“De rode draad”

Een onderzoek naar het effect van gespreksgroepen in een verpleeghuis

afstudeerproject door Angélique Houtman

“De rode draad”

Een onderzoek naar het effect van gespreksgroepen in een verpleeghuis

Afstudeerproject door Angélique Houtman
Opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Haagse Hogeschool, juni 2005

Begeleider: Theo van Leeuwen

Opdrachtgever: Verpleeghuis Gulden Huis
Vertegenwoordigd door: Leny Willemse

Voorblad:
“Encounter” Sulamith Wulfing

…… omdat iedere situatie in het leven een uitdaging voor de mens betekent en een probleem dat hij zelf moet oplossen, daarom kan de vraag naar de zin van het leven eigenlijk worden omgekeerd. Uiteindelijk moet de mens niet vragen naar de zin van zijn leven, maar moet hij veeleer zich ervan bewustzijn dat hem iets wordt gevraagd. In het kort gezegd: de mens wordt door het leven ondervraagd; en hij kan alleen maar antwoord geven door middel van zijn eigen leven; op het leven kun je alleen maar een antwoord geven door verantwoordelijk te zijn."

Victor Frankl

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 4
1.1 Motivatie 4
1.2 Aanleiding onderzoek: 5
1.3 Probleemstelling 6
1.4 Vraagstelling 6
1.5 Doelstelling : 7
1.6. Opbouw van het onderzoeksverslag: 8

2. DE THEORIE: HET VERPLEEGHUIS EN DE ZORGVISIE 9
2.1.Inleiding: 9
2.2. Een beschrijving van een verpleeghuis 9
2.3 Visie van Florence op Wonen en Welzijn als uitgangspunt voor denken 11

3. WAT IS ZINGEVING? 14
3.1. Inleiding: 14
3.2. De definitie: 14
3.3. De omschrijving: 14
3.4. Waar komt zin vandaan? 14
3.5. Zingevingvragen: 15
3.6. Samenvatting: 16

4. HET ONDERZOEKSVELD 17
4.1. Inleiding: 17
4.2 Het verpleeghuis: 17
4.2.1 Het regime op de afdelingen: 18
4.3. DAG IN DAG UIT: 18
4.9.Samenvatting: 26

5. REACTIEPATRONEN 27
5.1 Inleiding 27
5.2 Wat zien we zoal aan reacties in het verpleeghuis? 28
5.4.Samenvatting 32

6. ONDERZOEKSONTWERP 33
6.1 Inleiding: 33
6.2 Doelgroepindicatie voor deelname aan gespreksgroepen: 33
6.3 Methodiek: 33
6.4 Dataverzamelingsmethode: 34
6.5 Selectie onderzoeksgroep: 34
6.6 Effectevaluatie: 35
6.7 De interviews: 35
6.7.1. Samenstelling experimentele groep en controlegroep: 36

7. UITVOERING VAN DE GESPREKSGROEP 37
7.1. Inleiding: 37
7.2. Reminiscentie: 37
7.3. Inhoud van de bijeenkomsten van “de Rode Draad”: 38
7.4. Verloop van de bijeenkomsten: 38

8. ONDERZOEKSRESULTATEN 40
8.1. De Hoofdvraag: 40
8.2.De deelvragen: 40
8.4. Samenvatting en conclusie: 47

9. EVALUATIE 48

10. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN 51
10.1. Discussie: 51
10.2. Aanbevelingen: 52

NABESCHOUWING 55

BEGRIPPENKADER: 57
BRONVERMELDING: 58
Bijlagen 60

1. INLEIDING

1.1 Motivatie

Al 12 jaar ben ik werkzaam in een verpleeghuis voor somatische en psycho-geriatrische bewoners en wat ik me al die tijd al afvraag is hoe verpleeghuis-bewoners hun kwaliteit van leven ervaren. Ik zie in huiskamers regelmatig bewoners aan tafel zitten: ze lijken de hele dag te wachten…… waarop? Op het eten? Op de volgende dag? Op het niet meer wakker worden?
In de media wordt de laatste tijd regelmatig het verpleeghuis als iets zeer negatiefs afgeschilderd. De zorg zou ondermaats zijn, de bewoners krijgen te weinig te eten of te drinken…. Sommige journalisten noemen het verpleeghuis "het putje van de samenleving!"
Ook in het dagelijkse leven hoor ik mensen vaak genoeg zeggen dat ze nooit in een verpleeghuis terecht wil komen:

