' en krijgt dan iemand toegewezen.

Een verpleegkundige nodig bij ziekte? Men gaat niet naar een verpleegster in de buurt, maar richt zich tot de *kruisvereniging* die een wijkverpleegkundige stuurt.

Zit men in een sociaal probleem dan moet men naar 'de sociale dienst'. Is er een probleemkind, dan gaat men naar een Riagg.

Vroeger kon men een half mensenleven lang steeds wanneer dat nodig was, een beroep doen op zijn eigen vertrouwde huisarts die je persoonlijk door en door kende. Nu is men steeds meer aangewezen op de *groepspraktijk*, polikliniek of ziekenhuis waarin men nauwelijks meer te maken krijgt met 'mijn' dokter of specialist, maar veeleer met allerlei specialisten en hun assistenten.

b. *Beroepszorg is geïnstitutionaliseerd*

Heel veel verzorging van allerlei soorten zorgbehoevenden is weggehaald uit de woongemeenschappen en ondergebracht in instituten, instellingen en gestichten.

c. *Concentratie van zorgverlening in instellingen*

Doordat in onze eeuw de wetenschap en techniek een reusachtige vlucht hebben genomen, kreeg allerlei zorgverlening steeds meer de beschikking over technische *apparaten* en *hulpmiddelen*.

In het huishouden kan men dat goed beseffen als men eens samen met zijn oude grootmoeder rondkijkt en haar vraagt: 'Hoe deden jullie dat vroeger eigenlijk, zo'n 60 jaar geleden?' Het verschil is ongelooflijk groot. Van kolenkachel, gaslamp en veger-en-blik naar de apparaten van het moderne huishouden, die allerlei functies hebben overgenomen of vereenvoudigd, zodat het *beroep* van huisvrouw deels is komen te vervallen en vrouwen gemakkelijker een beroep buitenshuis kunnen nemen, of tijd hebben voor andere dingen. Wat voor het gezin in het klein geldt, gaat voor de meer ingewikkelde soorten professionele zorg op in het groot. De geneeskunde en de verpleegkunde zijn over steeds meer en steeds kostbaarder apparatuur gaan beschikken. Operatiekamers met klimaatbehandeling en hoog gespecialiseerde instrumenten en apparaten; Röntgenafdelingen; bestralingsapparatuur; laboratoria etc. etc. Tientallen miljoenen worden daar in een gewoon ziekenhuis al aan besteed! Die apparaten vereisen gespecialiseerde werkkrachten, wat bijgedragen heeft aan de zogenaamde 'functie-differentiatie'. Dat alles is alleen verantwoord, als zulke kostbare voorzieningen zo volledig mogelijk in gebruik zijn. D.w.z.: concentratie van apparatuur, specialisten *en dus ook patiënten*. Het concentratieproces leidt, alleen al op de hier geschetste gronden, tot steeds grotere ziekenhuizen.

d. *Versnippering van zorgverlening rond de cliënt*

Hoe meer de schaal van de zorgverlening groeit door de drie boven beschreven ontwikkelingen, hoe meer mensen erbij nodig zijn. Die mensen hebben 40-urige werkweken, maar het aantal deeltijdwerkers neemt voortdurend toe. Dat heeft tot gevolg dat een en dezelfde zorgbehoevende, vooral in een instelling, op een groot aantal zorgverleners is aangewezen: ochtend-, middag-, avond- en nachtdiensten, weekenddiensten en invallers wegens vakanties. Tientallen verschillende mensen, die je als zorgverlener omringen, maar niemand die nu speciaal voor *jou* zorgt, die je kent en waar je vertrouwd mee raakt. De beroepszorgverlening is dus *versnipperd* geraakt, in fragmenten uit elkaar gevallen, gefragmenteerd. Dat proces werd nog versterkt doordat de werkzaamheden in een aantal functies werden verdeeld, en elke functie door daarvoor

aangewezen hulpverleners uitgevoerd. Op een verpleegafdeling maken er twee de bedden op van patiënten, één zorgt voor bloemen, een ander gaat met medicijnen rond etc. etc. De patiënt ziet een *stroom* zorgverleners langs zijn bed gaan en krijgt er geen vat op. De zorgverlener wordt een nummer; hij wordt anoniem. Ook het contact dat de zorgverleners kunnen opbouwen met de patiënten blijft daardoor erg oppervlakkig.

In de sociale hulpverlening is het minder erg, maar toch óók veel te veel versnipperd. Het vele 'team-overleg' tussen alle hulpverleners rond één cliënt is daar een duidelijke demonstratie van.

Het grote bezwaar van de versnippering wordt thans wel onderkend. In de ziekenhuizen gaat men geleidelijk over tot zgn. 'team-verpleging'. De verpleegafdeling wordt gesplitst in kleinere eenheden die elk hun vaste deel van het afdelingspersoneel hebben en houden, zodat de patiënt door een veel kleiner aantal hulpverleners wordt verzorgd.

e. *Formalisering van de beroepszorg*

Elke bezigheid, hoe eenvoudig ook, moet tegenwoordig door een 'gediplomeerd' persoon worden verricht. Dat heeft grote consequenties. Ineens is iedereen, die een diploma niet heeft, geen 'deskundige' meer. De neiging ontstaat om meer te hechten aan weetjes en cursussen dan aan ervaring uit de praktijk. Het *diploma* verleent status, die dan niet meer zozeer voortkomt uit de waarde van de *persoon die de zorg verleent*. De waarde van iemands *werk* wordt niet meer de voornaamste maatstaf van waardering of beloning, maar veeleer de *diploma's* die iemand heeft. Dat bevordert een zekere verstarring in de organisatie. Er ontstaat een 'diploma's-maatschappij' met 'diplomastanden', die vaak niet samenvalt met een indeling in menselijke waarden. Ze geeft gemakkelijk aanleiding tot formalisme en betweterij. 'Ik weet het, want ik heb daar een diploma voor.' En al zegt het gezonde verstand dat je het in dit geval beter anders zou kunnen doen, daar heeft de gediplomeerde geen boodschap aan.

Het beeld dat we hier geschetst hebben van professionele zorgverlening in onze huidige maatschappij, is de *negatieve* kant van het professionele zorgen.

We zouden ook de andere kant van de medaille kunnen bekijken en dan de nadruk leggen op het vele goede dat door de moderne professionalisering tot stand wordt gebracht. Dat zou een verhaal op zichzelf zijn, maar daar zouden we niet veel mee opschieten, want het gaat ons hier immers niet om de *technische* en *materiële* kwaliteit van de zorgverlening.

Het gaat om de vraag naar de *emotionele laag*, die gepaard gaat met de technisch-materiële laag van de zorgactiviteiten. Die *zorg-perceptielaag* is verschillend voor de zorgverleners en voor de zorgontvangers. Het onderzoek van ten Have in het verpleeghuis heeft nog eens duidelijk aangetoond wat veel insiders al wel aanvoelden. De zorgperceptie van de *zorgverleners* is in het algemeen positief. Zij ervaren hun werk als nuttig, menslievend, en bevredigend. Het is 'druk', maar het heeft veel kanten die voldoening schenken. Men heeft een zekere status en gezag t.o.v. de verzorgden. Men heeft het gevoel dat men *nodig* is. Kortom: de zorgverlener kan zich met zijn taken, zijn arbeidsveld en omgeving goed identificeren. Zijn bezigzijn is voor hem emotioneel positief. Zijn beroep is niet enkel zorg om aan een inkomen te komen, zodat men daarvan leven kan. De perceptie van het beroepsmatige bezigzijn is tegelijkertijd ook het zorgen voor eigen levensvulling en ontplooiing. Veel niveaus die we in Maslow's piramide hebben gezien (hoofdstuk 2), komen bij de zorgverlener tot verwerkelijking.

Maar de perceptie van de zorgverlening bij de *zorgontvangers* is een totaal andere. Uit hetzelfde onderzoek van ten Have bleek dat die perceptie meestal negatief is gekleurd. Dat geldt meer, naarmate de cliënt meer en langer afhankelijk is van beroepszorg voor zijn lichamelijke functies. Het verpleeghuis voor somatische patiënten is de instelling waar de perceptie van beroepszorg door zorgbehoevenden het meest negatief is. In verzorgingshuizen en bejaardenoorden is dat meestal minder. Maar deze uitspraak geldt natuurlijk niet voor *alle* bewoners. Er zijn er ook die beroepszorg heel positief ervaren. Ze vinden het heerlijk om niet meer overal zelf voor te hoeven zorgen. Het geeft hen een gevoel van veiligheid.

Waarom leidt de meestal technisch toch heel goede zorg tot zulke negatieve percepties bij de meeste verpleeghuispatiënten? M.a.w. waarom is de actielaag zo goed en de emotionele laag daar helemaal niet mee in overeenstemming? Of met nóg andere woorden: waarom zorgen wij zo uitstekend voor hun eten, onderdak, hygiëne etc., zonder dat dat bijdraagt tot hun *welzijn*. Integendeel! Velen die *thuis* nog in een redelijk welzijn verkeerden, al hadden ze daar onvoldoende verzorging, verliezen dat vaak in het verpleeghuis.

En het gaat in Nederland om rond 45.000 mensen die in verpleeghuizen verblijven!

Wel de moeite waard om het grote verschil in beide zorglagen te bekijken en er onze lessen uit te trekken voor allerlei beroepszorgsituaties.

Uit tal van onderzoeken komen de volgende oorzaken tevoorschijn.

1. Het verlies van *noodzakelijke* zelfzorgfuncties kwetst een mens vaak in zijn gevoel van waardigheid (zie hoofdstuk 4).
2. De inrichting maakt de gehandicapte patiënt nóg meer gehandicapt, omdat hij allerlei dingen niet meer *mag*, die hij nog wel *kan*.
3. Doordat de patiënt *zelf* voor haast *niets* meer zorg hoeft te hebben, raakt hij los van zijn meest vertrouwde levenspatroon: het zorgend bezig zijn.
4. De *zin* van het bestaan gaat grotendeels verloren. Vroeger werd door gelovige mensen ouderdom, beperkingen en lijden als een vanzelfsprekende en positieve zaak gezien. Lijden had *zin*. Het werd ervaren als een *eervolle* deelname in Christus' verlossende lijden. Het betekende dus iets heel positiefs, ook voor de medemens.
5. Elke nieuwe dag betekent voor velen een nieuw stuk leegte. Wat heeft oefentherapie voor zin als men weer beter leert lopen, maar er niets is waar je dan naar toe mag lopen. Bezigheidstherapie of knutselen wordt dan ervaren als een *surrogaat*, een afleiding van het wezenlijke wat er gebeurt: men zit alleen nog maar zinloos te vegeteren tot men doodgaat. Hun dag is als een klok zonder wijzerplaat. Ze doden de tijd tot de tijd hen eindelijk doodt.
6. De affectieve banden zijn grotendeels of totaal verscheurd. Kinderen: weg. Familie, burens, vrienden: weg. Ja, je ziet ze zo nu en dan, maar dan zitten ze in een heel andere rol. Het zijn 'bezoekers' geworden die komen en gaan, maar waar geen actieve relaties mee mogelijk zijn. *Zij* kunnen niets *doen* voor de patiënt en de patiënt kan niets *doen* voor *hen*.
7. De zorgverleners zijn merendeels jonge mensen. Ze leven in een andere wereld. Ze hebben buiten hun werk een heel stuk eigen levensontplooiing. Onder het werk praten zij daarover. Over vriendjes, moeilijkheden, uitstapjes, feestjes, avontuurtjes. Het is alles veraf en vreemd voor de bewoner. De zorgverleners hebben geleerd om 'persoonlijk' en 'vriendelijk' te zijn. Ze stellen zich dus voor, soms wel drie keer, want ze zijn je naam weer vergeten. De zorgverlening wordt daarmee een vertoon van ongeïnteresseerde vriendelijkheid.
8. Men is haast al zijn *dingen* kwijt. De dingen zijn de *getuigen* van je

levensgeschiedenis. *Ze horen* bij je. Je ontleent er als bejaarde een deel van je status aan. Nu is dat allemaal weg. Je bent al bijna naakt, ontdaan van alle bezit, zoals op je sterfbed.

Beroepszorg die bij mensen thuis wordt geleverd, wordt meestal minder negatief ervaren dan die in de instellingen. Ze is vaak persoonlijker door geringere wisseling in de zorgverleners. Dat kan ook gemakkelijker omdat de verleende zorg veel korter van duur is, bijv. enkele malen een paar uur per week of nog minder. Daardoor is ze ook minder ingrijpend in het bestaan van de zorgontvanger. Toch kunnen ook hier nog lessen worden getrokken uit de ervaring die in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt opgedaan, zodat de perceptie van de geboden zorg bij de zorgontvanger zo positief mogelijk is en de verleende zorg zoveel mogelijk bijdraagt tot zijn welbevinden.

5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In onze technische en materialistische maatschappij zijn we gewend geraakt om ook bij onze zorgverlening vooral te letten op de technische en materiële kanten. Is de ligging goed, het eten, de hygiëne en bewassing, de orde, de verpleeghandelingen etc. etc.

Maar het zorgen blijkt niet beperkt te zijn tot deze ene laag van activiteiten. Daarmee gepaard gaat een veel minder zichtbare 'bovenlaag' van psychische, emotionele en sociale processen die gericht (zouden moeten) zijn op het verhogen van het welbevinden van de zorgontvanger.

Alle zorgverlening vertoont dus een *dubbellaag*.

Die dubbellaag is bij zelfzorg niet in gevaar, want iemand die voor zichzelf zorgt onderkent bewust of onbewust beide lagen en houdt met beide rekening.

Bij mantelzorg en beroepszorg ligt het veel ingewikkelder. De dubbellaag geldt daar zowel voor de zorgontvanger als voor de zorgverlener. Bij één en hetzelfde technisch-materiële zorgproces (bijvoorbeeld een grote wasbeurt) is de beleving, de perceptie van de zorgontvanger en die van de zorgverlener meestal *heel verschillend*. Wat de zorgverlener als positief ervaart (lekker bezig zijn; die wasbeurt was hard nodig; kijk eens hoe mooi schoon ik opa heb gekregen, enz.) kan de zorgontvanger tegelijkertijd ondergaan als heel *negatief* (afhankelijk zijn, naakt liggen, ongewone

situatie ondergaan, de wasbeurt aanvoelen als hardhandig al is ze dat helemaal niet naar het gevoel van de hulpverlener, etc.).

Bij *mantelzorg* is de psycho-sociale bovenlaag meestal redelijk veilig doordat tussen zorgontvanger en zorgverlener steeds een nauwe band bestaat van het genoot-zijn. Die band is ook van emotionele aard, want men *hoort* bij elkaar, houdt heel vaak van elkaar of op zijn minst 'mag men elkaar graag'.

Dat is een goede basis om dingen die negatief ervaren worden, met elkaar uit te praten. Daarbij moeten we wel aantekenen dat mensenwerk nooit volmaakt is en mantelzorg dus soms ook heel negatieve kanten kan hebben, die we in hoofdstuk 3 al hebben leren kennen.

Bij *beroepszorg* ligt de belevingswereld veel moeilijker. Veel beroepszorgverleners hebben een redelijk prettige perceptie van hun werk. Ze ervaren het zelf als nuttig, menslievend, een goede vulling van je bestaan; een goede mogelijkheid tot ontplooiing van je persoonlijkheid enz. enz. Velen zullen daarbij wel aantekenen dat het werk dikwijls ook wel moeilijk, ondankbaar, zwaar of veeleisend is, maar dat pleegt toch meestal maar weinig afbreuk te doen aan de positieve perceptie van het beroep.

De *zorgontvanger* van beroepszorg is er vaak veel slechter aan toe. Al zijn de technisch-materiële zorgprocessen die aan hem besteed worden ook nog zo goed, toch ervaart hij die emotioneel maar al te vaak als negatief, d.w.z. dat ze te weinig bijdragen aan zijn *welbevinden*. Een diep besef van het belang van de dubbellaag theorie, die in dit hoofdstuk is behandeld, zal de beroepszorgverlener daarom niet kunnen missen. Een open oog voor de psycho-sociale bovenlaag van de zorgprocessen bij zijn cliënt zal er veel toe kunnen bijdragen om zijn zorgverlening beter te kunnen richten op het welbevinden van de mensen voor wie hij zorgt. De redenen voor negatieve percepties bij de zorgontvanger dient men goed te kennen. Daarnaast hebben we veel aandacht besteed aan de *handicaps* waar onze huidige professionele zorgverlening *zelf aan lijdt*, met de bedoeling om ze zo goed mogelijk te gaan aanpassen aan de psycho-sociale leefwereld van de zorgontvanger.

DE BEROEPS- ZORGVERLENING

1. EEN UITGESTREKT WERKVELD

Er zijn allerlei beroepen die zorg verlenen. Zo zorgen leerkrachten ervoor dat onze kinderen onderwezen worden zodat de ouders dat niet meer zelf hoeven te doen zoals ooit het geval was.

Zo zorgt de politie voor orde, rust en veiligheid. Naast die al eeuwen bestaande vormen van beroepszorg zijn er in onze eeuw tal van nieuwe bijgekomen.

De gezondheidszorg kende vanouds de dokter en de verpleegster, maar in de laatste halve eeuw is die zorgverlening geweldig uitgebreid, vertakt en gespecialiseerd, zodat we tegenwoordig alleen al in de gezondheidszorg enkele honderden beroepen kennen die het hele leven zijn gaan omvatten vanaf de zwangerschaps- en kraamzorg tot de psycho-geriatrie en de stervensbegeleiding.

Ook in de maatschappelijke hulpverlening zijn talrijke beroepen ontstaan toen ze uit de sfeer van weldadigheid en caritas werd weggehaald naar het niveau van burgerrechten.

