

“Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief”

Wie in een instelling, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis, wordt opgenomen kan dat als een ingrijpende gebeurtenis ervaren. Een langdurig verblijf in een van deze instellingen leidt vaak tot het zogenaamde "hospitalisatiesyndroom". Omdat veel instellingen hiermee geconfronteerd worden, is het belangrijk dieper op dit "syndroom" in gaan. Medewerkers kunnen actief de negatieve kanten van het syndroom verzachten en wellicht zelfs voor een gedeelte wegnemen.

Hospitalisatiesyndroom: wat is dat eigenlijk?

Wie in een instelling wordt opgenomen, ondergaat veel veranderingen. Zo iemand gaat zich, onder druk van de omstandigheden, heel anders gedragen. De belangrijkste oorzaak daarvoor is de ziekte zelf, maar ook de omgeving - de instelling - beïnvloedt het gedrag.

De Amerikaanse onderzoeker Goffman analyseerde in zijn boek "Totale instituties" (1957) de invloed die instituten, zoals gevangenissen, kloosters, ziekenhuizen, kostscholen, kazernes en psychiatrische instellingen, hebben op het individu. Kenmerkend voor al deze instituten is onder andere:

- dat vrijwel het hele leven zich afspeelt op dezelfde plaats
- dat mensen samen (moeten) wonen met leeftijdsgenoten, voor wie niet gekozen is
- dat mensen activiteiten (moeten) ondernemen met medebewoners, waar niet voor gekozen is
- dat voortdurend personeel aanwezig is dat dikwijls een uniform draagt
- dat men zich moet aanpassen en schikken naar door het instituut vastgestelde regels en tijdschema's

Hij maakte vooral duidelijk, dat het hospitalisatiesyndroom ontstaat wanneer mensen langdurig in grote instellingen verblijven.

Onder hospitalisatie verstaan we **'het optreden van veranderingen in het gedrag (die al dan niet gewenst zijn) ten gevolge van een opname en een langdurig verblijf in een (te)huis'**.

De wenselijkheid van die veranderingen komt tot uiting in een zinnetje dat in verslagen kan worden aangetroffen: "Bewoner heeft zich goed aangepast, maar vertoont weinig initiatief". Hospitalisatie is een proces dat zich voordoet op plaatsen waar meerdere mensen noodgedwongen samenleven en die allemaal uit een eigen, verschillend leefmilieu komen. Het hospitalisatiesyndroom ontstaat als gevolg van een min of meer ziekmakende wisselwerking tussen het individu/de bewoner en zijn omgeving. Dit syndroom kan verminderen of gedeeltelijk verdwijnen als deze wisselwerking wordt doorbroken.

Tekenend voor dit laatste zijn ervaringen met bewoners, die ergens langdurig zijn opgenomen. Tijdens een vakantie merkt men opeens dat de bewoners "beter" gaan functioneren. Ze "kunnen" opeens weer dingen. Een verschijnsel dat ophoudt zodra de bewoner weer binnen de instelling terug is

Het leven in instellingen wordt door regels beheerst. Deze regels worden door de organisatie opgesteld en opgelegd aan de bewoner. De bewoners "moeten" hun dagelijks leven mede inrichten aan de hand van die regels. Dit heeft een negatieve invloed op zaken als initiatief nemen, creativiteit en dergelijke. Bewoners passen zich steeds meer aan en verliezen op een gegeven moment hun eigen zelfstandigheid en worden door anderen geleefd.

Herkennen van hospitalisatiegedrag

Uitingen van het hospitalisatiesyndroom zijn:

- afname van interesse voor zichzelf en anderen,
- passiviteit verdringt activiteit, nergens meer zin in hebben,
- afname van initiatief, alles goed vinden,
- afhankelijk gedrag en onderdanigheid nemen toe, berustend accepteren van de dingen zoals ze zijn,
- steeds minder reageren op onprettig optreden van de omgeving, apathie
- afname van belangstelling voor kleding, zelfverzorging en uiterlijk,
- verdwijnen van persoonlijke gewoonten,
- verlies van individualiteit, het eigene van iemand, onzelfstandigheid en geforceerde hulpbehoefendheid. Men zou vaak kunnen spreken van aangeleerde hulpeloosheid (door de omgeving: "u bent hier om verzorgd te worden").
- vervlakking van het emotionele leven, minder sociale contacten,
- aandacht tot in het absurde voor kleine dingen, grotere zaken kan men niet meer overzien,
- de afstomping: geen geestelijke oefening, anderen denken wel voor hun na,
- veranderingen worden afgewezen; alles wat nieuw is zal als een bedreiging worden gevoeld.