> " *Oh, afschuwelijk!! Nee, dat hoop ik nooit mee te hoeven maken! Ik hoop dat ze me voor die tijd een spuitje kunnen geven!"*

Hoe komt dat? Waarom vinden mensen het niet een geruststellende gedachte dat, wanneer het lichamelijk en/of geestelijk niet meer goed met je gaat, er mensen zijn die voor je zullen zorgen? Wat is er dan zo mis aan een verpleeghuis in de ogen van de "gezonde, niet-hulpbehoevende" mens?
Ik begrijp het gevoel wel: ik vraag mezelf ook regelmatig af hoe het in hemelsnaam mogelijk is dat je het naar de zin kunt hebben in een instelling waar je zo weinig van jezelf kwijt kunt, waar je je geliefden niet meer bij je hebt, waar je je tijd moet delen met mensen die je niet zelf hebt uitgekozen.

Ik praat hier veel over met verzorgenden en behandelaars, maar ook met bewoners en heb de indruk dat het voor sommigen moeilijk is om zingeving aan het bestaan te geven wanneer je in een zo afhankelijke positie verkeerd als de bewoner in het verpleeghuis.
Ik denk dat het maatschappelijk werk, wanneer daar door het management meer tijd (dus geld) aan besteed mag/ kan worden, hier een grote rol in kan spelen. Maatschappelijk werk zou meer tijd moeten kunnen vrijmaken voor het organiseren van groepsbijeenkomsten, voor individuele gesprekken met bewoners, voor het begeleiden van verzorgenden met betrekking tot bejegening en communicatie.

Naar mijn idee wordt er te weinig aandacht gegeven aan de psychosociale kant van het leven in een verpleeghuis: de lichamelijke en medische verzorging krijgen veel aandacht, en terecht, maar in mijn ogen is het leven meer dan een douchebeurt en een warme maaltijd. Ieder mens is een uniek persoon met zijn/haar eigen achtergrond, gevoelens en ervaringen en wanneer men zich als mens de moeite waard vindt en niet het idee heeft (behalve lichamelijk ook geestelijk) "afgeschreven" te zijn moet dat het gevoel van welbevinden toch vergroten.

1.2 Aanleiding onderzoek:

Ouderen in een verpleeghuis krijgen te maken met een groot aantal risicofactoren voor zingevingproblematiek. Het zijn voornamelijk mensen met een grote lichamelijke zorgbehoefte. Zij hebben over het algemeen de minste mogelijkheden om nog te participeren in de maatschappij. Zij wonen niet meer in de oude omgeving, maar in een soort kleine gemeenschap, waardoor zij redelijk afgezonderd zijn van de buitenwereld. Daarbij komt dat deze verpleeghuisbewoners vaak niet meer mobiel zijn en dat zij door hun vaak hoge leeftijd steeds meer mensen om zich heen verliezen, omdat deze komen te overlijden. De factoren leeftijd, woonsituatie, leefvorm en gezondheid zijn voor deze bewoners factoren die in verband kunnen worden gebracht met het afnemen van (en het vermogen om) sociale contacten te leggen en te onderhouden.
Aan de andere kant leven ouderen in een verpleeghuis samen met vele anderen. Dit zou de contacten die de bewoners hebben juist weer kunnen bevorderen.
Bij een verhuizing naar een verpleeghuis kan de zelfstandigheid en de eigen identiteit in zekere zin verloren gaan. De nieuwe omgeving weet weinig of niets af van hoe/wat iemand was voor opname; men wordt anders benaderd dan men gewend was. Het verleden hoort er als het ware niet meer bij, het lijkt iets uit een ander leven. En de toekomst is vaak uitzichtloos: depressiviteit, eenzaamheidsgevoelens en zingevingvragen komen dan ook veel voor in verpleeghuizen.
Sommige mensen verliezen daardoor hun gevoel van eigenwaarde: zij worden somber, hospitaliseren[1], raken door verlies van capaciteiten in een rouwproces, worden opstandig, krijgen problemen in hun sociaal functioneren en door een combinatie van factoren kunnen zij dan gedragsstoornissen vertonen, wanneer de aanpassing aan hun nieuwe afhankelijke situatie niet lukt. (J.Munnichs ,1985)

1 zie begrippenkader pag. 57

1.3 Probleemstelling

Vanuit het verpleeghuis Gulden Huis kwam de vraag om onderzoek te doen naar het welbevinden van bewoners. Men bemerkt een toename van zingevingvragen bij opgenomen ouderen en zoekt naar een manier om deze groep mensen te kunnen begeleiden of in de toekomst dergelijke problematiek te verminderen en /of voorkomen. Ook de afdeling geestelijke verzorging was op zoek naar een manier om hier een project voor op te zetten en wil daar graag aan meewerken.