Op alle soorten hulp- en zorgverlening zijn de principes van de algemene zorgkunde van toepassing. Iedere soort beroeps-hulpverlener kan er zijn werk en zichzelf aan toetsen. Maar elke sector heeft daarbij wel zijn eigen bijzondere kanten. We kunnen dit in dit boek natuurlijk niet voor alle beroepen behandelen en hebben dus een keuze gemaakt. Met het oog op de enorme maatschappelijke betekenis is die gevallen op de zorg voor gezondheid, met name voor bejaarden en gehandicapten. Deze sector heeft in de afgelopen jaren de meest stormachtige groei vertoond en is nu in een sterk veranderingsproces betrokken in de richting van zorgvernieuwing. Daarom heeft ze in menig opzicht een interessante voorbeeld-

functie en kan dus dienen voor het vergroten van inzicht, ook in andere sectoren van hulpverlening.

Wij hebben de woorden zorgverlening en hulpverlening, vooral bij het bespreken van beroepszorg, door elkaar gebruikt. Vooral bij de sociale hulpverlening bestaat veelal voorkeur voor het woord hulp boven het woord zorg. In een aantal omstandigheden is daar veel voor te zeggen. Maar hulp en helpen zegt op zichzelf echter *niets* over de *inhoud* van het werk. Men kan helpen bij een diefstal of een moord. Dan is de helper een mede-dief of een mede-moordenaar. Men kan iemand helpen met zijn administratie. Dan is men een hulpboekhouder. Men kan mensen ook helpen met zorgen. In die gevallen is de *hulpverlener* ook een *zorgverlener*. Helpen en zorgen zijn dus geen alternatieve begrippen, maar zij vallen samen als het gaat over zorgen. Als we nu nog eens bedenken dat zelfzorg en mantelzorg de voornaamste zorgtypen zijn, dan wordt het duidelijk dat voor professionele zorg, op grond van zijn aanvullend en dus helpend karakter, het woord *hulpverlening* vaak heel goed past. Wanneer het gaat om mensen die hun zelfzorg en/of mantelzorg nog niet in hoge mate verloren hebben is het woord helpen en helper zelfs beter dan het woord verzorgen en verzorgende.

Het woord helpen houdt in, dat de ander zelf ergens mee bezig is en de helper hem daarbij steun biedt. Dit stelt het belang en de betekenis van de geholpene *voorop* en dat van de helpende in *tweede* positie. Hij moet er op letten dat *hij* of *zij* de zorg niet *overneemt*, maar bij het zorgen *dat de ander* doet, behulpzaam is, zodat die ander zijn eigen zelfzorg en mantelzorg zo goed mogelijk kan vervullen.

2. GROTE BLOEI VAN DE BEROEPSZORG

Door het samengaan van een hele reeks oorzaken is sinds de Tweede Wereldoorlog de vraag naar beroepszorg en hulpverlening in de gezondheidszorg geweldig toegenomen. Sommige oorzaken zijn blijvend, andere tijdelijk. Sommige zullen sterk gaan toenemen en andere afnemen. Dat alles heeft op de toekomst van de zorgverlening grote invloed. Wij behandelen nu negen oorzaken van stijging van de vraag.

a. Het is niet zo dat aanbod alleen ontstaat op grond van de vraag om hulpverlening. Het omgekeerde is, overtuigend bewezen, eveneens het

geval: *meer aanbod* doet ook *meer vraag* ontstaan.

Een voorbeeld: meer ziekenhuisbedden, dan ook meer opnamen.

b. Zonder twijfel heeft de hulpverlening ook veel *meer te bieden* dan in het verleden. Hartoperaties waren voor de oorlog nog onmogelijk en er was dan ook geen vraag naar. Nu ze op grote schaal en met verminderd risico kunnen worden uitgevoerd, is uiteraard een NIEUW VELD van hulpverlening geopend. Zo zijn er tal van nieuwe velden in de geneeskunde, de verpleegkunde en ook in de gedragswetenschappen.

c. Doordat vele ziekten die op jeugdige leeftijd tot de dood voerden (bijvoorbeeld longontsteking, difterie, tuberculose etc.) vrijwel geheel zijn uitgeschakeld, is de gemiddelde levensverwachting van de Nederlandse bevolking een van de hoogste ter wereld geworden. Maar dat heeft wel tot gevolg dat veel meer mensen blijven leven die op hogere leeftijd gaan lijden aan een chronische ziekte, een kwaal of een handicap. Zij vergroten het beroep op de zorgverlening in de gezondheidszorg. Het percentage bejaarden en vooral hoogbejaarden (boven 80 jaar) neemt steeds toe en deze bevolkingsgroep heeft een relatief hoge consumptie van professionele gezondheidszorg. Zo voerden de medische successen zélf weer tot nieuwe zorgbehoeften!

d. De spanning, stress, van het bestaan is in onze maatschappij zeer toegenomen. Er is veel onzekerheid ontstaan, bijvoorbeeld door kernwapening en atoomenergie, waarmee we nog niet hebben leren omgaan en die we nog onvoldoende beheersen. Er is onzekerheid door de zeer sterke veranderingen in de beroepsinhoud van veel werkenden. Door mechanisering en automatisering vervallen oude vertrouwde arbeidsmethoden. Men moet allerlei nieuws leren.

Dat dit niet slechts voor de industrie geldt maar zelfs ook voor de hulpverlening bewijst bijvoorbeeld al dit boek. Alles is 'in beweging', onrustig, groeiend en dus labiel, druk, opwindend, vermoeiend. Veel mensen knappen lichamelijk maar vaker nog geestelijk af op deze maatschappijveranderingen en haar tempo.

Het beroep op gedragstherapeuten, sociale werkers en allerlei soorten begeleiders is reusachtig gestegen.

e. De grote consumptieruimte die door de welvaart is ontstaan schept

uiteraard consumptie-gewoonten. Alles is te krijgen en men wil dat dan ook hebben. Dat geldt niet enkel voor materiële goederen maar evenzeer voor de beroeps-zorgverlening.

f. Die consumptie-houding wordt in hoge mate versterkt doordat veel consumptie in de sectoren van de zorg- en hulpverlening 'gratis' is. Door het stelsel van sociale zekerheid en verzekeringen heeft men heel gemakkelijk toegang tot allerlei professionele zorg. Tezamen met de andere factoren, met name ook het gretige aanbod ontstaat in veel gevallen heel gemakkelijk overconsumptie van zorgverlening. Het kostenbewustzijn van veel consumenten is vaak gering.

Hoeveel mensen weten dat een gewone ziekenhuisopname gemiddeld 6000 gulden kost?

g. Het *verlangen* naar hulp groeide uit tot concrete *hulpvraag*. De hulpvraag werd vertaald tot een *recht op hulp*.

Het *recht* op de voorzieningen werd gemeengoed, maar de *voorwaarde* waaronder van die rechten gebruik kon worden gemaakt, waren vaak zwak omschreven en zijn soms moeilijk te controleren. Zo konden honderdduizenden mensen van voorzieningen gebruik gaan maken, zoals WAO-uitkeringen, AWBZ-uitkeringen, ziekenhuisopnamen, etc. etc., zonder dat dat strikt nodig was. Dit is schadelijk voor de moraliteit van een volk (hele *straten* van grote steden gingen in de WAO!), en voor de menselijke voltooiing en waardigheid van de betrokken personen. Op de kassa van een supermarkt in een vakantie-oord zag ik een grote sticker met daarop 'liever ziek-zijn vieren, dan gezond moeten werken'. Let wel! Dit geldt natuurlijk lang niet voor *allen* die van de voorzieningen gebruik maken, maar wel voor nogal *velen*, die daarmee de *echt* zorgbehoevenden in een kwaad daglicht brengen!

Het recht op hulpverlening heeft een vergroting van de vraag tot gevolg gehad, die deels van frauduleuze aard is, deels een al te gemakkelijke weg opent naar arbeidsvrije inkomens op grond van lichte stoornissen waarmee men ander werk nog heel goed zou kunnen verrichten.

h. De Nederlandse bevolking heeft geen goede gezondheidscultuur. Dat wil zeggen dat ze te weinig moeite doet om gezond te blijven en ook *elkaar* niet ziek te maken. Eetgewoonten, leefgewoonten, arbeidsklimaat, bereidwilligheid, recreatie-gewoonten, roken, drinken, drugs, op alles is heel

wat aan te merken. Als we onze zelfzorg om gezond te blijven op een zacht pitje hebben gezet en mantelzorg te weinig waardering en toepassing vindt, ontstaat er in een bevolking heel wat meer ziekte en gestoordheid in geestelijk opzicht, dan nodig is. Bij een slechte gezondheidscultuur neemt het beroep op de hulpverlening toe.

i. Tenslotte: in de westerse wereld is elke mens zich gaan beschouwen als het meest centrale gegeven van het heelal. Alles draait uiteindelijk dan alleen om MIJ. Zulk een overmatig individualisme leidt ertoe dat ieder individu hulp tot het uiterste zal eisen. Wanneer het individuele bestaan veel meer wordt beleefd als een voorbijgaand onderdeel van een blijvende gemeenschap (bijvoorbeeld het dorp), heeft het IK een heel wat bescheidener betekenis. Het IK verlangt dan ook niet zoveel.

Heel deze omvangrijke verzameling van zorgvragen heeft geleid tot langzamerhand onaanvaardbare en zelfs ondraaglijke kosten. Bovendien is het tezeer steunen op uitsluitend professionele zorg schadelijk gebleken. We zullen dus het beroep op zorgverlening moeten proberen in te perken. Op het niveau van de overheid gebeurt dit door subsidiebeperking, personeels-stops en het verlagen van normen voor personeelsbezetting. In het eigen persoonlijke werkveld geeft dat aanvankelijk natuurlijk spanningen omdat men *hetzelfde* werk met minder mensen moet gaan doen. De sleutel is ook hier: zorgvernieuwing! Laat geleidelijk de verzorgden weer zelf wat meer doen en ga waar mogelijk de familie weer inschakelen.

3. THUISZORG VOOR BEJAARDEN EN GEHANDICAPTEN

Men komt steeds meer terug van het opnemen van mensen in inrichtingen (zgn. residentiële zorg), als dat niet absoluut onvermijdelijk is omdat het thuis met de verzorging echt niet langer gaat, ondanks alles wat men gedaan heeft om die verzorging thuis overeind te houden. Ook het regeringsbeleid is daar op gericht: opvang en verzorging zo veel mogelijk in de 'eerste lijn', extra-muraal, buiten de muren van een inrichting dus.

Om wat voor en hoeveel zorgverlening gaat het thuis dan eigenlijk precies? Is beroepshulp hier altijd bij nodig of alleen maar makkelijk, of

alleen nodig onder bepaalde omstandigheden. Belangrijke vragen. Vanuit verschillende onderzoeken hebben wij daar meer zicht op gekregen. Allereerst: 'thuiszorg is niet een pot nat'. Ze toont grote verschillen voor diverse groepen zorgbehoevenden.

In schema ziet de zorgverlening er als volgt uit:

a. *Bejarenden*. Die kunnen zelfstandig leven zonder beroepszorg. Net als de middelbare leeftijdsgroepen redden zij zichzelf wel, tenzij onder bijzondere omstandigheden. Als ze alleen wonen en eens een keer ziek zijn, is tijdelijke beroepshulp meestal wel noodzakelijk, vooral als er geen mantelzorg van betekenis aanwezig is of gemobiliseerd kan worden. Overigens moet men goed in het oog houden dat alleen-wonenden (alleen-*staanden* noemt men dat, maar ik vind dat zo'n vermoeiende term!) niet dus ook tot de eenzamen gerekend moeten worden! Onze oude koningin Wilhelmina schreef een boek: 'Eenzaam maar niet alleen'. Zelf ken ik heel wat alleenwonende bejaarden waarvan je kan zeggen: 'Alleen, maar niet eenzaam', omdat ze allerlei goede en gezellige contacten onderhouden met hun genoten, zodat ze er echt nog bijhoren. Ook 'intimiteit op afstand' is daarbij soms heel belangrijk.

Als bejaarden eens tijdelijk beroepshulp nodig hebben, kunnen wijkverpleging en gezinszorg daar heel goed in voorzien. Waarom zou er boven een bepaalde leeftijdsgrens ineens een heel andere voorziening nodig zijn!

b. *Balancerenden*. Het zijn de bejaarden met functieverlies, waaronder een aantal hoogbejaarden, die 'in balans' blijven doordat ze hun zelfzorg zo goed mogelijk intact houden; hun leefwijze aanpassen aan hun beperkte mogelijkheden en tijdig aandacht besteed hebben aan het zo goed mogelijk intact houden van hun mantelzorgnetwerk. Als ze een valide partner hebben zijn ze goed af. In de praktijk blijkt deze groep vooral behoefte te hebben aan de volgende steun: boodschappen doen, huis schoon houden, was, hulp bij het regelen van hun financiën en begeleiding op straat, bijv. naar kapper of arts. Voor mantelzorgers blijkt dit een lichte taak te zijn, die zij heel goed kunnen volhouden. Ook hier is beroepszorg alleen nodig bij alleenwonenden zonder noemenswaardige mantelzorg of tijdens een ziekte. En dan nog dient allereerst gekeken te worden of die mantelzorg niet alsnog tot stand gebracht kan worden.

c. *Seniliserenden*. Dit is de groep met aanzienlijk toegenomen hulpbehoef-

vendheid door aftakeling met verlies van verscheidene vitale functies. Op lichamelijk gebied gaat het om hulp bij aan- en uitkleden, bij wassen en eventueel bij eten. Kortom: de ADL functies zijn in mindere of meerdere mate gestoord. Vaak zijn er ook ernstiger stoornissen van het bewegingsapparaat. Huishoudelijke functies kunnen zij dan niet meer of slechts zeer ten dele vervullen. Bij dementering ontstaat een zwaar belastende toezichthoudende functie.

Wanneer zo iemand niet alleen woont, maar de partner nog leeft en voldoende vitaal is, blijkt die de situatie als mantelzorgverzorger vaak op te vangen. Dat is echter meestal een zware tot loodzware taak, zowel lichamelijk als geestelijk. Hier komt beroepshulp nu in hoge mate van pas, om de mantelzorgverzorger bij te springen en te ontlasten door in onderling overleg bepaalde zorgtaken over te nemen. De meest betrokken beroepsgroepen blijken daarbij te zijn, de bejaardenhelpster, wijkverpleegkundige en de huisarts.

Het is met name in deze groep dat de vraag naar opname in een inrichting op goede gronden aan de orde komt. Dat blijkt steeds weer een zeer zware beslissing te zijn. Opname is meestal voor de rest van het leven. Men heeft dan ook steeds meer gezocht naar tussenoplossingen: *wel* een beschermde omgeving met alle hulp bij de hand, maar toch eigenlijk ook meer 'thuis' zijn dan in een inrichting. Deze sector draagt de naam 'semimurale voorzieningen' en komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Gehandicapten. Behalve de seniliserenden, die gehandicapt raken door functieverlies op hoge leeftijd, zijn er tal van andere gehandicapten die door een ziekte of ongeval een zo ernstig functieverlies hebben opgelopen dat zij hulp behoeven. Het gaat dan om jongere leeftijdsgroepen, vaak met een krachtige levenswil. Zij blijven bij voorkeur thuis met mantelzorg. Alles moet eraan gedaan worden om DAT mogelijk te maken en te houden. Met name moet er dan op gelet worden dat de mantelzorgverzorger niet overbelast wordt.

'Bijspringen' van beroepszorg kan dan veel onheil voorkomen.

4. ZORGVERLENING IN BEJAARDEN- EN VERZORGINGS- HUIZEN

Als er meer functies uitvallen en er niemand te vinden is om die *thuis* aan

te vullen, dan neigde men maar al te gauw tot de beslissing dat de zorgbehoevende verder intramuraal moet worden verzorgd. Men gaat 'tussen de muren'. De benodigde *zorghandelingen* zijn dan verzekerd en daar ging het in eerste instantie immers om! Maar laten we eens kijken wat voor grote consequenties het voor een mens heeft als hij naar een instelling gaat.

De bezwaren zijn het kleinst als de instelling zoveel mogelijk lijkt op woning en leefklimaat die men verliet. Bij veel bejaarden- en verzorgingshuizen wordt hieraan gelukkig steeds meer aandacht besteed. In het beste geval is het vertrek naar een instelling dan vergelijkbaar met een gewone verhuizing naar een beter aangepaste, kleinere woning.

Wanneer het bejaarden- of verzorgingshuis bovendien nog buurtgebonden is, wordt ontworteling uit de eigen woonbuurt bij opname voorkomen en kan deze voor de zorgbehoevende een gelukkige veilige oude dag betekenen.

Steeds meer is men de betekenis gaan inzien van de volgende waarden:

- bezit van dierbare vertrouwde dingen om je heen,
- vrijheid van dagindeling en bezigzijn,
- mogelijkheid om zelf al datgene te blijven doen wat men nog kan,
- deelhebben aan wat er buiten gebeurt.

Oude mensen zien graag de gewone dingen van het leven gebeuren zoals het komen en gaan van de mensen op straat en wat daar allemaal aan kleine voorvalletjes plaats vindt. Men is er dan ook van teruggekomen om bejaardenhuizen 'fijn buiten in de bossen' te bouwen, of aan een stille stadsrand. De allermooiste plaats is in het stadscentrum of de oude woonbuurt, bijvoorbeeld op een nieuw winkelcentrum..

Het is uit het oogpunt van menselijk welzijn jammer dat men daar zo vaak kantoormuur neerzet. Kantoren met geringe baliefunctie (dus weinig mensen die daar moeten zijn) horen aan de stadsranden te staan.

De *buurtgebondenheid* van een tehuis lijkt een ideale situatie. Daarmee wordt bedoeld dat een tehuis gevestigd wordt in een bepaalde buurt en dat alleen mensen die *in dat stadsdeel* woonachtig zijn, in dat betreffende tehuis kunnen worden opgenomen.