De symptomen komen in verschillende gradaties voor. De lichtste vorm is die waarbij de bewoners niet aan (revalidatie)activiteiten willen deelnemen en zich teruggetrokken opstellen ten opzichte van het leven in huis. Dan volgt het passief, uitgeblust op de afdelingen verblijven en tenslotte de ernstigste vorm, stupor en mutisme (algemene stijfheid en zwijgzaamheid).

Oorzaken van het hospitalisatiesyndroom

De ene mens loopt meer kans op een hospitalisatiesyndroom dan de ander. Immers, binnen een instelling kunnen verschillende vormen van het syndroom worden waargenomen en niet alle mensen hoeven er in dezelfde mate aan te lijden. Behalve iemands persoonlijkheid zijn ook sociale factoren van belang bij het ontstaan van het syndroom. Alleenstaanden, bewoners waarvan de levenspartner is overleden of bewoners zonder kinderen lopen bijvoorbeeld meer kans. Zij zijn immers veel meer aangewezen op de instelling waarin zij terecht zijn gekomen dan hun mede-bewoners die nog een achterban hebben. Als iemand altijd heel zelfstandig geweest is zal hij dit, wanneer hij in een verzorgingshuis gaat wonen, ook langer blijven nastreven. Dit in tegenstelling tot iemand die zich zijn hele leven al afhankelijk van zijn omgeving heeft opgesteld. Voor sommige ouderen is het ook voor het eerst in hun leven dat ze in- en met een grote groep mensen samenleven. Verder speelt ook de beeldvorming van bewoners, over hoe zij zich moeten gedragen, een rol. Als zij denken dat van hen verwacht wordt dat ze weinig doen of de verzorging maar moeten ondergaan, dan zullen zij dit ook eerder doen. Je kunt afhankelijk zijn maar ook gemaakt worden.

Op het moment dat een oudere tot bewoner wordt, begint de omgeving, met al zijn positieve en negatieve invloeden, op het individu in te werken:

- Verlies van contact met de buitenwereld, verlies van het contact met het eigen milieu. Bij opname in een instelling worden de banden met de eigen vertrouwde omgeving voor een groot deel verbroken. Opeens komt de betrokkene in een vreemde en niet vertrouwde omgeving.
- Familieleden worden plotseling bezoekers, die soms slechts op vaststaande en gecontroleerde tijden mogen komen. Contacten met oude burens nemen vaak af of verdwijnen. Voorts wordt de band met de buitenwereld verbroken door natuurlijke en psychologische barrières. Met *natuurlijke barrières* wordt bedoeld dat de bewoner ver van zijn oude buurt komt te wonen, of dat er ontoereikende vervoersmogelijkheden zijn. Voor sommige mensen in instellingen wordt zelfs letterlijk de weg naar buiten afgesloten.

Met *psychologische barrières* wordt bedoeld dat mensen niet meer naar buiten willen of durven of niet aan anderen durven te vragen of ze eens mee naar buiten gaan.

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

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

Inactiviteit, het soms gedwongen niets doen

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

Rolverdeling: de bewoners ondergaan verzorging en het personeel doet.

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

Zowel bewoners als personeel maken deel uit van een groep waarbinnen talloze onuitgesproken rolverwachtingen bestaan. Dit kan enerzijds leiden tot het kinderlijk behandelen van de bewoner door het personeel, en anderzijds tot het zich volledig afhankelijk en hulpbehoevend opstellen van de bewoner ten opzichte van het personeel. Dat kan een kloof teweeg brengen tussen beide groepen, waardoor ze elk in een eigen wereld gaan leven zonder enig onderling contact. Een duidelijk voorbeeld daarvan is dat het personeel in aanwezigheid van bewoners, een eigen gesprek voeren over de hoofden van de bewoners heen. Die zijn "aanwezig afwezig". De personeelsleden kennen vaak de bewoners wel van naam, die staat immers bij de deur. Voor bewoners echter is het moeilijk om alle namen van het personeel te onthouden omdat ze met veel verschillende mensen te maken hebben en meestal maar heel kort. Het gevolg is, dat bewoners de verzorging niet gemakkelijk persoonlijk kunnen aanspreken ook al zouden zij dat willen, zodat het veelal bij "zuster" blijft. Een oplossing zou het dragen van naamplaatjes kunnen zijn, eventueel door iedereen zelf gemaakt. Ook voor de oudere wiens geheugen achteruit gaat zou dit uitkomst kunnen bieden.