Uit gesprekken met mijn opdrachtgever, Leny Willemse, GZ psycholoog, kwam naar voren dat in het verleden al eens gestart is met gespreksgroepen voor oudere bewoners[2] met licht depressieve klachten. Deze bleken subjectief een duidelijke verbetering in stemming en gedrag te geven, doch i.v.m. tijdgebrek en veranderingen binnen de organisatie na enkele jaren gestopt.

Vraag naar mij was daarom:
Wil je een project opzetten in de vorm van een gespreksgroep voor bewoners met licht depressieve klachten en zingevingproblematiek?
En daaraan gekoppeld de vraag: wat is het effect van een dergelijke gespreksgroep op stemming en welbevinden?

Een dergelijk onderzoek is van belang voor verder beleid in het verpleeghuis. Projecten die een duidelijke meerwaarde bieden t.a.v. gevoel van welbevinden bij bewoners kunnen in de toekomst worden ingebed in het structurele aanbod binnen de begeleiding en behandeling van bewoners

1.4 Vraagstelling

Om de vraagstelling zo duidelijk mogelijk te kunnen formuleren zal ik eerst belichten waar deze over gaat. De hoofdvraag heeft betrekking op een effectonderzoek. Er zullen gegevens met elkaar vergeleken worden om een effectevaluatie te kunnen maken. Door vóór en na het project het welbevinden van de geselecteerde kandidaten te meten kan hierover een objectieve uitspraak worden gedaan.

Bovenstaande omschrijving leidt tot de volgende hoofdvraag:

Draagt deelname aan gespreksgroepen voor bewoners met zingevingproblematiek in een somatisch verpleeghuis bij aan een beter welbevinden?

2 zie begrippenkader pag.57

Hieruit zijn de volgende deelvragen voortgekomen:

- Wat is zingeving voor ouderen?
- Hoe ervaren ouderen (uit een geselecteerde groep) in een verpleeghuis zingeving en welbevinden?
  * Welke aspecten zijn hierin van belang m.n. ten aanzien van een gevoel van welbevinden?
- Hoe ervaren ouderen in een verpleeghuis na deelname aan de gespreksgroep zingeving en welbevinden?
  * Zijn er veranderingen in het welbevinden?

1.5 Doelstelling :

Het onderzoek heeft als doel het belang van gespreksgroepen aan te tonen en wil tevens de meningen, opvattingen en ideeën van ouderen met betrekking tot zingeving en welbevinden in kaart brengen. Bovendien wil ik hiermee een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van inzichten en mogelijkheden om het bestaande aanbod m.b.t. psychosociale hulpverlening optimaal bij de wensen en behoeften van de doelgroep aan te laten sluiten.
Een belangrijk onderdeel van het onderzoek is het project " De Rode Draad " : een serie bijeenkomsten van een gespreksgroep, waarbij met behulp van reminiscentie(zie hoofdstuk 7.2.)geprobeerd zal worden na te gaan hoe de bewoner de gebeurtenissen in het afgelopen leven heeft beleefd en welke betekenis eraan wordt gegeven. Inzicht in de achterliggende levensgeschiedenis vormt daarbij een belangrijk hulpmiddel.

Doel van gespreksgroepen:

1. Het hervinden van adequate omgangsmethoden:
   Mensen hebben in het verleden altijd op een bepaalde manier geleerd om met moeilijke gebeurtenissen om te gaan. Door opname in een verpleeghuis zie je vaak dat mensen hier geen gebruik meer van maken.
2. Lotgenotencontact:
   het contact wat de deelnemers met elkaar hebben kan veel betekenen: het delen van ervaringen, aandacht en belangstelling krijgen en geven kunnen steun geven en de huidige situatie dragelijk maken
3. Terugvinden van de identiteit:door te vragen naar het leven van de bewoner vóór de opname kan de eigen identiteit worden teruggevonden: "Wie was ik?" wordt nu: "wie ben ik?" Het zelfrespect en de eigenwaarde worden hierdoor vergroot. De bewoner is dan niet meer die mevrouw met de verlamde benen in een rolstoel, maar de moeder die 10 kinderen heeft grootgebracht.