Op die manier worden de sociale netwerken van de opgenomen mensen zo goed mogelijk intact gehouden. Men verliest het contact niet met zijn burens, met mensen uit de straat, met vrienden, kennissen en familie die in de buurt wonen. Door het tehuis nu bovendien nog een extramuraal buurtfunctie te geven wordt het leven er verder geoptimaliseerd. Die

extramuraal buurtfunctie kan uit allerlei dienstverlening bestaan. Men kan vanuit het tehuis maaltijden verschaffen voor hen die zelf niet meer kunnen koken. Men kan de restaurantfunctie vergroten zodat buurtbewoners die nog wel kunnen lopen samen met de tehuisbewoners hun maaltijden kunnen gebruiken. Kerkdiensten kunnen voor de buurt toegankelijk worden gemaakt. Het huis kan vergaderruimte ter beschikking stellen. Er kan een dagbehandelingsafdeling gevestigd worden voor fysiotherapie of ergotherapie. Er kunnen open sociëteitsvoorzieningen worden geschapen; er kunnen clubs worden gevormd van bewoners, samen met buurtgenoten. In haast elk bejaarden- of verzorgingshuis is op dit gebied wat te bereiken zonder grote bouwkundige voorzieningen. Als de zorgverleners maar vindingrijk zijn!

Een mooi voorbeeld van zulk een *open verzorgingshuis* is Nieuw Vredenburg in Amsterdam, maar er zijn er nog meer. *Het bij elkaar komen kijken om van elkaars ervaringen te leren gebeurt echter nog veel te weinig.*

Het hier geschetste *open systeem* voor bejaarden- en verzorgingshuizen is dienstig voor twee belangrijke doelstellingen:

- het bevordert het welzijn van de bewoners in belangrijke mate;
- door de extramuraal dienstverlening ontvangen een aantal mensen juist de hoeveelheid beroepszorg, die het hen mogelijk maakt om nog *thuis* te blijven.

Het *open systeem* kan in de toekomst kostenbesparend werken want men hoeft dan minder mensen 'op te nemen'. Maar vaak vindt men helaas nog bejaarden- en verzorgingshuizen die veel te veel gebaseerd zijn op het inrichtingsmodel dat wij nu nader bespreken.

5. DE INRICHTING: LEEFGEMEENSCHAPS- OF INRICHTINGS-MODEL

De zorg in *ziekeninrichtingen* heeft vaak ernstiger gevolgen dan de opname in goed opgezette en goed gesitueerde bejaarden- en verzorgingshuizen. Er is veel minder sprake van een leefklimaat dat wij aanduiden met '*leefgemeenschapsmodel*'. In dat model gebeuren de dingen zoals in een gewoon huishouden. Er is een grote mate van vrijheid maar in het kleine geheel houdt men toch sterk rekening met elkaar. De ziekeninrichting vertoont echter meestal in sterke mate de verschijnselen van het *inrichtingsmodel*.

Onder inrichting verstaan we met een ouderwets woord 'het gesticht', een organisatie, binnen een bepaald gebouw gehuisvest, waar door beroepspersoneel een aantal functies wordt verricht ten behoeve van de bewoners, die object zijn van dat handelen.

Voorbeelden van inrichtingen volgens deze definitie zijn dus: weeshuis, gevangenis, kostschool, ziekenhuis, verpleeghuis, etc. Zij vertonen de kenmerken van de 'totale institutie': dagorde, efficiency, huisregels, en macht van de verzorgers.

De dagorde. In een inrichting vindt men steeds een 'dagorde'. Hierin worden plaats en tijd van allerlei levensactiviteiten bepaald. Om zo laat wordt opgestaan, zo laat ontbijten, etc. Dit betekent dat voor de 'verzorgden' de *vrijheid van tijdskeuze* is verdwenen ten aanzien van een aantal van hun activiteiten.

In een dagorde is veelal ook bepaald *waar* iemand behoort te zijn, bijvoorbeeld in bed, op zijn kamer, op een bepaalde afdeling, in de klas, etc. De *vrijheid van plaatskeuze* is dus eveneens in meer of minder sterke mate verdwenen.

Criteria die aan een dagorde ten grondslag liggen zijn vooral orde en efficiency.

Orde is al gegeven in het woord dagorde zelf. De orde is gericht op het concentreren van de activiteiten per functie op een vastgestelde tijd. Op dit moment allemaal ontbijten; op dat moment allemaal naar bed. In het extreme geval: 'En nu allemaal op de po'. (Heus, dat gebeurde soms.)

Efficiency is typisch een criterium van de inrichting. De patiënt vraagt er niet om. Door functieconcentratie wordt de efficiency natuurlijk zeer gediend. Efficiency houdt in dat de activiteiten doelgericht zijn met minimale inzet van middelen. 'De boel moet op orde worden gebracht'. Er moet dus geen rommel gemaakt worden anders kost het op orde brengen teveel tijd. Als hoogste lofprijzing geldt dan natuurlijk: 'De afdeling ziet er *keurig* uit. Alles schoon en op zijn plaats! En dat met zo weinig personeel!'. De hoofdzuster glimt van trots. Maar hoe vindt de bewoner dat?

De huisregels. Inrichtingen hebben veelal huisregels, die tal van zaken regelen, die in de dagorde hun beslag nog niet gekregen hebben. Voor het verpleeghuis houden die bijvoorbeeld in, wat de patiënt wel, en vooral wat hij *niet* mag doen.

1. De patiënt mag slechts een zeer beperkte hoeveelheid eigen *bezittingen*

hebben. Kleine dingetjes kan nog wel, maar een eigen leunstoel, een eigen kastje of meubeltje waaraan men gehecht is en dat men dikwijls al levenslang gebruikt, pleegt meestal al verboden te zijn. Het wordt 'een troep', 'Het is niet schoon te houden', zegt de inrichting. Op grond van de criteria van orde, netheid en efficiency wordt de verpleeghuispatiënt het *fundamentele menselijke vermogen ontnomen* om zijn omgeving gestalte te geven. Je hebt dan dus geen *eigen* leefmilieu meer.

2. De huisregels bepalen in sterke mate het verdere *gedragspatroon* van de patiënten. Door normen en gewoonten van het *personeel* krijgen die regels verder gestalte en detail. Zij zijn vaak de uitdrukking van een late erfenis van de kleinburgerlijke bedillierigheid die de liefdadigheid in de vorige eeuw helaas zo sterk heeft gekenmerkt.
 - De persoonlijke vrijheid in allerlei levensgewoonten wordt ingeperkt tot een meer genivelleerd gedragspatroon.
 - Het zorgen van patiënten voor elkaar wordt zelden gestimuleerd, en soms vierkant verboden. Mantelzorg heeft in het verpleeghuis dan geen erkende plaats.
 - De patiënt kan vaak geen mensen ontvangen als hem dat goeddunkt. Daar is trouwens de accommodatie niet eens op berekend.
 - Eten in voorraad hebben, uitgaan, etc. zijn vaak aan banden gelegd.

Hoe langer het verblijf in een inrichting duurt, hoe groter de kans is op schadelijke stoornissen van het welbevinden. De *macht van de verzorger* is in de inrichting (veel) groter dan die van de verzorgde. Indien men van *elkaar* afhankelijk is, zoals bij mantelzorg, is de machtsverhouding gemakkelijk in evenwicht te houden. Wanneer echter velen van een verzorger afhankelijk zijn zonder dat die verzorger zelf weer van velen afhankelijk is, ontstaat voor die verzorger een *positief machtssaldo* (de Swaan).

Ook al maakt hij daar geen misbruik van, toch wordt die macht uitgeoefend voor het instandhouden van alles wat hiervoor al gezegd is en zo ook door de verzorgde beleefd. Hij kan zich daartegen verzetten door te *hinderen*. Sommigen hebben zich daarin meesterlijk ontwikkeld en zijn 'machtige' patiënten geworden. Anderen hebben zich aangepast en maken er het beste van. Maar velen zijn tegen zo'n situatie niet opgewassen en knappen erop af. Er ontstaat het beruchte 'hospitalisatiesyndroom'. Langzamerhand ontwikkelen zich de symptomen. We beschrijven achtereenvolgens de voornaamste daarvan.

Apathie: De patiënt verliest zijn belangstelling voor wat er in de buitenwereld gebeurt en vervolgens ook in toenemende mate voor wat er direct om hem heen gebeurt.

Anorexie: De patiënt verliest zijn eetlust. Het kan hem niet meer schelen. Ook gaat hij vaak onvoldoende drinken.

Vervreemding. De mensen om hem heen kent hij niet. De dingen om hem heen zijn vreemd. Zijn hele leven is losgemaakt van al het vertrouwde. Hij voelt zich ontworteld. Onze voorouders wisten beter dan wij dat men 'oude bomen niet moet overplanten'.

Frustratie: De patiënt voelt zich diep ongelukkig. Hij laat het er verder bij zitten, knoeit met zijn eten en 'doet het in bed'. Dat krijgt dan het etiket 'de patiënt is incontinent'. Maar wat er in wezen gebeurt - om het maar plat te zeggen - is, dat de patiënt 'overal schijt aan heeft'.

Maar al te snel zijn zorgverleners geneigd om de verschijnselen die wij noemden te beplakken met het etiket 'beginnende dementie', dat wil zeggen geestelijk aftakelingsproces. Het is voor hen als het ware de bevestiging dat het hoog tijd was om de patiënt op te nemen.

6. HET ALGEMENE ZIEKENHUIS

Ook het kortdurende verblijf in het algemene ziekenhuis moet niet worden onderschat. De hier geleverde specialistische zorg wijkt het sterkst af van wat thuis aan zorghandelingen mogelijk is. Men voelt zich overgeleverd aan de geheimzinnige machten van deskundigen die over allerlei onderzoek- en behandelingsapparatuur beschikken waarvan men zelfs niet of nauwelijks kan begrijpen waarvoor ze dienen. De patiënt voelt zich in dit milieu klein en onmachtig. Gevoelige mensen gaan aan allerlei onbetekenende dingetjes een waarde toekennen die ze helemaal niet hebben. De dokter is vanmorgen wat kortaf. 'Hij heeft vast iets voor mij te verbergen. Iets *ernstigs* dus'. Twee zusters fluisteren tegen elkaar. 'Ze hebben het over mij'. Men is uit zijn gewone doen. De geluiden zijn vreemd. De gesprekken met medepatiënten over hun ziekte, hun onderzoeken en vooruitzichten zijn weinig bemoedigend. Men heeft het vage gevoel niet meer mee te doen; uitgeteld te zijn. De verpleging heeft meestal voor een patiënt in minder ernstige toestand niet zoveel aandacht meer. Alle zorgverleners zijn druk met bezigheden waarvan men maar een gering stukje kan overzien en die dus grotendeels onduidelijk en

geheimzinnig zijn. Daarbij komt dat men geraakt wordt in de intieme functies van zijn bestaan. Men wordt gewassen of 'mag' dat zelf doen, maar wordt dan door anderen gadeslagen. De ondersteek is voor velen een vernedering die aan de eigen kleutertijd doet denken. Er treden bij de patiënt dus een heleboel processen op die een naam hebben gekregen:

De patiënt voelt zich *geïnfantiliseerd*, dus verkinderlijkt.

De patiënt krijgt vaak *paranoïde* neigingen: overmatige en ongegronde achterdocht en wantrouwen.

De patiënt *verveelt* zich meestal dodelijk! Wanneer men de 'bezigheden' van de ziekenhuispatiënt per 24 uur analyseert, verbaast men zich erover dat hij eigenlijk zoveel uren *helemaal niets* te doen heeft. Hij wacht, slentert wat rond, kletst wat met medepatiënten, dut wat, kaart wat en verveelt zich. Hoe zeker men zich voelt, hoe gemakkelijker en vanzelfsprekender men dit alles ondergaat. Maar er zijn veel ziekenhuispatiënten die zich niet ziek voelen (en zelfs niet ziek zijn!). Zij krijgen aan het eind van de klinische observatie de mededeling: 'Er is bij U niets te vinden'. De klachten zijn dus 'alleen maar psychisch'.

Heel deze sfeer van vervreemding heeft tot gevolg dat patiënten en hun bezoekers vaak ook nog *van elkaar vervreemden*. Men leeft in twee werelden. De bezoekers zijn de gezonden die gewoon met alles doorgaan maar jij bent de ziekenhuispatiënt die overal buiten staat en een heel eigen oninvoelbare merkwaardige leefsituatie doormaakt. Meestal kan men dat niet voor elkaar onder woorden brengen en bezoek is dan maar een geringe troost en houvast. Deze situatiebeschrijving van 'de' ziekenhuispatiënt is natuurlijk een heel globale. Afhankelijk van de grote verschillen in persoonlijkheid zijn er ook grote verschillen in beleving. Toch geldt haast voor alle patiënten dat het ziekenhuis ervaren wordt als TWEE gescheiden werelden: de *horizontale* wereld van de patiënten; ze 'liggen' en zijn de objecten van zorg. En daarnaast de *verticale* wereld: de wereld van de gezonde zorgverleners die rondlopen en druk bezig zijn. Deze *gespleten* wereld wordt door de zorgverleners meestal onvoldoende beseft. Kenmerkend was de ervaring van doctoraalstudenten die zelf vroeger in een ziekenhuis hulpverlener waren geweest (bijvoorbeeld een verpleger die later psychologie ging studeren) en die daarna in de patiënt-situatie kwamen met het uitdrukkelijke doel om de emotionele beleving van het ziekenhuisverblijf zo nauwkeurig en bewust mogelijk te registreren. Ook zij die *dachten* dat ze als zorgverlener precies wisten hoe de leefsfeer in een ziekenhuis was, waren verbijsterd door het feit, dat zij de

wezenlijke spanningen van de patiënt-situatie eigenlijk nooit zo duidelijk hadden doorzien.

Het ziekenhuisverblijf richt desondanks bij de meeste mensen weinig geestelijke schade aan omdat het *kort* van duur is. De gemiddelde verpleegduur per opname ligt in Nederland rond de 12 dagen.

In het ziekenhuis moeten wij onze aandacht dan ook vooral richten op de groepen die het meest kwetsbaar zijn. Dat zijn de

- kinderen
- lange verblijfspatiënten met het oog op 'hospitalisatie-verschijnselen'
- bejaarden
- stervenden.

Hun situatie zullen we achtereenvolgens behandelen met nadruk op hetgeen in positieve zin door de beroepszorgverlenenden kan worden gedaan om die situaties zo gaaf mogelijk te maken.

Kinderen in het ziekenhuis missen hun sociale netwerken (mantelzorg) veel meer dan volwassenen omdat ze er nog in grote mate op zijn aangewezen. Als we nu terugdenken aan de dubbellaag-theorie van het zorgen, dan is het gemakkelijker te begrijpen dat al de goede 'technische' zorgen die door de ziekte van het kind vereist worden, heel weinig te maken hebben met de psycho-sociale laag van het zorgen: het beleven van warmte, nabijheid van het vertrouwde, veiligheid en troost die thuis in het *eigen* sociale netwerk van het kind de begeleidingsverschijnselen vormen die bij de zorg horen.

Er is in het verleden getracht, met name door veel meer zorg te besteden aan de 'begeleiding' en de 'geestelijke opvang' van het kind door speciale begeleidsters, om wat te doen aan die soms benauwende geestelijke *woestijn* waar het ernstig zieke kind in het ziekenhuis soms doorheen gaat. Dat is wel gunstig geweest, maar de allerbeste oplossing blijkt toch te zijn om kinderafdelingen zodanig te *bouwen, in te richten* en te *organiseren*, dat, *naast* en *met* de huidige professionele zorgverleners, de mantelzorgers van dat kind hun *aandeel* hebben in de zorg voor hun kind. Dat is dus verdergaand dan men thans al algemeen ziet, namelijk dat de moeder vaker en langer op bezoek mag komen en meer bij het kind kan zijn. Het *deelnemen* van de moeder aan de zorg is nog heel wat meer. Het vereist veel begrip en goede samenwerking van beide kanten. De moeder zal in menig opzicht de mindere zijn van de beroepszorgverleners als het om verpleegkundige materieel-technische zorg gaat, maar anderzijds is zij in

haar emotionele zorg verre de meerdere. Wat voor de moeder geldt is evenzeer mogelijk met betrekking tot de andere gewone mantelzorgers van het kind: de vader, broertjes en zusjes, vriendjes, etc. Per geval moet dit ruim en verstandig bekeken worden; over toepassing van uitgebreide mantelzorg bij het kind bestaat nog pas een beginnende ervaring. Het behoort allereerst tot de verantwoordelijkheid van beroepszorgverleners om hier voorzichtig stap voor stap meer ruimte te scheppen. Vindingrijkheid, geduld, uitwisseling van ervaringen en veel overleg zullen hier noodzakelijk zijn.

De bejaarde. Deze verkeert in het ziekenhuis vaak in een kwetsbare situatie. De opnameduur is voor vele bejaarden vaak lang. Bij de dikwijls voorkomende dijbeenfracturen kan ze tot meerdere maanden uitlopen. Al hetgeen in het voorgaande gezegd is over de langeverblijfspatiënt, geldt dan dus ook voor de bejaarde.

Omdat het aanpassingsvermogen van vele bejaarden geringer is dan dat van jongere mensen, zullen hospitalisatie-verschijnselen bij hen gemakkelijker kunnen optreden.

Door professionele zorgverleners wordt vaak al te snel tot opname besloten, als de familie moeilijkheden heeft om zelf voor de bejaarde te blijven zorgen. Het is veel beter om eerst samen te praten over de toestand en naar andere oplossingen te zoeken die de familie misschien over het hoofd heeft gezien. Dat kan de bejaarde veel leed en de familie veel schuldgevoelens besparen. Er zijn mij echter ook gevallen bekend waarbij de familie de bejaarde tegen elke prijs 'kwijt wil'. Ze helpt daarbij een handje door tijdens een tijdelijke opname in het ziekenhuis, opa's kamer alvast in beslag te nemen en zijn spulletjes te verdelen.