Verlies van persoonlijke vrienden, bezittingen en bezigheden, verlies van persoonlijk gezicht

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

Afdelingsatmosfeer, sfeer van het (te)huis

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

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

Medicatie-effecten, kalmerende medicijnen

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

Verlies van vooruitzichten buiten de instelling

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

De rol van de verzorging

In het voorgaande hebben we gezien dat het belangrijk is dat bewoners contact houden met familie en vrienden. De verzorging kan daarbij een belangrijke rol spelen en omdat de verzorging de buitenwereld "vertegenwoordigt", doorbreekt het bezoek van de verzorging het isolement. In

de meeste instellingen wordt dit tegenwoordig ook tot het takenpakket van de verzorging gerekend.

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

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

Zinvolle bezigheden

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

Een andere hospitaliserende tendens is om zich te richten naar de mensen die de meeste verzorging of begeleiding nodig hebben. Gevolg daarvan is dat de beter functionerende mensen al gauw hun relatieve zelfstandigheid verliezen, omdat dit de enige manier is om de aandacht van het personeel te krijgen. Hulp vragen kan ook aandacht vragen zijn. Ten alle tijde moet je echter kijken naar wat mensen nog wel kunnen.

Voor de verzorging betekent dat bijvoorbeeld een minder snel en goed lopende koffietafel, welke echter wel gedeeltelijk of volledig wordt verzorgd door de bewoners.

De verzorging als communicatiemiddel

Veelal denken bewoners en personeel, zoals gezegd, over elkaar in bepaalde stereotypen. De verzorging is bij uitstek geschikt om daaraan iets te doen, om dat soort vooroordelen te verkleinen. Maar de emotionele afstand is groot. Verzorgenden worden vooral opgeleid tot instrumenteel-technisch handelen, oftewel om de handen te laten wapperen. Het personeel zal daardoor wellicht bewust contact ontwijken of dit tot het noodzakelijke beperken. Uit het bovenstaande is al duidelijk geworden hoe belangrijk dit contact echter is. Voor de een zal dit gemakkelijker zijn dan voor de ander.

Een verdeling van taken kan eventueel uitkomst bieden waarbij echter niemand ontslagen wordt van de taak contacten te leggen. De verzorging kan in het contact het rolpatroon aan de orde laten komen. Niet rechtstreeks, maar met creatieve ideeën in de indirecte sfeer. Uitleggen waarom men sommige dingen wel doet en anderen bewust niet. Personeel en bewoners samen maken immers deel uit van de "levende have" van de instelling

Er zijn tal van zaken die beide groepen raken, waarbij zij samen betrokken zijn. Dit veronderstelt dat beide groepen elkaar "horen" en "verstaan". De directie kan zich in dit communicatieproces niet onbetuigd laten. Niet zozeer vanuit haar hiërarchische functie, maar als eerstverantwoordelijke voor de goede sfeer binnen de instelling. De verzorging kan ertoe bijdragen dat de bewoners het gevoel krijgen "hier wordt geprobeerd er iets van te maken". Het verblijf zal in een instelling natuurlijk nooit hetzelfde zijn als thuis, maar het is al heel wat als het beeld van het (te)huis als een plaats waar men "opgeborgen" wordt, niet meer wordt benadrukt. De verzorging geeft door haar aanwezigheid in ruime zin in ieder geval te kennen dat zij het er niet bij wil laten zitten. Bewoners kunnen er het gevoel aan ontlenen dat zij niet worden vergeten en dat zij de moeite waard zijn.

Activering op alle terreinen waar dit mogelijk is. De vaak gehoorde uitspraak: "Ik heb mijn hele leven gewerkt, nu wil ik uitrusten" is geen reden om te stellen: "Zie je wel, meneer of mevrouw wil de hele dag in een hoekje zitten dutten".

Werken en het ontplooiën van zinvolle activiteiten zijn twee verschillende zaken. Waar werken inderdaad niet nodig is, is het bezig zijn met zaken waarin men geïnteresseerd is zeker plezierig.

Aandacht voor leef-, woon- en werkklimaat

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

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

Hospitalisatiesyndroom en visie op zorg en ouder worden

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

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