1.6. Opbouw van het onderzoeksverslag:

- Hoofdstuk 2 bevat de theorie van het instituut “verpleeghuis” alsmede de visie op wonen en welzijn die de organisatie waarvan ik onderdeel ben als beleid heeft.
- Hoofdstuk 3 geeft uitleg over “wat is zingeving?”
- Hoofdstuk 4 beschrijft het onderzoeksveld: een omschrijving van het verpleeghuis zelf, maar ook een beschrijving van het dagelijks leven op een afdeling.
- Hoofdstuk 5 geeft weer welke reactiepatronen er kunnen zijn wanneer mensen worden opgenomen in een verpleeghuis. Dit is namelijk een belangrijk onderdeel in verband met het ervaren van zingeving en welbevinden.
- Hoofdstuk 6 staat in het teken van de verantwoording van het onderzoek. Allereerst zet ik de opzet van het onderzoek neer. Vervolgens geef ik een verantwoording van de interviews.
- Hoofdstuk 7 omschrijft de uitvoering van de gespreksgroep en de methodiek.
- Hoofdstuk 8 geeft een antwoord op de vraagstellingen van het onderzoek naar aanleiding van de resultaten.
- Hoofdstuk 9 is een evaluatie van de onderzoeksopzet en beschrijft de knelpunten en keuzes.
- Hoofdstuk 10 bevat discussie en aanbevelingen die voortvloeien uit de uitkomsten van het onderzoek. De aanbevelingen hebben tot doel aanpassingen ten behoeve van het verbeteren van welbevinden en zingeving in het verpleeghuis te bewerkstelligen.
- De bijlagen bevatten de dataverzamelingsmethoden die gebruikt zijn voor het onderzoek en tevens een journaal van de bijeenkomsten van “De Rode Draad”.

2. DE THEORIE: HET VERPLEEGHUIS EN DE ZORGVISIE

2.1.Inleiding:

Wat is een verpleeghuis? Wie wonen er? Waarom wonen mensen daar? Hoe ziet het er nu in werkelijkheid uit? Hoe ervaren mensen het wonen in een verpleeghuis?
Allerlei vragen die ik krijg van mensen die nooit met een verpleeghuis te maken hebben gehad en voor wie het iets is waar ze van gruwelen. Het is een eindstation: als je daar eenmaal woont, kom je er nooit meer uit!

Dit hoofdstuk probeert een beeld te geven van het verpleeghuis in zijn algemeenheid (de zakelijke kant van het leven), maar ook een omschrijving te geven van het begrip zingeving(de gevoelsmatige kant van het leven) dat onlosmakelijk te maken heeft met het wonen in een verpleeghuis.

2.2. Een beschrijving van een verpleeghuis

Verpleeghuizen zijn bestemd voor mensen die niet echte medisch-specialistische behandeling nodig hebben, maar wel een verpleging of behandeling die ze thuis niet kunnen krijgen.
Verpleeghuisbewoners kunnen bijvoorbeeld zijn:

a. Reactiverings-/ revalidatiecliënten: mensen die gerevalideerd moeten worden na bv. een heupfractuur of een CVA[3] en van wie verwacht wordt dat zij na behandeling kunnen terugkeren naar huis of verzorgingshuis
b. Langdurig(chronisch) zieken: mensen die zodanig gehandicapt zijn, dat ze gedurende langere tijd en veelal tot hun dood in het verpleeghuis zullen moeten blijven. Binnen deze categorie cliënten maakt men een onderscheid tussen:
   - lichamelijk of somatisch zieken;
   - psychogeriatrische of demente bejaarden.
c. Terminale cliënten: mensen van wie wordt aangenomen dat zij binnen korte tijd zullen overlijden en in verband daarmee zijn opgenomen.

Dit betekent dus dat voor sommige bewoners het verpleeghuis kan worden gezien als een *doorgangshuis*, voor anderen meer als *eindstation.*
In mijn onderzoek richt ik mij op de langdurig somatische verpleeghuis-bewoners.

3 zie begrippenkader pag.57

In een verpleeghuis zijn in de medisch-verpleegkundige sector behalve artsen eveneens fysiotherapeuten, soms ergotherapeuten en logopedisten, en uiteraard verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werkzaam. Voorts: maatschappelijk werkers, pastores en – met name in de verpleeghuizen voor psychogeriatische (demente) patiënten – psychologen.