Bij de opname is overleg met de naaste familie over de toekomst beslist nodig. Het contact moet gedurende de opname worden onderhouden. Het zou van belang zijn, wanneer ook de huisarts of de wijkverpleegkundige of sociaal werk(st)er uit de buurt van de patiënt, de gang van zaken in het oog hield.

De ziekenhuisopname mag nimmer ruimte geven aan het aantasten van de integriteit en de waardigheid van de bejaarde patiënt.

De stervende. In onze maatschappij zijn we vergeten dat het sterven begint bij de geboorte! De dood is in het leven ingebakken. Maar door alles wat technologie en wetenschap bereikt hebben is de dood naar de

achtergrond geschoven. We hebben hem met succes kunnen *uitstellen*. De gemiddelde levensverwachting in Nederland, rond 73 jaar voor mannen en zelfs rond 80 jaar voor vrouwen, behoort tot de hoogste ter wereld. We hopen ergens vaag in ons achterhoofd dat we ooit de dood de baas zullen worden. Al vele eeuwen zocht de mens naar het geheime levens-elixir. Zolang we dat niet hebben is sterven voor ons ijdele westerlingen vaak een soort *vernedering*. Het is een bewijs van onze *uiteindelijke* onmacht. De reactie daarop is, dat we de dood niet meer willen *zien*. Hij werd weggestopt en verborgen. Steeds meer gebeurde het sterven in een inrichting, ver genoeg van je eigen huiselijk leven; ver genoeg van burens en bekenden. Het lijkt wordt niet meer in huis opgebaard. Het ligt als een vreemd voorwerp in een vreemd dienstgebouw, een mortuarium, een opbaarinstelling van een firma. Crematie en uitstrooien van de as, doen de stoffelijke manifestatie van *deze* levende geheel verdwijnen. Geen kerkhoven en begraafplaatsen meer op de duur. Waar is de dood? Je ziet hem niet meer! Geen omfloerste lijkwagens meer in het verkeer. Een discrete zwarte limousine, die nauwelijks te onderscheiden is van die waarmee de burgemeester een formeel bezoek brengt. Gelukkig is dit taboe rond de dood nu wat aan het verzwakken! Het sterven begint weer de betekenis te krijgen van 'het leven afleggen'. De medische professie is zich met zijn overdreven activiteiten rond het sterven wat beperkingen gaan opleggen. Een andere beroepsgroep dreigde zich nu als nieuwe redders op te werpen: 'de stervensbegeleiders'. De psychologische verschijnselen rond het sterven kwamen op de voorgrond. Men ging fasen in het stervensproces onderscheiden (Kübler-Ross).

Ofschoon zulke stervensbegeleiding soms veel goeds kan uitrichten, heeft men nu toch wel onderkend dat het allerbelangrijkste is dat de stervende wordt omringd met wat hem het dierbaarst is: de vertrouwde dingen uit zijn omgeving die hem stuk voor stuk spreken van zijn levensloop en die zijn geest houvasten biedt als die gaat 'dwalen'.

En meer nog de vertrouwde mensen van zijn eigen sociale netwerken, zijn 'dierbaren'. Die hoeven niet alsmaar te praten, te troosten, te huilen, te bidden of wat dan ook te *doen*. Als ze er maar *zijn*, heel dichtbij en *met hun emoties* het stervensproces met de stervende mee willen beleven in een vaak woordeloze vereniging van wederzijds *weten* wat er te gebeuren staat, wederzijds treuren om wat er verloren gaat, en wederzijds hopen op het geheim van een persoonlijk voortbestaan en weerzien.

Die *emotionele laag* van het zorgen komt *thuis* het gemakkelijkst tot

ontplooiing. De *technische hulpverlening* moet men dan echter missen. En die materieel-technische zorg moet men toch ook niet onderschatten. Hij is in staat om crises het beste op te vangen. Hij kan onduldbare pijn-aanvallen bestrijden of verstikkende benauwdheden verlichten. Kortom, *het lijden* kan door die beroepszorg het beste verlicht worden. Onze typisch westerse of/of- benadering is dus niet juist. De vraag is niet OF thuis sterven het beste is, OF liever in het ziekenhuis sterven. De vraag is, hoe we bij het uiteindelijke stervensproces de beste combinatie kunnen maken van beide zorgniveaus. In veel gevallen zal dat kunnen geschieden door thuis te sterven, afhankelijk van de soort ziekte die tot de dood leidt. Als deze weinig ernstige complicaties op medisch en verpleegkundig gebied doet verwachten en de woon- en familiesituatie dat toelaten, is het thuis sterven het mooist, zowel voor de stervende als zijn omgeving. Wanneer aan die voorwaarden niet wordt voldaan, is het ziekenhuis of verpleeghuis te verkiezen. Maar bij alle sterven in inrichtingen moet dan wel grote aandacht worden geschonken aan goede mogelijkheden voor de emotionele laag van het zorgen. Dan kan men niet volstaan met de stervende op de badkamer of onderzoekkamer te leggen en de familie zo laat mogelijk te waarschuwen omdat er voor hen geen andere accommodatie is dan op de gang te zitten wachten op een paar haastig aangesleepte stoelen 'tot het zover is'. Sterven is meer dan de laatste adem uitblazen!

Het is een merkwaardig feit dat directies en medici van de inrichtingen veel tijd, aandacht en geld besteden voor accommodaties ten behoeve van het technisch-materiële zorgen (allerlei soorten onderzoek- en behandelruimten) maar vaak weinig begrip hebben voor het scheppen van betere mantelzorgmogelijkheden voor een gaaf stervensproces. Het is vooral Thiadens geweest die hierop gehamerd heeft en het concept van bouwkundig geschikte stervens-appartementen voor de inrichting heeft uitgewerkt. Het toenemende begrip voor de dubbellaag van het zorgen, zal op den duur wel tot grote veranderingen leiden.

Het is dan een plicht van de beroepszorgverleners om de mantelzorgers van de stervende hulp en steun te bieden bij *hun taak*, in de geest die in het voorgaande is beschreven.

Het inzetten van 'stervensbegeleidingsteams' moet beperkt blijven tot de moeilijke gevallen, waarin de crises, hetzij lichamelijk, hetzij geestelijk de krachten van de mantelzorgers en 'gewone' beroepskrachten teboven gaan. Dat is niet zo vaak. In mijn eigen praktijk heb ik enkele honderden stervenden mede begeleid en slechts in twee gevallen ging dit met zulke

crises gepaard dat wij met een hele groep de ellendige situaties het hoofd moesten proberen te bieden.

7. HET VERPLEEGHUIS

Hier is de bedreiging van het levensgeluk en het welzijn het sterkst omdat in deze inrichtingen de patiënten *lang* verblijven, velen *zonder uitzicht* om er ooit nog levend uit te komen. Alle verschijnselen van het ontworteld zijn uit de eigen vertrouwde leefwereld doen zich voor, zoals wij die onder 5 al uitvoerig hebben beschreven.

Omdat men pas in een verpleeghuis kan worden opgenomen als men een ernstige handicap heeft, is de situatie voor het verkeren in welbevinden toch al niet rooskleurig.

Toch moet steeds bedacht worden dat ook in geval van ernstige handicap, er heel wat functies intact blijven. De grootste ramp van het verpleeghuis is wel dat de handicap zo centraal wordt gesteld en iedereen nu juist daar steeds mee bezig is, terwijl aan allerlei functies die nog goed zijn, geen aandacht wordt besteed. Men mag ze zelfs vaak niet eens gebruiken!

Zo wordt dan aan de ziektekundige handicap nog eens een *organisatorische handicap* toegevoegd! Dit is vooral het gevolg van het functioneren van verpleeghuizen op basis van het inrichtingsmodel. De huisregels, al in 5 genoemd, spelen hier zulk een belangrijke rol, dat zij nader besproken moeten worden.

De verpleeghuispatiënt wordt geconfronteerd met een heel pakket 'regels'. Door een onderzoek van A. Vonk en A. Kroeze (1980) is daarop meer zicht ontstaan. Er bestaan diverse soorten regels waaraan de bewoners zich moeten houden.

Allereerst noemen we de *organisatie-regels*. Dat zijn de formele regels omtrent rechten en plichten van de bewoners, die meestal door de directie zijn vastgesteld en die door de zorgverleners worden uitgevoerd. Ze gelden voor alle afdelingen en zijn meestal vastgelegd in een huisreglement en/of een instructieboekje. Tot deze formele organisatie-regels hoort vaak ook de dagorde waarin allerlei tijden worden vastgesteld van opstaan, maaltijden, bezoek, slapen gaan, etc.

De organisatie-regels bepalen allerlei dingen die voor de patiënt heel belangrijk zijn. Wat mag hij aan meubels of andere eigendommen meene-

men. Mag hij een huisdier hebben of eigen planten om voor te zorgen?, etc.

Opmerkelijk is dat de bewoners en het personeel meestal niet precies op de hoogte zijn hoe de organisatieregels luiden. Dat geeft aan beide kanten een stuk onzekerheid. Er blijkt achteraf vaak meer te kunnen dan men dacht.

De personeelsregels. De beide onderzoekers vonden, dat behalve de formele organisatieregels er een tweede heel belangrijk pakket van regels blijkt te bestaan. We noemen ze de informele personeelsregels. Ze zijn zelden of nooit schriftelijk vastgelegd of systematisch opgesteld, maar door de gewoonte-vorming ontstaan. Ze verschillen dan ook van afdeling tot afdeling en zijn ook niet voor elke bewoner gelijk. De ene 'mag' meer doen dan de ander. De ene afdeling is soepeler en de andere bedilzuchtiger.

Deze regels zijn meestal door de hulpverleners vastgesteld, al zijn die zich dat vaak nauwelijks bewust. Ze betreffen 1000 kleine dingen zoals het opstaan en het naar bed gaan en de marges die daarbij worden toegelaten; het aanzetten van de TV en de kanaalkeuze; het zelf beheren van geld en kleine bezittingen, de duur van het middagdutje, het al dan niet koffie of thee geven aan bezoek, het toelaten van een borreltje, het roken en het toelaten van bepaalde dagactiviteiten van bewoners. Van groot belang is de waarneming dat de bewoners al die informele personeelsregels *veel zwaarder ervaren* dan de personeelsleden die ze vaak uit gewoonte en onbewust toepassen. Voor de bewoners is het verschil tussen de formele organisatie-regels en de informele personeelsregels vaak onduidelijk. Dat is deels het gevolg van het feit dat de formele regels vaak onvoldoende zijn uitgewerkt en dus op veel punten onduidelijk zijn. Anderzijds voelt de bewoner zich in het huis 'onder gezag gesteld'. Dat is niet de directie want die is veel te ver weg, maar juist de dagelijkse zorgverleners! Van *hen* is men in sterke mate afhankelijk en men legt zich dan dus maar het liefst neer bij alles wat ze zeggen dat er gebeuren moet.

Onnodig te zeggen dat juist *hier* de *macht* van de hulpverleners het gevaarlijkst is. Juist hier kan echter de hulpverlener *zelf* ook erg veel doen om het inrichtingsmodel in toom te houden!

Tenslotte noemen we nog de informele *bewoners-regels*. Elke groep kent een aantal gegroeide groepsgewoonten die niet door besluitvorming zijn ontstaan, laat staan ergens zijn vastgelegd.

Bijvoorbeeld: *deze* stoel is van mij, want op die plaats zit ik al vele

maanden. Als jij hier nieuw binnenkomt moet je niet op *mijn* plaats gaan zitten! Bewoners hebben ook vaak de neiging om anderen te veroordelen die niet precies leven zoals zij dat zelf gewend zijn en dingen doen die niet 'horen'. Zulke omgangspatronen kunnen de oorzaak zijn van veel geharrewar en daardoor de sfeer bederven. In elke bewonersgroep vindt men figuren met een neiging om anderen naar hun hand te zetten en anderen die erg bescheiden en meegaand zijn. Er is dus vaak iets terug te vinden van de bekende 'pik-orde' bij de kippen. Door veel bewoners wordt dit als iets natuurlijk geaccepteerd. Het komt immers in de huishoudens, onder burens, vrienden en familie eveneens voor. Maar omdat de bewoners in een verpleeghuis zo sterk op elkaar zijn aangewezen, kan het daar wel erg benauwend worden. Hier ligt een typisch gegeven waarop de hulpverleners op de afdeling goed moeten letten opdat sommige bewoners de anderen niet gaan *tiranniseren*. Dat kan op verschillende wijzen aan het licht komen. Soms willen bepaalde bewoners de 'dienst uitmaken' voor de anderen, maar tirannie kan zich ook bedienen van 'hindermacht': een bewoner kan dan (geheel onnodig) een kinderlijk of vies gedragspatroon vertonen waar de anderen voortdurend mee geconfronteerd worden.

Wat beschreven is voor het somatische verpleeghuis geldt op soortgelijke wijze ook voor het psycho-geriatrisch verpleeghuis. Uit onderzoek is gebleken hoe verbazend aftakelend allerlei regels op bewoners kunnen inwerken.

Als we dit onderwerp van de huisregels overzien, blijkt dat de bewoner veel meer dan thuis is gevangen in een heel net van ge- en verboden, veel erger nog dan de meeste zorgverleners zichzelf realiseren. Het is juist deze situatie die om grote veranderingen vraagt, waarbij elke zorgverlener een aandeel kan hebben in het verbeteren van de situatie. Als naast de lichamelijke of geestelijke invaliditeit, in het verpleeghuis de invaliditeit van de bewoners óók nog eens vergroot wordt doordat ze allerlei dingen niet *mogen*, die ze nog wel zouden *kunnen*, dan is de zorg toch wel ernstig scheefgegroeid!

8. SAMENVATTING

De toeneming van de vraag naar zorg- en hulpverlening sinds de Tweede Wereldoorlog blijkt op een reeks van factoren te berusten. De negen

voornaamste met betrekking tot de gezondheidszorg worden behandeld. De sterk gestegen kosten van de beroepszorg, tezamen met de bezwaren die er aan kleven, vereisen dat aan de groei een halt wordt toegeroepen. De zorgverleners kunnen daar in belangrijke mate toe bijdragen door in hun werk meer aandacht te geven aan het intact houden en zo mogelijk herstellen van de zelfzorg en mantelzorg van hun patiënten of cliënten.

Achtereenvolgens worden de daartoe vereiste inzichten en activiteiten behandeld, zoals die in de intramurale zorg nodig zijn. Wij hebben ons tot de intramurale zorg beperkt omdat dit een zeer omvangrijke sector is, met enkele honderdduizenden opgenomen personen. Bovendien zijn hier de ongewenste gevolgen van teveel beroepszorg het ernstigst en is dit de sector die relatief de hoogste kosten veroorzaakt.

Meer in detail wordt ingegaan op de vraagstukken met betrekking tot

- 4 – bejaarden- en verzorgingshuizen
- 5 – ziekeninrichtingen in het algemeen
- 6 – het ziekenhuis
- 7 – het verpleeghuis.

ZORGVERLENEN ALS BEROEP

1. KEUZE VOOR EEN ZORGEND BEROEP

Door heel wat mensen wordt de keuze voor een zorgend beroep niet erg bewust gemaakt. Veel meisjes worden bijvoorbeeld verpleegster, omdat hun moeder of tante dat was en ze er positieve verhalen over hoorden. Of vader was arts, sociaal werker of verpleegkundige.

Vaak onbewust is er door de familie al een beetje die kant uitgewerkt. Toch zeggen er niet veel mensen 'ja' tegen een beroepskeuze als ze voor dat beroep niets 'voelen'. Wat betekent dat: 'ergens voor voelen'? Dat kan je eigenlijk niet goed *zeggen*. Natuurlijk niet! Ergens voor voelen komt uit je *onder*-bewustzijn. Toch vragen de mensen het aan je en dan krijgen ze allerlei antwoorden. Ik heb die vraag zelf ook honderden keren gesteld en laat een heleboel antwoorden hier volgen.

Die antwoorden zijn vaak het mooie pakje dat je maakt om het 'ervoor voelen' mee aan te kleden. Veel meer informatie krijgen we als we kijken naar het bezigzijn van mensen die een zorgend beroep gekozen hebben: naar hun voorkeur voor bepaald werk, hun manier van omgaan met de zorgbehoevenden. Daarin komen de diepere motieven uit het onderbewuste vaak in zicht. Ik heb die waarnemingen samen met de antwoorden op de vragen verwerkt in het volgende lijstje, dat ik *motieven* heb genoemd. Er is eigenlijk nooit sprake van één enkel motief voor een beroepskeuze. Meestal is het een mengsel van meerdere motieven. De bedoeling van het lijstje is, om het te gebruiken om de *eigen* motieven helderder aan het licht te brengen. Dat is heel belangrijk, want het is het begin van zelfkritiek. Het schept de mogelijkheid om goede motieven uit je pakket te doordenken en verder bewust te ontwikkelen. Het waarschuwt je ook voor negatieve motieven en helpt die verkleinen, zodat je

door zulk een voortgaand proces van zelfevaluatie en zelfontplooiing als zorgverlener steeds beter en rijper kan worden. Met *beter* bedoelen we twee dingen: beter voor de mensen die je verzorgt en beter voor jezelf, omdat je eigen persoonlijkheid zich al zorgend verder ontplooit.

2. DE MOTIEVEN

Niet zelden is een persoonlijke ervaring met zorgverlening die in de eigen leefomgeving plaatsvond en diepe indruk maakte op de jeugdige toeschouwer, de *aanleiding* voor de latere beroepskeuze. Maar wij moeten goed onderscheid maken tussen een aanleiding en de uiteindelijke motieven voor de keuze. Dat zijn er vele.

- Ik kies een zorgend beroep, omdat ik het zo *mooi* vind om mij aan andere mensen te wijden. Dat is een keuze die op een *ideaal* is gegrond. Dat klinkt prachtig en het is daarom het meest geliefde antwoord. Familie zal er trots op zijn. Je 'image' neemt toe.
- Ik kies een zorgend beroep, omdat ik liever met *mensen* omga en voor mensen van alles doe, dan dat ik *dingen* doe, bijvoorbeeld ponskaarten maken, of administratief werk doen, of draadjes monteren in gloeilampen, of ander werk dat ook allemaal gebeuren moet en heel nuttig is. Dit motief lijkt bij vrouwen meer voor te komen dan bij mannen.
- Een zorgverlenend beroep met in-service opleiding biedt de mogelijkheid om op nog jonge leeftijd *thuis weg te komen*. Het huis uit. Op jezelf staan. De meeste in-service opleidingen beginnen al meteen aardig te betalen en je krijgt vaak hulp om woonruimte te vinden. Het is duidelijk dat dit een motief is dat voor de kiezende persoon heel zwaar kan wegen, maar het zegt weinig over een voorkeur om voor andere mensen te zorgen. Hoogstens betekent het dat je daar geen *afkeer* tegen hebt.
- Zorgverlenen in de gezondheidszorg met name, betekent binnentreden in een *interessante wereld*, die omgeven is met een waas van een zekere geheimzinnigheid. De medisch student betreedt als co-assistent de wereld van de 'tovenaars', de 'medicijnmannen'. Hij krijgt een stethoscoop en een beroepsgeheim. De leerling-verpleegkundige en ziekenverzorgende gaan in die wereld deelnemen.
- Zorgverlenen gebeurt meestal door een groep mensen. Je werkt dus samen met anderen, vooral in de inrichtingen op de afdelingen en velen

- vinden dat prettig en gezellig.
- Een zorgverlener heeft veel *status*. De mensen kijken meer op tegen een verzorgster dan tegen een verkoopster, meer tegen een arts dan tegen bijvoorbeeld een econoom of leraar; meer tegen een verpleegkundige dan tegen een typiste; meer tegen een 'therapeut' dan tegen een boekhouder, etc. De ouders vinden het dan ook meestal prachtig dat zoon of dochter hulpverlener wordt. De statussymbolen (uniform, insigne, etc.) worden vaak met trots gedragen.
 - In het zorgverleners wordt je als het ware 'opgeduwd' door de verzorgde. Die is in moeilijkheden, angst, pijn, kommer, afhankelijkheid. Hij komt er niet meer uit en daar kom jij! Jij gaat daarvan een stuk afhaken. Jij weet wat er gebeuren moet; waar hij wezen moet; jij bent 'insider'. Je voelt je *belangrijk, nuttig, gewichtig*. Het werk geeft inhoud en zin aan je bestaan. Je bent een hele Piet!
Allerlei mensen die je anders in het dagelijkse leven niet zouden zien staan, kijken tegen je op. De directeur wacht nederig en dankbaar op je om van de ondersteek gehaald te worden. De oud-burgemeester praat met je als een gelijke, terwijl je hem zijn zetpil geeft. De gedragstherapeut helpt de leraar klassieke talen met zijn huwelijksprobleem (of hij denkt dat op zijn minst) etc. etc.
 - Een geheim motief voor zorgverleners is de zucht naar *macht*. Kijk eens naar alles wat er al gezegd is in het voorgaande! De zorgverlener is zonder twijfel meestal in een machtspositie ten opzichte van de verzorgde. Of hij het wil of niet! En laat je niets wijsmaken. Voor de meeste mensen is macht een bedwelmende lekkernij, die gegeten wordt, netjes verpakt in edeler gedaante zoals:
Wij zorgverleners weten wat het beste is voor onze cliënten of patiënten, dus *bepalen wij* wat er precies moet gebeuren.
WIJ stellen de wetten. Als we teveel rekening met hun verlangens zouden houden, wordt het hier een *troep*. Het zou ook *onverantwoordelijk* zijn en tenslotte dragen *wij* de verantwoording!
Voel je het! *Macht* is in het spel, uitgeoefend onder een laag meer of minder geloofwaardige *smoesjes*. Die macht kan leiden tot regelrechte *bedilzucht*. Dit is, vaak onbewust en heus toch met de beste bedoelingen, op verschrikkelijke wijze aanwezig. Overmatige verzorgingsdrift is er dikwijls het gevolg van. Er ontstaat 'wanzorg', want de verzorgden wordt *schade* toegebracht. Hun zelfzorg en mantelzorg, voorzover nog als mogelijkheden aanwezig, worden vernietigd. Het is het soort liefde

- dat we met 'apenliefde' betitelen. Ik verzorg je, al ga je eraan kapot, want ik *geniet* ervan om *alles* voor je te doen wat maar te bedenken is.
- Een laatste motief, eveneens meestal heel onbewust, is de keuze van een zorgberoep omdat men *zelf* die zorg behoeft! Dat geldt vooral voor al die soorten zorgverlening die zich met psychische en sociale problematiek bezig houden. Door zorg te verlenen aan psychisch gestoorde of in kromgegroeide sociale situaties wordt men zelf sterker om de eigen spanningen te verdragen en wellicht op te lossen. Dit mechanisme is door Riëssman onderkend en het heeft de naam gekregen van het 'helper-principe'. Door een ander te helpen, helpt men zichzelf. Wij zijn het principe al tegengekomen in hoofdstuk 3, bij de behandeling van de zelfhulpgroepen die juist vooral op dit principe functioneren. Is dit motief fout? Welnee! Het is weliswaar erg op het belang en de nood van de hulpverlener zelf betrokken, maar gemengd met andere, meer altruïstische motieven is het aanvaardbaar.

3. VERVORMING VAN DE PERSOONLIJKHEID DOOR HET BEROEP

Het opgeleid worden tot een bepaald beroep en daarmee voortdurend bezig zijn, betekent dat je uit de totale werkelijkheid van de wereld met zijn duizend variaties, er één hebt gekozen en de 999 andere hebt laten liggen. Het beroep betekent een *versterkte aandacht* voor een bepaald stukje werkelijkheid (DIT stukje zorgend bezig zijn). Omdat een mens maar een beperkte waarnemingscapaciteit heeft, betekent het tegelijkertijd dat er een *geringere* aandacht is voor de vele andere aspecten van de werkelijkheid. Een beroep brengt dus altijd een stuk *beperking* mee. Dat geldt evenzeer voor het rolgedrag. Men groeit in een bepaalde rol en die gaat steeds meer heel je wijze van doen bepalen. Dit geldt voor allerlei beroepen. In de maatschappij hebben die beroepen dan ook elk hun bepaalde beeld gekregen. Een militair heeft iets strams, gedisciplineerd. Een onderwijzer of leraar zit voor hij het weet iets uit te leggen. Voor hij het weet is hij een betweter. Zorgverleners hebben zo ook hun eigen beroepsbeelden.
Een dokter moet het 'druk' hebben. Hij moet bedrijvig zijn en als hij teveel tijd heeft, denken we dat hij misschien niet erg bekwaam is en maar een kleine praktijk heeft. Een dokter en vooral een specialist is gewichtig.

Hij duldt geen tegenspraak. Hij alleen is bij de wet bevoegd verklaard. Een chirurg en al helemaal een HART-chirurg is bijna een half-God. Althans zo voelen velen dat en zulke beroepsdeformatie is natuurlijk niet goed te verenigen met maatschappelijke eisen als team-samenwerking, mondigheid van de patiënt of democratisering. Let wel! Als die dingen moeilijk op gang komen, ligt dat niet in de eerste plaats aan de *personen*, maar aan de vervorming die een gevolg is van hun beroepsuitoefening. Wat voor de artsen gold, is tientallen jaren op de verpleging en later op de verzorging afgestraald. Ook zij zijn voortdurend 'druk'. Dat is enerzijds een klacht, maar anderzijds een beroepstrek die er *hoort* te zijn. Zo wordt dat gevoeld. Die drukte is ten dele *nonsens*. Langzamerhand hebben allerlei bezigheden binnen de zorgberoepen een haast ritueel karakter gekregen. Er wordt in dit kader *bezwaar* gemaakt door zorgverleners tegen meer zelfzorg en mantelzorg van de verzorgden. Er worden volstrekt onnodige dingen gedaan, zoals het 's avonds op de gang zetten van alle bloemen in de ziekenhuizen om ze de volgende ochtend weer allemaal bij de bedden te zetten. Een bedlegerige verpleeghuispatiënte zei eens: 'mens! geef me nou vandaag maar eens een heel klein wasbeurtje en kom nou liever eens even gezellig bij me zitten en wat praten. Daar heb ik veel meer behoefte aan!'

Het verzorgen wordt een doel in zichzelf. Niet langer geldt het vergroten van het welzijn van de verzorgde als doel, al wordt dat natuurlijk wel altijd luide met de mond beleden.

Een tweede griezelige beroepsmisvorming is gelegen in het feit dat een zorgverlener steeds vrijwel uitsluitend de mogelijkheden van zijn *eigen* discipline ziet. Bij alle situaties die zich voordoen, zoekt hij natuurlijk het eerst en tenslotte uitsluitend onder zijn *eigen* gereedschap om aan die situatie iets te doen.

Het gevolg is het bekende feit, dat hulpverlening vaak niet is toegesneden op de *werkelijke* noden van de zorgbehoevende, maar op de *methode* die de zorgverlener bij de hand heeft, passend of niet. Dit lijkt misschien overdreven, maar wie goed rondkijkt in allerlei zorgverlening, komt het voortdurend tegen. Het klassieke voorbeeld is de dokter die maagpoeders voorschrijft voor maagklachten die uitsluitend van nerveuze aard zijn en het gevolg van bijvoorbeeld huwelijksproblemen van de patiënt, die als schijnbare maagklachten worden geprojecteerd. De dokter heeft wel recepten leren schrijven, maar voor het oplossen van huwelijksmoeilikheden heeft hij geen scholing genoten. De andragoog daarentegen zal zich

allereerst met de levensomstandigheden bezig houden en er niet zo gauw aan denken dat maagklachten daar niet mee samen *hoeven* te hangen, maar heel goed het gevolg kunnen zijn van bijvoorbeeld een aangeboren aanleg tot het krijgen van maagzweren.

Zorgverleners neigen ertoe, juist als ieder andere beroepsbeoefenaar, het belang van *hun* beroep te overschatten.

Door dat overschatten komen zij er vanzelfsprekend toe om de bekwaamheid en deskundigheid van anderen te *onderschatten*, in het bijzonder wanneer die *hun* beroepsgebied raakt. Dit wordt gedeeltelijk veroorzaakt door het 'gediplomeerd zijn'. Men heeft een *formeel* erkende deskundigheid en een ander die dat niet heeft is dus 'minder'. Zo kan het voorkomen dat een gediplomeerd gezinsverzorgster tegen een huismoeder zegt hoe ze allerlei dingen 'beter' moet doen, terwijl menige oudere huismoeder over het huishouden heel wat meer praktische vaardigheid in haar mars heeft dan menige pas gediplomeerde gezinsverzorgster. Datzelfde geldt voor veel jonge artsen, als het bijvoorbeeld gaat om huiduitslag door kinderziekten.

Een moeder met wat kinderen heeft meestal meer mazelen gezien en kan ze beter van rode hond onderscheiden dan menig jonge arts die vers van de universiteit komt. Het diploma moet dus niet teveel gebruikt worden om voortdurend op de eigen deskundigheid te wijzen. De cliënten of patiënten kunnen haast altijd *meer* dan de hulpverleners denken. Röhlich heeft daar in een verpleeghuis een omvangrijk onderzoek naar gedaan. Men gaf de patiënten stap voor stap steeds meer gelegenheid tot zelfzorg en mantelzorg voor hun maaltijden. Het bleek veel beter te gaan dan de hulpverleners verwachtten.

Bij enquêtes onder patiënten en hulpverleners werden allerlei vragen gesteld over het wel of niet kunnen uitvoeren van allerlei kleine zorgtaken. Het bleek, dat de hulpverleners daar (ten onrechte) veel minder van verwachtten dan de patiënten zelf.

Een goed voorbeeld is ook het 'eettafelproject', dat in 1980 in een aantal verpleeghuizen is gaan lopen. In het klassieke zorgpatroon was de voedingszorg zo verregaand door 'het huis' overgenomen, dat de patiënten hun maaltijden, inclusief broodmaaltijden, klaar en wel op hun bord kregen aangereikt.

'Hapklare brokken' dus. Ze hoefden nog slechts de drie laatste stappen te doen: happen, kauwen, slikken. Het voorstel om weer *eettafels* te maken waarop de diverse ingrediënten staan, zoals diverse soorten brood, beleg,

dranken, etc., ondervond aanvankelijk van allerlei soorten zorgverleners veel weerstand. Maar toen het tenslotte toch werd ingevoerd zagen velen met verbazing, dat het veel prettiger voor de mensen was: dat ze wat te doen hadden voor zichzelf en een beetje voor elkaar; dat ze zich niet slechter dan thuis aan een dieet konden houden, etc. etc.

Voorals mensen die lange jaren in de zorgverlening zitten, staan bloot aan de welbekende bedrijfsblindheid. Men *ZIET* eenvoudig niet dat het anders zou kunnen. Leerlingen die pas op de afdeling komen werken, zijn dikwijls erg verbaasd, maar zij krijgen natuurlijk de wind van voren! 'Wat verbeeld jij je wel! Je komt hier pas kijken. Dit gebeurt hier *ALTIJD ZO* en niet anders.'

Dat is jammer, want juist de nieuwe kijk van jonge mensen is de beste beveiliging tegen bedrijfsblindheid. Oudere zorgverleners raad ik dan ook altijd aan om zulke nieuwe geluiden niet meteen af te straffen, maar sommige ideeën van jonge mensen gewoon eens uit te proberen.

4. WIE ZIJN DIE 'VERZORGDEN', 'CLIËNTEN' EN PATIËNTEN?

a. *Etiketten*

In allerlei opleidingen wordt aan '*de verzorgde*' nogal veel aandacht besteed. Wat beleeft 'de' zieke, of 'de' ziekenhuispatiënt; wat zijn de kenmerken van 'de' bejaarde, of 'het' probleemgeval?

Natuurlijk hebben al die soorten mensen iets bijzonders als we ze vergelijken met 'de' gezonde. Maar '*de*' gezonde bestaat niet. Er zijn miljoenen gezonden die allemaal gezond zijn en toch helemaal niet hetzelfde! Er zijn dikke en dunne gezonden; lange en korte; vrolijke en zwaartillende; gezellige en eenzame.

Precies hetzelfde geldt voor zieken, gehandicapten, bejaarden etc. Men kan over elke groep een aantal dingen zeggen die ze gemeen hebben, maar daarbij moet er voortdurend aan gedacht worden om die typologie niet *als een etiket* te gaan gebruiken.

Natuurlijk nemen krachten en vermogens van een bejaarde altijd af. Maar niet *alle*, en niet altijd hetzelfde! Sommige bejaarden hebben een glasheldere geest en grote wijsheid, maar kunnen bijvoorbeeld slecht zien en moeilijk lopen. Andere zijn hardhorend, maar zijn bijzonder hartelijk voor andere mensen. Het is dus nonsens om alle bejaarden in het hokje te stoppen van: 'arme, oude, zielige, eenzame bejaarde'.

De grote verschillen tussen de verzorgden hangen samen met hun aanleg, beroep, vroegere maatschappelijke status, ontwikkeling en verdere levensomstandigheden en levensgeschiedenis.

Bij elk individu levert dat een uniek mengsel op.

Ieder mens heeft er recht op om als individueel mens te worden behandeld.

Bij ieder individu zullen echter wel één of meer van de volgende aspecten opvallen.

b. *Zorgconsumenten-houding*

In onze consumptie-maatschappij lijkt het wel of alles te koop is, ook echte zorg. Men heeft (samen met zijn werkgever) premies betaald voor sociale zekerheid. Nu heeft men zorg nodig. Dat is vastgesteld. 'Nou, dan zal en moet er ook *volop* van geleverd worden!' Deze houding ziet men helaas nogal eens. Veeleisend tot in het belachelijke, nooit tevreden, nooit een bedankje of een waarderend woord, niets is goed; altijd kankeren. Dit is de bedorven mens van onze 20ste eeuw. Nooit zo goed gehad en nooit zo ontevreden. *Zielig*, want deze mensen hebben niet geleerd om te *leven*. Leven is niet alleen geld verdienen, lol, vakanties, seks en dan maar verder zien! In het *leven* zit de *dood* ingesloten. Onherroepelijk. Het leven is zo ingericht dat de mens de kans krijgt om waardig van dat leven afscheid te nemen. Hij krijgt volop kansen om dat te leren. Als je 40 jaar bent, *sterft je jeugd*. Je buik wordt te dik. Je borsten gaan hangen. Het mooie is eraf. Als een vrouw 50 jaar wordt, *sterft* haar vruchtbaarheid af. Als je 60 of 65 jaar wordt, *sterft* je arbeidsbestaan. Je gaat met pensioen. Heel mooi, maar je staat buiten de grote sociaal-economische processen. Als je ziek wordt of gehandicapt, *sterft* een deel van je functies. Lieve mens, weet je het nu *nóg* niet.

Tenslotte *sterft* dan eindelijk wat er nog van je over was. Je hebt de tijd gehad om te leren je leven stukje voor beetje neer te leggen.