Hoewel de gemiddelde leeftijd van de verpleeghuisbewoners tachtig jaar bedraagt, is in de verpleeghuizen voor lichamelijk zieken ongeveer 15% jonger dan 65 jaar. Het merendeel heeft een chronische aandoening. In enkele verpleeghuizen worden in hoofdzaak jongere patiënten opgenomen.(Encarta encyclopedie, 2004)

De Amerikaanse socioloog Goffmann noemt het verpleeghuis een totaalinstituut wat wil zeggen dat het leven van bewoners in de instelling zich afspeelt binnen één dimensie waaraan niet te ontsnappen is. De "persoonlijke handelingseconomie" wordt tot in de kleinste details onderworpen aan het toezicht en de regelgeving van de instelling. Binnen de instelling gaat veel op vastgestelde tijdstippen: opstaan, wassen, aankleden, eten en naar het toilet gaan. Bovendien moet vaak hulp gevraagd worden voor activiteiten (bv. het naar de fysiotherapieruimte brengen of toiletbezoek). Op deze wijze wordt de autonomie van de handeling geschonden en heeft het individu niet meer het gevoel controle te hebben over zichzelf en zijn wereld. Met de vrijheid van handelen zijn ook de autonomie en de zelfbeschikking van het individu weggevallen.

Het verpleeghuis is een gesloten systeem. De contacten van de bewoners met de buitenwereld blijken vrij beperkt te zijn. Door opname zijn de contacten naar buiten toe verminderd of geheel verbroken. Veelal krijgen de bewoners weinig bezoek. Sommigen hebben door hun hoge leeftijd, als alleenstaanden, geen familie meer.
Ook al wordt er tegenwoordig wel aandacht besteed aan de bouw/ renovatie van verpleeghuizen: een probleem dat nog veel aandacht verdient is "*het gebrek aan privacy*". Dat zie je aan het volgende:
- bij opname mag de bewoner maar zeer weinig persoonlijke bezittingen behouden (i.v.m. ruimtegebrek van de kamers)
- veel bewoners hebben geen eigen kamer en daardoor geen eigen plekje; voor hen is vrijwel alles gemeenschappelijk, alles voltrekt zich in gezelschap
- het verzorgend personeel kan altijd en overal ongevraagd in de privé-sfeer van een bewoner binnendringen. (J. Naefs, 1987)

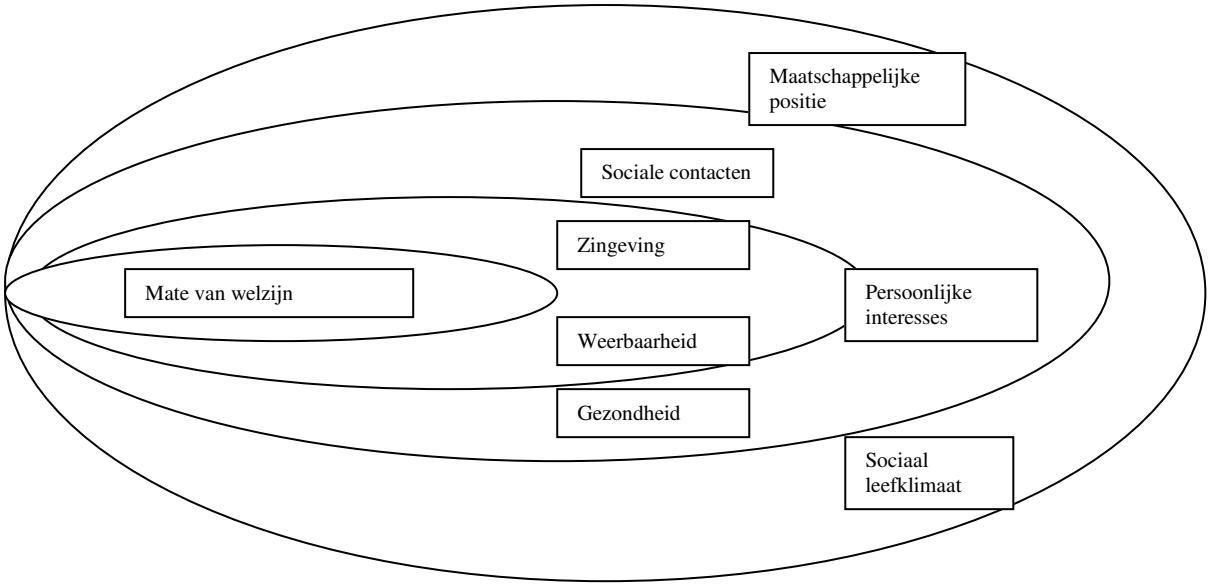
Het begrip "totaalinstituut" heeft een negatieve bijklank en dat geldt ook voor het woord "hospitalisatie"