Rijpe mensen hopen *zó* te kunnen sterven. Hun stervens-voorbereiding heeft zich in de loop van een half mensenleven voltrokken. Maar de zorgconsumenten bereiken die rijpheid zelden. Zij hebben *recht* op gezondheid! Het is schandalig dat *zij* ziek worden, of oud, laat staan dat ze *dood* gaan!

Ondenkbaar bij de huidige stand van de wetenschap!

Een beetje overdreven. Dat wel! Maar een duidelijk beeld!

Dit soort mensen is zich soms ook van een afschuwelijk soort macht bewust. De *hindermacht*. De verzorgde kan zijn omgeving *terroriseren*

door zijn mogelijkheden tot hinderen, vooral in de inrichtingen. Als iemand niet *direct* op het eerste sein geholpen wordt om zijn plasje te doen, hoeft hij het maar vijf keer in bed te laten lopen of de hulpverleners hollen op het eerste signaaltje. En als ze hem ter bestraffing eens in zijn nat laten liggen, hoeft hij maar te dreigen met een brief naar een ombudsman of de Telegraaf, en iedereen *vliegt* weer!

Tussen verzorgde en zorgverlener moet dit alles niet voorkomen. Voor beiden is het bestaan slechts draaglijk als zij een *verbond* aangaan, waarbij ze *elkaars* leven zoveel mogelijk respecteren!

Verzorgers zijn geen troep keukenmeiden en bedienden die voor de hulpvrager moeten vliegen! Het is merkwaardig dat deze houding het vaakst voor blijkt te komen bij mensen die het in hun leven niet ver gebracht hebben en nu de kans waarnemen om óók eens 'macht' te bezitten.

c. *Het 'uitgeblust' zijn*

In inrichtingen vind je dit vaak. Het leven heeft niets meer te bieden. Men is uitgeteld. Geen enkele belangstelling is er. Men wacht op de dood. Functies die nog best goed zijn, worden verwaarloosd. Niets heeft meer zin. Men is als mens al dood, maar het leven teert nog voort op een zacht pitje. Vriendelijkheid wordt soms zelfs afgeweerd. Er is geen eer aan te behalen en dat kan erg teleurstellend zijn wanneer je met enthousiasme en soms zelfs groot idealisme voor het zware beroep van ziekenverzorgende hebt gekozen.

d. *De zorgende houding*

Overall vind je nog verzorgden, die het heerlijk vinden om *zelf* wat te kunnen zorgen. De huisvrouw die het heerlijk vindt om haar bed in het ziekenhuis zelf op te maken. Ik *verfoei* de verpleegster die zegt: 'Nee mevrouw, dat *mag* u niet, want dat moet hier *ZO*', en dan het bed weer opmaakt op een pseudoprofessionele wijze die er alleen toe dient om het deskundigheidsimage hoog te houden! Laat de zorgende verzorgde een kans!

Laat die het bed opmaken, ook al is het minder 'netjes'. Laat ze afdrogen bij de afwas en *respecteer* het! Zo iemand houdt zichzelf overeind door nog wat te kunnen zorgen!

e. *Tot slot, de sukkelige houding*

In onze welvaartsmaatschappij hebben ontelbare mensen vergeten wat het belang en de rijkdom zijn van zelfzorg en mantelzorg.

Nu zijn ze ziek, gestoord of oud en komt hun hulpeloosheid schrikwekkend aan het licht. Ze deden nooit wat voor een ander en nu bekommert zich dan ook niemand om hen! Nu klagen ze over eenzaamheid, maar ze staken nooit een hand uit voor een ander! Nooit waren ze bereid om zelf eens voor van alles te zorgen en nu is hun zelfredzaamheid dan ook bedroevend. Zielige wrakken van onze egoïstische samenleving.

5. EEN BEROEP MET HOOFD, HANDEN EN HART

Wat voor eisen stelt een zorgverlenend beroep?

Dat is een minstens zo belangrijke vraag als die naar de vereiste *vooropleidings-diploma's*. Voor een zorgverlenend beroep is natuurlijk specifieke kennis van de eigen sector noodzakelijk. Die kennis moet meestal afwijken van het gewone zorgen, want beroepszorg is meestal iets dat *extra* is, dat pas moet plaatsvinden wanneer de gewone zelfzorg en mantelzorg tekort schieten.

Wanneer het gaat om *eenvoudige vervanging* van *gewone* zelfzorg en *gewone* mantelzorg, omdat die om een of andere reden tekort zijn gaan schieten (bijvoorbeeld een huismoeder ligt een maand in een ziekenhuis en haar plaats in het gezin moet worden overgenomen door een beroepskracht, omdat er geen familielid, vriendin of buur voor te krijgen is), dan heeft de beroepskracht de kennis nodig waar een gewone goede huisvrouw over moet beschikken. Gaat het om een wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende of een arts, dan ligt het accent meer op kennis die in de gewone leefomstandigheden *niet* voorhanden is. Voor die zorgberoepen ligt de nadruk meer op specifieke kennis.

Bij alle zorgverlenende beroepen zien we de neiging om de eigen beroepsinhoud 'op te kloppen' en zo belangrijk mogelijk te maken. Men leert vaak meer theorie dan nodig is om zijn werk goed te kunnen doen, bijvoorbeeld veel te veel preklinische kennis in de medische opleiding, of te theoretische gedragswetenschappelijke kennis voor sommige andere zorgende beroepen, maar daarentegen te weinig over de achtergronden van het eigen dagelijkse werk en de *hoofdlijnen van het zorgen* (algemene zorgkunde) waarvan de eigen zorgactiviteiten een onderdeel vormen.

Bij de opleidingen is er dus de neiging om de *specifieke* theoretische kennis van de eigen sector te beklemtonen. Dat zou nog zo erg niet zijn wanneer steeds ook voldoende aandacht werd besteed aan de *vaardigheden*. Kan men met zijn kennis ook echt omgaan? Zijn het geen routineachtige weetjes die domweg in de praktijk worden toegepast? Echte vaardigheid vereist het voldoende in de praktijk *bezig* zijn geweest, waarbij dat bezig zijn is getoetst en bijgestuurd door vakmensen. Dat is het geval bij de ideale *in-service training*.

Deze geeft de grootste kans op het verkrijgen van voldoende vaardigheid in het eigen vakgebied. Helaas is in het verleden de inservice-opleiding, bijvoorbeeld voor verpleegkundige, wat in discrediet geraakt, omdat de leerling teveel als werkkraft werd gebruikt zonder dat het opleidingsaspect van dat werken voldoende aan zijn trekken kwam. Zo is dan vaak het kind (de vaardigheid) weggegooid met het badwater van de onjuiste toepassing van de in-service training.

Maar als iemand goede *kennis* heeft van zijn zorgberoep (hoofd), en bovendien *vaardig* is in de uitoefening van dat beroep (handen), dan zijn we nog niet aan het einde. Het is een van de typische tekortkomingen van onze tijd dat we veel te veel waarde zijn gaan hechten aan verstandelijke kennis en technisch kunnen.

Door dit ook in de zorgverlenende beroepen te doen, hebben we die menselijk verschaald op een soms ontstellende manier.

Hoe meer een medisch student de mens leert zien als een ingewikkelde machine, hoe meer de arts dan later terecht komt in de rol van de reparateur of monteur. Hoe meer in allerlei zorgberoepen de te verzorgen mens benaderd wordt vanuit zijn specifieke zorgbehoefte, hoe gemakkelijker hij zal inschropelen tot alleen maar een '*object van zorg*', 'de' patiënt, 'de' bejaarde, 'het' kind, 'het' gezin, waarbij de persoonlijkheid van de verzorgde wordt overdekt door zijn algemeen beeld. Juist door dit proces wordt hij een *nummer* en is niet langer een mens met zijn eigen levensgeschiedenis, zijn eigen verdriet en vreugden, zijn eigen verwachtingen en angsten; telkens weer anders, want ieder mens is uniek, ook elke dag vaak anders.

Wat moeten we daartegenover dan doen? Met andere woorden hoe moet in dit opzicht de beroepsattitude zijn van *iedere* zorgverlenende?

Die houding *kan en mag* niet alleen vanuit het verstand komen, laat staan vanuit een routine (de 'opgebakken' glimlach van de serveerster). Deze houding kan alleen maar echt zijn vanuit het *hart*. Bij het beroep van

zorgverlenende hoort als een onafscheidelijk kenmerk, dat men *toegewend* is naar de zorgontvangende. De zorgontvangende vereist inlevingskracht in zijn situatie, en in zijn bestaan. De hulpverlener moet dus vanuit zijn *hart oplettend* zijn. Hij of zij moet beschikken over een goede ontvanger die de signalen van andere mensen makkelijk opvangt en niet alleen een zender, die voortdurend verkondigt wat de verzorgden moeten doen en wat er al dan niet goed voor hen is. Met andere woorden: er moet een *emotionele* betrokkenheid zijn op mensen waarvoor men zorgt. Denk aan de psycho-sociale bovenlaag! Is dat niet 'gevaarlijk'? Gaan we onszelf als zorgverleners dan niet teveel identificeren met de verzorgden? Kan een mens daar wel tegen? Gaat hij daar niet aan kapot? Dat gevaar is inderdaad aanwezig. Toewending en betrokkenheid leiden gemakkelijk tot identificatie. Het leed en verdriet van de verzorgde worden dan je eigen leed. Je trekt het jezelf geweldig aan en huilt over een patiënt die je een tijd hebt verpleegd. Dat is heel menselijk en ik zie het liever dan een 'kouwe kip' die zegt dat het haar niets doet. Maar toch moet het worden opgevangen.

Toewending en emotionele betrokkenheid zijn *iets anders* dan identificatie. Tussen het lijden en sterven van de bejaarde en dat van de jonge hulpverlenende ligt meestal een periode van een *halve eeuw*. Over een halve eeuw ben jij zelf pas 75 of 80 jaar en pas dan ben je er net zo aan toe en *pas dan* moet je het zelf doorleven en *pas dan* moet je ook de rijpheid en afstandelijkheid hebben opgebouwd om het lijden wat over je heen komt lijdzaam en waardig te kunnen verdragen. Dat is groots en heel sterk.

Kijk dus liever ook naar die grootsheid en kracht van veel oude mensen en gehandicapten; de volheid van leven die huist in dat vervallen lichaam, dat ons afstoot in een tijd dat vooral jeugd, schoonheid, seks, sport, vrijheid, in tel zijn.

Hier is de grote leerschool van elk zorgverlenend beroep. In het zorgen *niet* tot routine en afstand te vervallen, maar toegewend en betrokken te blijven en die emotionele band te versterken en te verrijken ZONDER medelijden en zonder je *eigen leven* en bestaan ermee te vereenzelvigen.

Dat is een erg moeilijke opgave, vooral in deze tijd van overwaardering van het verstandelijke en het technisch-materiële.

Dat kan men als jong mens zelden op zijn eentje. Daar moet over gepraat kunnen worden, met elkaar, met oudere *rijpe* zorgverleners en ook met rijpe wijze zieken en bejaarden. Dat is niet iedereen, want alle mensen

zijn het produkt van deze tijd en velen zijn vervallen tot slavernij: nog steeds consumptie, het eten, het kleinzielige zeuren over steeds kleinere kleinigheden. Bekijk deze mensen met veel menslievendheid, want de meesten kunnen het zelf niet helpen dat ze zo gruwelijk zelfzuchtig zijn geworden in een cultuurperiode van egoïsme, genotzucht, consumptiedwang en verwardheid.

Maar put er meteen zelfkritiek uit!

Het durven ontplooiën van onze eigen emotionaliteit moeten we weer aanleren. Het eigen onderbewustzijn weer goed te laten meefunctioneren in een waarachtig LEVEND bestaan, daar zijn nog maar weinig mensen aan toe. De rijpheid en rust om te *kunnen* lijden en aanvaarden is de westerling zo vaak kwijt. Wij kunnen de oosterse mens daarom benijden en het is geen toeval dat zoveel mensen uit het westen hun heil zoeken bij Oosterse wijsheid, guru's uit India, transcendente meditatie, begrippen uit het Zenboedhisme en zoveel meer. Wie Jack Kerouac heeft gelezen (bijvoorbeeld 'Op weg' of 'Wildernis'), heeft een westers schrijver gevonden die als een waanzinnige probeert om zijn eigen onderbewustzijn en emotionaliteit open te scheuren tot bloedige wonden. En tot je verbijstering herken je verborgen dingen van jezelf in de griezelige afgronden die hij opent.

Een hele generatie zal er wel voor nodig zijn om eindelijk op een gave en volwassen wijze te leren omgaan met onze emotionaliteit en ons onderbewustzijn; met lijden en dood even goed als plezier en uitbundigheid. Er is een chaos te ordenen, maar je hoeft het niet alleen. Een klein beetje orde in je eigen bestaan en een warme overgave aan je werk, om het gewoon goed en menselijk te doen. Dat is niet alleen voldoende, nee, *dat* is nou KWALITEIT. Kwaliteit van hoofd, handen en van hart.

6. SAMENVATTING

De motieven achter de keuze van een zorgverlenend beroep zijn belangrijk voor de kwaliteit van de latere zorg; negen verschillende motieven worden in dit opzicht besproken. Met behulp hiervan kan de zorgverlener zijn zelfkennis vergroten.

Een beroep drukt steeds een stempel op de persoon die het uitoefent. De zorgverlener heeft het altijd 'druk', overschat zijn zorgverlening, onderschat zijn zorgbehoevenden, is vaak gewichtig en soms niet vrij van

zelfoverschatting en arrogantie.

Lang werken in een beroep leidt gemakkelijk tot bedrijfsblindheid.

De verzorgden worden vaak teveel geëtiketteerd onder stereotype beelden die de grote variaties tussen individuele mensen onvoldoende recht doen. Er zijn globaal echter wel verschillende aspecten bij verzorgden te onderscheiden: de zorgconsument, de lastpost, de 'verpletterde' apathische mens, de zorgende, de sukkel.

De eisen die het zorgberoep stelt, kunnen in drie aspecten worden ondergebracht:

- kennis van de beroepsmethoden (hoofd);
- vaardigheid in toepassing en omgang (handen);
- toewending en oplettendheid (hart), of zoals Marinus van den Berg het zegt in zijn boek 'Zorgen als beroep':

'In de verzorgende beroepen zou meer erkend moeten worden dat luisteren, aandacht, hartelijkheid, warmte, even belangrijk kunnen zijn als wassen, soppen, sjouwen, rennen. Werken is zowel doen als luisteren. Luisteren is ook doen. Het is doen met je persoon en je handen even niet laten wapperen.'

HET DOORZETTEN VAN DE ZORGVERNIEUWING

1. DE TIJD IS RIJP

In de Nederlandse bevolking is het besef gaan groeien dat meer welvaart niet leidt tot meer welzijn. Om meer welzijn te bereiken zijn andere dingen nodig die niet gericht zijn op méer bezit, meer HEBBEN, maar veeleer op een rijker menselijker persoonlijkheid: meer mondigheid, zelfredzaamheid, zelf de handen uit de mouwen steken, minder afhankelijk, meer zelf verantwoordelijk voor het gestalte geven aan je bestaan en aan dat van je dierbaren, ophouden met zeuren over een paar procenten meer of minder, omdat die bij ons welvaartspeel het leven en welzijn praktisch nooit behoeven te raken.

Bovendien ging men beseffen dat de grote sociale zekerheid en de talloze sociale voorzieningen zulk een geweldig stuk van het bruto-loon gingen vergen, dat die sector een beetje tot bedaren moet worden gebracht. Er wordt nu dus flink bezuinigd op allerlei voorzieningen en die kijken nu uit naar nieuwe werkwijzen.

Ook de 'opwaartse druk' om vooral de kostbaarste voorzieningen te willen hebben, als je iets mankeert, omdat je denkt dat die 'het beste' zijn (specialisten, ziekenhuizen, operaties), begint te minderen. Langzaamaan komt er begrip voor het feit, dat de sleutel voor gezondheid niet in de eerste plaats ligt op de bovenste plank van de medische reparatiemogelijkheden, maar dat iedereen die sleutel zelf op zak heeft door goede zelfzorg en mantelzorg om je gezondheid intact te houden. Ook het vertrouwen in de 'eerste lijn' herstelt zich: in de huisdokter, de wijkverpleegkundige. Dat is in overeenstemming met het beleid van de Overheid, dat zich steeds

duidelijker is gaan richten op goede zelfredzaamheid bij gezondheid en ziekte, en voorrang geeft aan de eerste lijns beroepszorg, die mensen thuis kunnen ontvangen.

Vanzelfsprekend werd dus op de ongebreidelde groei van inrichtingen de domper gezet. Het aantal bedden van de algemene ziekenhuizen moest zo flink naar beneden tot onder de 4 bedden per duizend inwoners.

De bouw van verzorgings- en verpleeghuizen werd op een laag pitje gezet. Ook in andere sectoren vinden we soortgelijke ontwikkelingen, maar omdat de gezondheidszorg een van de kostbaarste zorgsystemen was geworden, zijn daar de veranderingen het hardste nodig en is de politieke druk er groot.

Maar al is de tijd dan rijp, wat betekent dat dan voor allerlei betrokkenen. Het spreekt vanzelf dat niet enkel de zorgverleners moeten veranderen. Ook de mensen aan wie zorg wordt verleend, dus eigenlijk heel de bevolking, zal een andere attitude t.o.v. beroepszorg moeten krijgen.

2. ZORGVERNIEUWING IN DE BEVOLKING

In enkele woorden gezegd, betekent dat: herstel van een bewuste, gezonde, competente zelfzorg en mantelzorg cultuur. Zulke cultuurveranderingen gebeuren niet vanzelf op basis van aanbeveling dat het zo goed zou zijn. Het gaat om een omwenteling, een 'transformatie' die de waarden en gewoonten rond heel het zorg-gedrag betreft. Om dat in gang te zetten is een soort schok nodig: crisis-achtige spanning, om de gedragspatronen weer 'vloeibaar' te maken. Voor de verzorgingshuizen, de bejaarden- en gezinsverzorging is die situatie inderdaad ontstaan, doordat de Rijksoverheid het roer heeft moeten omgooien omdat de hele sector onbetaalbaar werd.

Wij zullen de zorgvernieuwing vooral bekijken bij de bejaarde bevolking. Met hun rond anderhalf miljoen vormen zij immers een van de belangrijkste groepen van feitelijke en mogelijke consumptie van beroepszorg. Hoe zal bij hen de zorgvernieuwing eruit zien?

Allereerst, laten we ophouden met alsmaar te praten over 'HET bejaardenprobleem'. Dat bestaat helemaal niet! De driedeling in bejaarden-balancerenden-senielen maakt dat duidelijk. Bij bejaarden en balanceren zijn de mensen nog geheel of grotendeels zelfredzaam. Dat geldt des te

meer voor de toekomst, wanneer door bewustere en betere zelfzorg en mantelzorg, gemakkelijk in de zorgbehoeften kan worden voorzien in verreweg de meeste gevallen.

Er is inderdaad wat meer mantelzorg nodig dan op de middelbare leeftijd. Maar dat geldt net zo goed voor kinderen. Daar spreken we toch ook niet over 'het kinderprobleem' omdat kinderen eens naar school gebracht moeten worden en omdat ze niet zelf kunnen koken. In een mensenleven behoeven de perioden van bejaren en balanceren dan ook helemaal niet 'zelig' te zijn. Zij hebben juist grote voordelen. Er is vrijdom van beroepspllichten. Er is tijd voor allerlei dingen zoals kaarten, vissen, wandelen. Er is gelegenheid om een bestaande hobby uit te bouwen of een nieuwe te beginnen. Niet zelden komt een onvermoede aanleg tevoorschijn, zoals bijvoorbeeld bij de beroemde schilderes Grandma Moses, die pas na haar 75ste jaar begon met schilderen.

Bovendien is er tijd genoeg om je kinderen, je familieleden, je vrienden nog eens allerlei attenties te bewijzen en ze te helpen als ze dat nodig hebben. Aandacht en echte belangstelling voor HUN wederwaardigheden is daarvan een belangrijk onderdeel. Als men niets voor een ander over had, toen het nog kon, moet men later niet klagen dat men in de steek wordt gelaten als men zelf eens hulp nodig heeft!

Maar de kern van het bejaarde bezigzijn bestaat toch wel in de afronding van je menselijke bestaan; het aanpassen aan lager prestatie-vermogen door minder te *willen* presteren, en praktische methoden te vinden waarmee iets moeilijks nog wel kan. Het is ook de tijd om na te denken over je eigen levensgeschiedenis en over je relaties met je genoten en anderen.

Heel deze rijkdom van mogelijkheden schept de bodem voor een nieuw *positief rolgedrag*. Het negatief gekleurde rolgedrag dat nog gebruikelijk is, heeft vaak iets kunstmatigs. Het wordt overheerst door onaangepaste frustraties over het verlies van VORIGE rollen. Dat wordt symbolisch tot uitdrukking gebracht door onnodig traag slenteren: men heeft toch nergens meer iets te doen; of men gaat onnodig sloffen: 'Ik, arme oude man'. Men blijft suffig staan in een ingang die men verstopt voor anderen. Men gaat steeds meer kankeren op de maatschappij, die door jongere generaties natuurlijk steeds meer verpest wordt. Uit tal van onderzoeken in heel de westerse wereld is gebleken dat zulk een negatief rolgedrag versterkt wordt, door het tegemoet te treden met veel beroepszorg. Vooral opname in een tehuis is funest gebleken. Brown spreekt van

'aangeleerde hulpeloosheid'. Avorn over 'namaak-invaliditeit'.

Onze beroepscontacten met bejarenden en balancerenden moeten dus steeds bedacht zijn op het ondersteunen van positief rolgedrag. Allereerst natuurlijk het aanmoedigen van zelfzorg en het aanreiken van eenvoudige methoden en middelen die die zelfzorg zo goed mogelijk intact kunnen houden. In hoofdstuk 2 hebben wij daarvan al een aantal voorbeelden gegeven.

Daarnaast is het bewuster maken van de noodzaak om het eigen mantelzorgnetwerk intact te houden en zo mogelijk te versterken van groot belang. Dat gebeurt vooral door nu het nog kan, zelf open te staan voor de behoeften van anderen. Doe nu nog wat je kunt en ben nu al bezig om een plezieriger mens te zijn op je oude dag en minder de tiran of zeurkous.

Onder de bejaarden vinden we een hoog percentage alleenwonenden. Het gaat vooral om vrouwen, want die hebben statistisch een langere levensduur dan mannen. Bovendien blijken veel oude weduwnaars te hertrouwen. Alleen-zijn wil echter nog niet zeggen: eenzaam zijn! Het eenzaam worden is dan ook niet louter een gevolg van de omstandigheden. Het is ook een defect van de persoon zelf. Die blijkt niet in staat te zijn om in voldoende mate contacten met anderen op te bouwen. Misschien zijn hier in de toekomst meer mogelijkheden voor zelfhulpgroepen van mensen met contact-armoede.

Wat er nu nog overblijft is de groep van de seniliserenden. Die is kleiner dan 1 op de 10 bejaarden, maar heeft in absolute aantallen dus toch nog een flinke omvang. Hier is vaak veel beroepszorg nodig, hetzij rechtstreeks, hetzij ook om een mantelzorger te ontlasten, zodat die niet afknapt. Over EEN ding is iedereen het wel eens: opnemen in een tehuis verergert psychisch de situatie en het rest-welbevinden van de seniliserende, vaak in heel ernstige mate.

In dit veld liggen nog grote problemen. Moeten wij hen die ernstig aftakelen tot het bittere eind blijven verzorgen en in het leven houden, ook tegen hun eigen wil? Of, aan de andere kant, gaan we naar ruime toepassing van actieve euthanasie in deze groep? En waar liggen de grenzen tussen de twee uitersten? Vele vragen waarop slechts de toekomst antwoord kan geven.

3. NIEUWE ATTITUDE VAN BEROEPS-ZORGVERLENERS

Het veranderen van je 'attitude' is een geheimzinnig en ingewikkeld gebeuren. Eerst moet je ergens door 'geraakt' zijn: een ongelukkig bestaan in een verpleeghuis; een vernieuwingsgedachte; of de ervaring die je opdoet met een zorgvernieuwingsproject, zoals het 'eettafelproject' in een verpleeghuis.

Laten we de voedingsfunctie nog eens bekijken, dan zien we dat in de inrichting het voedsel bij voorkeur 'geproportioneerd' wordt verstrekt, dat wil zeggen in eenpersoonsmaaltijdvorm klaar en wel opgeschept zoals dat in vliegtuigen het geval is. 'Hapklare brokken' dus. Dat is het meest efficiënt. Snel en foutloos kan voor de diëten gezorgd worden.

Het ronddelen vormt geen probleem. De temperatuur van het voedsel is gegarandeerd voldoende hoog. De controle is makkelijk. Kortom, het heeft uit het oogpunt van *management* vele voordelen.

Maar vanuit een oogpunt van zelfzorg is het een *funest* systeem. De eettafel in ere te herstellen betekent dat de patiënt *meer* zelfzorgstappen in zijn voedingsfunctie terugkrijgt. Sommigen kunnen meedoen met *tafeldekken*. De *keuze* van hoeveelheden en soorten voedingsmiddelen (broodbeleg is al helemaal gemakkelijk in te voeren) wordt deels hersteld. De *eetplaats* kan zelf deels worden gekozen, want men kan aan de tafel een plaats kiezen, of zijn bord klaarmaken en meenemen naar bed of een zithoek etc. Ook de *eettijd* krijgt een zekere mate van vrijheid want men hoeft niet meer allemaal tegelijk te ontbijten etc. Dan is er de mogelijkheid om deel te nemen aan het afruimen en de afwas. Neemt dus de mogelijkheid tot zelfzorg sterk toe, daar komt nog bij dat ook mantelzorg versterkt wordt. Het minste is al dat men aan tafel dingen aan elkaar doorgeeft. Ook is het mogelijk dat iemand een ontbijtbordje klaarmaakt aan de tafel voor zijn bedlegerige buurman volgens diens wensen. Al die kleine zakelijke contacten scheppen een gemakkelijke basis om ook verder 'aan de praat' te raken.

De begeleiding is in het begin wel nodig maar wordt op den duur meer en meer vervangen door het proces van sociale controle dat eigen is aan groepsprocessen.

Op de verpleegafdeling is het natuurlijk wat rommeliger. Maar het is dezelfde gezellige rommeligheid als men in huishoudens aantreft. Als beroepsverzorgers dat niet willen, leggen zij hun *eigen netheids-* en *efficiency-criteria* op aan de patiënten, die toch de eigenlijke bewoners

van het huis zijn!

Wat hier voor de voedingsfunctie is uitgewerkt, geldt in meerdere of mindere mate voor allerlei andere functies.

De hele sfeer van het samenzijn van die mensen veranderde. Mensen die in maanden nog geen woord met elkaar gewisseld hadden, raakten aan de praat. Het eettafelproject heeft veel mensen in verpleeghuizen overtuigd van de betekenis van zorgvernieuwing terwijl het toch maar EEN klein onderdeel van het dagelijkse bestaan raakte. Het leerde ons ook, dat wij met de mensen niet teveel moeten praten over zorgvernieuwing, maar telkens en geduldig een kleine verandering invoeren en begeleiden.

Wie gegrepen is door de idee van de zorgvernieuwing, ziet wel in dat er dan heel wat gestudeerd moet worden om ze in allerlei opzichten in de praktijk van de zorgverlening te kunnen gaan doorvoeren. In de toekomst zal de algemene zorgkunde als leervak in de opleidingsprogramma's van allerlei zorgkundige opleidingen moeten worden opgenomen. Docenten kunnen de gedachten echter nu al vervlechten in diverse andere vakken, al blijft dat maar behelpen.

Daarnaast zijn bijscholingscursussen nodig voor hen die al als zorgverlener werkzaam zijn. De proef die wij in 1982 genomen hebben met het opzetten van driedaagse 'seminars zorgvernieuwing', is zeer positief ontvangen. Ze is inmiddels op breder leest voortgezet en uitgebouwd door de Landelijke Stichting Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (OVDB) te Maarn.

Maar bovenal belangrijk blijft bij dit alles de zelfstudie en zelfvorming. Het schema dat daarvoor door Bloom is opgezet, bevelen wij daarvoor aan. Het onderscheidt het leerproces in drie stappen: kenfase - gevoelsfase - activiteitsfase.

De kenfase bestaat weer uit drie niveaus:

- a. *Het verzamelen van informatie*: bijvoorbeeld het bestuderen van dit boek en van andere boeken en artikelen.
- b. *Het begrijpen*: Dat is een belangrijke volgende stap, want al *weet* je iets, daarom is het nog niet zozeer je eigen geestelijke bezit dat je ermee kan werken. Om de informatie tot geestelijke eigendom te maken, worden de volgende stappen aanbevolen:
 - zeg hetgeen je gelezen hebt eens op een andere manier, met je eigen woorden. Vertaal het als het ware en omschrijf het.
 - leg een bepaald stuk aan een ander uit.

- zoek of je tegenstrijdigheden kunt vinden en bespreek die met anderen. Kijk hoe het in elkaar zit en of je gelijk hebt.
- vat een stuk samen in korte duidelijke taal waarbij de kern waar het om gaat, er goed uitkomt.
- formuleer kort de bedoeling die achter een bepaald stuk zit.
- vul het gelezene aan met je eigen kennis en ervaringen.
- bedenk voorbeelden.

c. *Toepassingen.* De volgende stap is dat men toepassingen gaat bedenken. Wat heeft dat allemaal voor consequenties. Op wat voor moeilijkheden denk je te stuiten. Hoe gaat een bepaald iets nu *precies* in zijn werk enz. Men noemt deze fase: het implementeren van kennis.

De gevoelsfase vormt het tweede niveau van het leerproces. Bloom zegt ervan:

- ga je reacties na op wat je aan de weet bent gekomen. Trekt het je aan? Maakt het je enthousiast? Of heb je het land erover, en voel je er niet voor?
- ken waarde toe aan de diverse gegevens. Hoe waardeer je de positie van de zieke, de gehandicapte, de gezonde, het kind of de bejaarde in het kader van zelfzorg en mantelzorg? Zijn ze echt beter af, of doet het er toch in je gevoel niet veel toe? Hoe waardeer je je eigen positie? Sterker of zwakker?
- tot slot: tracht een visie op het geheel te ontwikkelen die je eigen toekomstig handelen vorm kan geven.

De activiteitenfase sluit als laatste het leerproces af.

- zorgverleners gaan uitvoeren conform je visie.
- bij anderen die dat al gedeeltelijk gedaan hebben, gaan kijken en praten.
- leiding en kritiek zoeken tot je merkt dat je zelfstandig verder kunt.
- tot slot: kritisch het eigen bezigzijn telkens weer evalueren en zoeken naar verbeteringen. Proberen om creatief en innovatief verder te gaan.

Dit schema van Bloom van actieve, praktijkgerichte studie en training lijkt misschien erg ingewikkeld en veelomvattend, maar de toepassing ervan valt erg mee.

Tot slot geven wij nog een kleine reeks adviezen die in de praktijk van de zorgverlening in de inrichtingen zijn verzameld.

a. In veel opleidingen wordt erop aangedrongen dat de leerling de eigen persoonlijkheidsvorming niet moet verwaarlozen. Die nogal vage algemene richtlijn kan ten dele ingevuld worden door te stellen: iemand die in opleiding is voor een zorgend beroep moet de eigen zelfzorg en mantelzorg bewust evalueren en ze op een zo goed mogelijk niveau brengen. Het is immers heel ongeloofwaardig om *anderen* te helpen om hun zelfzorg en mantelzorg te verbeteren als men het voor *zichzelf* niet eens probeert.

b. Tot de *beroepsinhoud* behoren naast specifieke zorgkundige technieken, oplettendheid en toewending. Oplettendheid kan men door oefening aanleren. Maar toewending is een gevoelskwestie. Men moet bij zichzelf te rade gaan of men in zijn hart echt voelt voor een zorgend bezig zijn met andere mensen die door hun beperkingen vaak prikkelbaar, ongevoelig of ook echt lastig kunnen zijn.

Anderzijds mag *toewending* niet leiden tot *identificatie* met het lijden van de cliënt/patiënt, want dan doorleeft men 100 ellendes en gaat daaraan kapot. Daar heeft niemand iets aan. Het behoort tot de taak van de leidinggevendenden in het directe zorgveld, om niet enkel te kijken of de technisch-materiële zorgverlening klopt, maar niet minder, of de feitelijke zorgverleners goed zitten met hun oplettendheid en toewending, of daar wellicht hulp en steun bij nodig hebben.

c. *Zorgend met iemand bezig zijn* vormt het 'zakelijke' contact dat als een brug van contact moet worden beschouwd, waarover eenzame of tobende mensen plotseling hun emoties kwijt kunnen. Onder een wasbeurt stort een oude man ineens zijn opgekropte hart uit tegen een jonge leerling-verpleegkundige of andere verzorgende. Zulk een situatie moet *gerespecteerd* worden. Het is onzin om te stellen dat zoiets 'het werk ophoudt'. Het behoort nu juist tot een van de beste momenten van zorgverlening en is vaak rechtstreeks betrokken op het welzijn van de patiënt of cliënt.

De zorgverlenende moet dan *alleen maar goed luisteren*. De patiënt gaat het haast nooit om *raad* in zijn problemen. Hij heeft er behoefte aan om zich uit te spreken; om zijn zorgen met een ander te *delen*. Geduldig luisteren is haast altijd genoeg. Als er werkelijk om raad gevraagd wordt moet de zorgverlenende met de patiënt overleggen wie die het beste zou kunnen geven en niet zelf eraan gaan *knutselen*, tenzij de problematiek juist in het eigen vakgebied ligt.

Deze stelregel geldt precies even sterk voor een arts als het om levensproblemen of sociale kwesties gaat, als voor een ziekenverzorgende als het om medische kwesties gaat.

d. Het is een absolute noodzaak dat zorgverleners in de aanwezigheid van een cliënt niet *samen* gaan kletsen over hun *eigen* belevenissen. Op de betekenis van woordeloze signalen die de patiënt verontrusten, zoals knip-oogjes naar elkaar, gegiechel, gefluister, gescharrel met apparaten rond de patiënt, gewichtdoenerij, etc. is al eerder in dit boek gewezen.

Ook de *houding* kan een symboolkarakter hebben.

In het ziekenhuis spraken we al van de *liggende* en de *staande* wereld. Ook het bejaardenhuis bestaat uit twee werelden: de *zittende* en de *dravende*. Door als hulpverlener er eens bij te gaan *zitten*, geef je als het ware een teken dat je het verschil wilt verkleinen. Het over het voeteneinde van een bed 'hangen' is al helemaal een ongepaste houding.

e. Vermijd 'goedkoop wisselgeld' in gesprekken met patiënten. Een 18-jarig meisje dat tegen een oudere huismoeder zegt dat ze flink moet zijn en dat een galblaasoperatie niets te betekenen heeft want dat ze er wel tien per week hebben op deze afdeling, heeft makkelijk praten. Ze moest er *zelf* maar eens voor worden klaargemaakt, dan piepte ze wel anders. Zeg liever niets, dan een afschuwelijke onbenulligheid.

f. De zorgverlener moet er oog voor hebben dat mensen die in een inrichting langdurig verblijven, het contact met de buitenwereld vaak voor een groot deel kwijtraken. De verzorger kan echter voor hen een belangrijk stuk van die buitenwereld binnenbrengen in het contact dat hij/zij beroepshalve met de verzorgde heeft. Die buitenwereld kan van alles zijn: je eigen belevenissen of je vakantiereis, actuele onderwerpen en hoe jijzelf en je collega's daarover denken, gebeurtenissen in de stad of woonwijk, je eigen gezin, etc. Als men merkt (goed opletten dus!) dat de verzorgde het prettig vindt om daarover te horen en te praten, kunnen de gesprekken een wat bredere inhoud krijgen.

g. Herken *jezelf* in de verzorgde. Nu ben je nog jong en gezond, maar de tijd gaat snel. 30 of 50 jaren zijn voorbij voordat je het weet en dan lig jijzelf er precies zo bij. Denk je dat eens in en vraag je af hoe je dan zelf verzorgd zou willen worden. In het Asklude Hospital in Engeland stierf

een kribbige oude vrouw op de geriatrie afdeling. Ze liet niets van waarde achter, maar de zuster die haar kastje opruimde vond deze brief:

'Wat zie je zuster, wat zie je? Wat denk je als je naar mij kijkt? Een kribbige oude vrouw, niet erg bij de tijd.

Een beetje onzeker, met starende ogen, die met haar eten knoeit en geen antwoord geeft als je met een hard stemmetje zegt: Ik wou dat je 't nou maar eens probeerde.

Die schijnbaar niet merkt de dingen die je doet en steeds weer iets kwijt is, een kous of een schoen.

Die zonder tegenstribbelen laat doen wat je wilt. Met wassen en eten de lange dag laat vullen.

Denk je dat? Zie je dat? JULIE?

Doe dan eens je ogen open zuster, je kijkt niet eens naar me.

Ik zal eens zeggen wie ik ben, als ik hier zo zit, als ik plas op jouw bevel en eet wanneer jij het wilt.

Ik ben een meisje van tien met een vader en moeder, broers en zuster die allen van elkaar houden.

Een jong meisje met vleugels aan haar voeten, een bruid van twintig, m'n hart springt op als ik denk aan de beloften die ik beloofde te houden.

Vijfentwintig en ik heb zelf kleintjes die me nodig hebben om een veilig gelukkig huis te bouwen.

Een vrouw van dertig, de kleinen worden snel groot, verbonden door banden die zullen blijven.

Veertig, m'n zoontjes zijn volwassen geworden en uitgevlogen maar m'n man is bij me om te zorgen dat ik niet treur.

Vijftig en weer spelen er baby's op mijn schoot, weer zijn er kinderen voor mijn lief en mij.

Dan komen er donkere dagen, mijn man is dood en ik kijk naar de toekomst en huiver van angst, want mijn kinderen hebben nu zelf een gezin en ik denk aan de jaren en de liefde die ik kende.

Ik ben nu een oude vrouw, de tijd is wreed.

Het is haar grap om de ouders er als dwaas te laten uitzien.

Het lichaam verval, gratie en energie verdwijnen. Er zit nu een steen waar ik ooit een hart had. Maar binnen in dat oude karkas woont nog dat jonge meisje.

Maar soms, zo nu en dan, klopt mijn arme hart sneller, ik herinner mij de vreugde en denk aan de pijn en ik heb weer lief en leef m'n leven opnieuw.

Ik denk aan de jaren die voorbij zijn, te weinig en te snel vervlogen en accepteer de harde waarheid dat niets kan duren.

Doe je ogen open zusters, doe ze open en kijk!

Kijk niet naar die kribbige oude vrouw.

Kijk eens goed zusters, kijk eens naar . . . MIJ!

(uit 'De Zoemer, maart 1981)

Het intensief bezig zijn met zorgvernieuwing is een lange weg. Men stuit daarbij niet louter op enthousiasme en begrip, maar in tegendeel vaak nog op onwil en tegenwerking. Ook veel zorgvragers hebben er natuurlijk nog maar weinig begrip voor. Het zal wel om bezuinigingen gaan, hoor je nogal eens zeggen. Maar wie doorzet, vergaat het als een bergbeklimmer. Het is moeilijk en zwaar. Je weet soms de juiste weg niet, maar als je eenmaal de top bereikt, gaat er zulk een geweldig uitzicht voor je open, dat alle moeite op slag is vergeten.

4. ZORGVERNIEUWING IN INRICHTINGEN

De inrichting voor tijdelijke of blijvende opname is de zwaarste, kostbaarste en ingrijpendste vorm van beroeps-zorgverlening. Wij hebben gezien hoe ze het gevaar in zich heeft om schadelijk op het welbevinden van de verzorgde in te werken. Opname in een inrichting moet dus om tal van redenen zoveel mogelijk vermeden worden, of althans uitgesteld.

Voor het 'rusthuis-type' verzorgingshuis blijft nauwelijks plaats over. Ze zijn trouwens al bezig om stap voor stap een nieuw soort lichtere verpleeghuizen te worden, waar de nadruk komt te vallen op een zo goed mogelijk leefklimaat en veel minder op alle aspecten die aan een ziekenhuis doen denken, zoals allerlei 'therapieën'.

De zorgvernieuwing die er in de 'eerstelijns' thuiszorg nodig is, hebben wij in het voorgaande al behandeld.

Als het thuis niet langer ging, was er tot voor kort maar een enkele mogelijkheid: opname in een inrichting. Tegenwoordig is er gelukkig een hele reeks tussenoplossingen in ontwikkeling. Ze vormen een heel scala tussen thuis en instelling:

- kangaroo-woning: klein huisje tegen dat van een volwassen kind aan die mantelzorg kan garanderen.
- woongemeenschap. Een beperkt aantal bejarenden en balancerenden besluit tot samenwonen, waarbij ieder enerzijds de privacy van eigen kamer(s) heeft, maar anderzijds aan het gezamenlijke zorgen voor het hele huishouden zijn aandeel levert. Hij heeft daarmee ook recht op zorg van de anderen als hij die nodig heeft.
- aanleunwoning. Deze leunt al niet meer tegen mantelzorg maar tegen beroepszorg aan, die vanuit de nabije inrichting wordt geleverd. Wellicht kan dit ook vanuit een dienstencentrum gebeuren.

- dependance. Dit is alweer een stap verder. Zij behoort bij een instelling en wordt van daaruit 'gedreven'. De bewoners zijn zwaarder gestoord. Door de kleine schaal en het wonen in een gewoon huis, wordt het gemakkelijker om de sfeer van het 'leefgemeenschapsmodel' te realiseren.
- gezinsvervangend tehuis. In de zwakzinnigenzorg hebben deze 'GVT's' grote vlucht genomen. Kleinschalig (15 inwoners) staan zij al op de grens van een huishouden. Die grens is doorbroken door 'De Kriek' te Hoorn, met 10 inwoners. Terecht zei een van de bewoners bij de opening: 'Nu moet het huis eigenlijk ook geen aparte naam meer hebben!!'.

Ondanks dit alles zullen toch heel wat zwaar gestoorde mensen niet aan opname in een verpleeghuis kunnen ontkomen. Is daar dan nog iets met zorgvernieuwing te bereiken? Juist daar moeten wij alle zeilen bijzetten om het welbevinden kansen te geven. Er zijn heel wat mogelijkheden.

Het eettafelproject is daarvan een aardig voorbeeld. Klein beginnen met veranderen en daarmee ervaring opdoen. Ook het nieuwe moet groeien en is niet op slag volmaakt. Als er dan een afdeling is, waar zelfzorg en mantelzorg op bepaalde punten nieuwe kansen hebben gekregen en men heeft daar goed mee leren werken, dan kunnen geleidelijkaan ook andere afdelingen mee gaan doen. Het hele veranderingsproces zal naar mijn schatting wel een halve generatie duren. Door overhaasting kunnen we veel kapotmaken. Geduldig en voorzichtig maar vasthoudend doorgaan, dat is de boodschap.

5. HET BELEID VAN DE INSTELLING TEN AANZIEN VAN DE ZORGVERLENING

In het verleden zou deze paragraaf niet thuis gehoord hebben in een boek voor zorgverleners. Het instellingsbeleid werd immers vastgesteld en gevoerd door bestuur en directie. Vaak is dat nog zo, maar toch worden in toenemende mate de werkers in de instelling bij het beleid betrokken. Men is niet langer *werknemer* van de instelling maar steeds meer ook *deelnemer* in de instelling. Beleid voeren is het afwegen van allerlei deelbelangen tegen elkaar, ze coördineren en keuzes maken voor nu en voor de toekomst. Een gezondheidsinstelling pleegt als voorname beleidssector een personeelsbeleid te voeren, en ook een financieel en vaak een

bouwbeleid. Maar een patiëntenzorgbeleid als een eigen sector die volop aandacht krijgt, zie je nog niet zo vaak.

Hier ligt een belangrijke ruimte voor beleidsinbreng door de zorgverleners. Ze zijn het die het dichtste bij de cliënten staan en daardoor het best geïnformeerd kunnen zijn omtrent hun leefsituatie. Verandering van de zorgverlening door meer ruimte te scheppen voor zelfzorg en mantelzorg in de instelling heeft heel wat consequenties op allerlei gebied.

De taakomschrijvingen zullen herzien moeten worden.

Er zullen nieuwe relaties ontwikkeld moeten worden zoals een bewonersraad, een overlegorgaan met familieleden of een buurtvereniging, enzovoort, enzovoort.

De huisregels en dagorde zullen herzien moeten worden.

Er zullen vaak ook wat bouwkundige aanpassingen nodig zijn zoals bijvoorbeeld het maken van een wasserette voor patiënten (en personeel?), het uitbreiden van een klein winkeltje naar een groter assortiment; het scheppen van bescheiden kookmogelijkheden per verpleegafdeling, enzovoort, enzovoort.

Naast zulke algemene beleidsaspecten op instellingsniveau zijn er ook *specifieke aspecten* die per categorie van zorgbehoevenden erg belangrijk zijn en waarvan de organisatie om besluitvorming vraagt. Als voorbeelden van specifieke beleidsaspecten noemen we de volgende:

a. *Het overplaatsingsbeleid.*

Wanneer oudere mensen van thuis of uit een andere instelling worden overgeplaatst, blijkt dat vaak heel negatieve ervaringen voor hen op te leveren. Het spreekwoord zegt dan ook: 'oude bomen moet men niet verplanten'. Lieberman heeft waargenomen dat de gevolgen van een verkeerd in zijn werk gegane verplaatsing schadelijker zijn dan het leven in institutioneel verband op zich. Ook andere onderzoekers hebben vastgesteld dat de verplaatsingsproblematiek afneemt, naarmate men de cliënt beter voorbereidt op de verplaatsing, door middel van uitgebreider en duidelijker voorlichting.

Bovendien is het noodzakelijk dat de cliënt de *zin* van de verplaatsing inziet en ermee instemt.

Dit alles is gauw gezegd, maar het realiseren ervan vereist een duidelijk beleidsplan.

b. Als iemand door een onherstelbare handicap wordt getroffen, gaan tal van hulpverleners zich met hem/haar bemoeien.

In de beginfase ligt meestal het zwaartepunt bij diverse medische specia-

listen en bij de verpleging. Maar als de 'acute fase' voorbij is en medisch alles is gedaan wat mogelijk is om de toestand te verbeteren, ontstaat geleidelijk een nieuwe situatie, namelijk de *sociale* situatie van de gehandicapte.

Waar zal hij verder leven? In het revalidatiecentrum voor een periode van maanden of misschien jaren? Of weer thuis met poliklinische revalidatie. Wat voor werk kan hij doen? Hoe staat het met aangepaste kleding, woning, recreatie, transport, vakanties, uitkeringen, enzovoort, enzovoort. Vele verschillende noden. Dat leidt vaak tot vele verschillende dienstverlenende mensen en instanties.

Men werkt langs elkaar heen. Er blijven stukken in de zorgverlening oningevuld. Het gevaar van vervreemding met de eigen mantelzorgnetwerken is levensgroot aanwezig.

Deze ongewenste zorgversnippering dient voorkomen te worden door het tijdig opzetten van een *zorgplan*, dat *alle* zorg rond deze persoon meetelt. Tijdig betekent: al in de *acute* beginfase. Zo gauw mogelijk aandacht besteden aan ondersteuning van de zelfzorg en mantelzorg. En waarlijk niet alleen lichamelijk! Er zal zich in nauw overleg met cliënt en familie één persoon moeten belasten met de coördinatie van alle zorg. Deze zal de diverse betrokkenen nu en dan voor overleg bijeen moeten brengen en voor optimale communicatie zorgdragen.

Binnen dit nieuwe beleid is ruimte gemaakt voor zoveel mogelijk zelfzorg van de bewoners. Dat is misschien in onze ogen een verdwijnend klein beetje, maar toch kan het voor een bewoner heel wat betekenen als hij met hulp van een klein elektrisch keteltje zelf zijn eigen thee naar eigen smaak en zijn koffie kan zetten. Op die manier is hij tevens in staat om zijn bezoek zelf behoorlijk te ontvangen en ze iets aan te bieden.

Zulke uiterste kleinigheden hebben bewezen, veel goed te kunnen stichten. Daar moeten wij het ook in de eerste plaats van hebben en niet van geweldige luchtkastelen van grote bouwkundige veranderingen.

Ook mantelzorg zal in het moderne verpleeghuis meer ruimte krijgen en niet langer als iets lastigs en vervelends worden beschouwd. De familie en andere nauwe relaties moeten dus bij het WERK betrokken worden. Waarom mogen ze hun dierbare niet eens zelf voeren, mee uit nemen, ergens heen brengen of kleren met hem gaan kopen, etc etc.

Jonge kinderen betekenen voor de bewoners vaak ook een groot genoegen. Aan hen ervaren ze de levenslust en vitaliteit die ze zelf ook eens hadden. Die kinderen zijn als het ware wegwijzers naar een toekomst. Er

is leven en jeugd. Maar helaas. Uit ons eigen onderzoek blijkt dat kleinkinderen vrijwel niet bij mantelzorg meer betrokken zijn. Hier ligt bepaald een taak voor de ouders, om het contact van hun kinderen met de grootouder op FUNCTIONELE wijze gestalte te helpen geven. En wat kan er vanuit basisscholen gedaan worden? Er zijn gevallen van een soort 'adoptie' van een verpleegde door een of meer kinderen, die allerlei kleine dingen kunnen doen, als boodschapjes, voorlezen, of al is het maar vertellen van hun school en vriendjes.

Het is niet makkelijk voor mantelzorgers om bij de verpleegden betrokken te blijven, zeker niet als zij louter de passieve rol van bezoeker moeten spelen. Maar ook wanneer ze wat kunnen doen, blijft het belastend. Daarom moet de instelling voor hun mantelzorgers ook wat zorg over hebben: ontmoetingsavonden, gespreksgroep, overlegmogelijkheid met stafleden, pastor etc. Vooral bij psycho-geriatisch gestoorden is het noodzakelijk om begeleiding te geven, zodat men zijn omgang met de verpleegde kan aanpassen aan diens situatie.

Tot slot: de verpleegde mag geen nummer worden. Vul DAT eens in! Niet alleen maar vriendelijk en aardig zijn. Het betekent dat de zorgverleners hun verzorgden kennen, omdat hun levensverhaal hen bekend is (zie Naafs, in boekenlijst).

6. EEN ANDERE WERELD

Nee, toch deze wereld, maar dan zo dat er anders en gelukkiger in geleefd kan worden. Dat is de uiteindelijke opgave van zorgvernieuwing voor gezonden en zieken, voor leken en beroepswerkers.

Meer dan enkel om een 'manier van werken', gaat het waarlijk over een ANDERE wereld, waarin de ander zijn plaats opnieuw mag innemen zonder door het individualisme van de een, in de kou te blijven staan.

De wereld is een grote machinerie, maar ze is meer. De wereld is ook een kunstwerk dat wij dagelijks mee moeten helpen scheppen. Moge dan ons zorgen 'uit de kunst' zijn!

AANBEVOLEN BOEKEN VOOR VERDERE STUDIE

Er is tegenwoordig volop lectuur over allerlei aspecten van de zorgverlening. Wij laten hier een kleine keuze volgen:

- Het gevoelsmatig beleven, door verzorgden en zorgverleners*
MIA DUYNSTEE, Als je goed luistert, hoor je ze huilen. Geschreven portretten van verpleeghuisbewoners. 40 pag. Uitg. Intro, Nijkerk, 1983.
I. HOOGENBOSCH-SNEL, Dank U zuster. Gedachten over zorg. 58 pag. Uitg. Franje, Alkmaar, 1983.
MARINUS VAN DEN BERG, Zorgen als beroep. 67 pag. Uitg. Intro, Nijkerk, 1985.
H. HORSTINK, Soms stel ik me voor dat het mij overkomt. Uitg. Van Loghum Slaterus. Cahiers ouderdom en levensloop no. 12.
- Theoretische onderbouwing*
J. C. M. HATTINGA VERSCHURE, Het verschijnsel zorg. Tweede druk, 175 pag. Uitg. De Tijdstroom, Lochem, 1981.
A. DE SWAAN, De mens is de mens een zorg. Tweede herziene druk, 252 pag. Uitg. Meulenhoff, Amsterdam, 1983.
J. P. KUIPER, Mensopvatting en gezondheidszorg. 229 pag. Uitg. Van Gorcum, Assen, 1980.
- Bejaarden*
L. TURKSMA, Senioren in de samenleving. 160 pag. Uitg. Aula paperback no. 80.
U. LEHR, Gerontologie. Uitg. Aula paperback no. 27. Het Spectrum, Utrecht.
- Problematiek van inrichtingen*
G. BLOEMENDAL e.a., Thuis in het verpleeghuis. Uitg. Intro, Nijkerk, 1985.
J. NAAFS, Leven in tehuizen: een leven waard? Uitg. Van Loghum Slaterus, 1982. Cahiers ouderdom en levensloop.

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----