Uit onderzoek is wel gebleken dat niet zozeer het verpleeghuis in zijn geheel maar meer het leefklimaat, de sfeer op de afdelingen van grote invloed is op het welbevinden van de bewoners. Wanneer mensen opgenomen zijn in een verpleeghuis treedt een heel nieuwe situatie in. Van *zorgend* wezen (hoe gebrekkig misschien ook) wordt de nieuwe bewoner een patiënt die *verzorgd* moet worden. En hoewel er de eerste tijd nog wel regelmatig bezoek komt, blijkt toch in de meeste gevallen dat de vroegere relatienetwerken (en daarmee zingevinggebieden) binnen vrij korte tijd verloren gaan.
Bovendien hebben de aard van de ziekte en de sociale omstandigheden van de bewoner invloed op het welbevinden. Vooral de bewoners die volledig op het verpleeghuis zijn aangewezen (alleenstaanden, mensen zonder contacten) kunnen vervallen tot apathisch gedrag.(H.W. Nell, 1988)

2.3 Visie van Florence op Wonen en Welzijn als uitgangspunt voor denken en handelen

Als werknemer van Florence heb ik te maken met de visie van de organisatie. Deze is te lezen in diverse beleidsstukken, maar ook in folders/informatie die de organisatie naar buiten brengt.
De organisatie waarin ik werkzaam heeft als beleid dat welzijn een belangrijke factor is voor geluk en tevredenheid.
De visie van Florence luidt als volgt:

" *In het aanbod van dienstverlening willen wij een bijdrage leveren aan het welzijn van de bewoners. De definitie van welzijn is hierbij:"de fundamentele instemming met het bestaan, de uiteindelijke bevestiging van alles wat we meemaken of meegemaakt hebben"*
Welzijn is dus het uiteindelijke "ja"op de vraag of men gelukkig en tevreden is. Wij willen de bewoners ondersteunen in de aspecten die een rol spelen bij het beantwoorden met "ja". Alle aspecten die een rol spelen bij de mate van welzijn kunnen worden gegroepeerd in een aantal domeinen. We onderscheiden 7 domeinen, ondergebracht in 3 schillen (zie figuur)



figuur: Model voor welzijn
R.P.Hortunalus, e a. Domeinen van Welzijn, VUGA 1997:

Toelichting op de figuur
De onderscheiden domeinen zijn in drie "schillen"ondergebracht:

Schil 1
Het dichtst bij de mate van welzijn, en voor het individu meest bepalend, is de schil die zuiver tot de persoon behorende domeinen bevat: het domein weerbaarheid ofwel zelfrespect (met als aspecten zelfbepaling, zelfbevestiging en eigenwaarde) en het domein zingeving (religiositeit en leidmotieven als ambitie, zelfstandigheid, gezinsgerichtheid, individualisme, aanpassing en sociale oriëntatie)

Schil 2
In de tweede schil zijn de domeinen die op het grensvlak tussen het individu en zijn sociale en maatschappelijke omgeving liggen. Het betreft de domeinen sociale contacten (met als aspecten frequentie, betekenis en variëteit van de contacten en primaire relaties), persoonlijke interesses (recreatieve vrije tijdsbesteding, ontplooiing en maatschappelijke en sociale dienstbaarheid) en gezondheid.

Schil 3
De derde schil omvat de domeinen die verbonden zijn met maatschappelijke factoren: het sociaal leefklimaat (huis, buurt, toegankelijkheid van

voorzieningen) en de maatschappelijke positie (het onderdeel zijn van de maatschappij waarin men leeft)

Het gaat er nu om, deze abstracte welzijnsdomeinen te vertalen naar dienstverlening. En om de uitwerking te beperken tot de binnenste, ofwel persoonlijke schil."

3. WAT IS ZINGEVING?

3.1. Inleiding:

Om op de vraag "wat is zingeving?" een antwoord te kunnen geven heb ik een literatuurstudie gedaan naar zingeving waarbij ik verschillende interpretaties tegen ben gekomen en daaruit een persoonlijke keuze heb gemaakt.

3.2. De definitie:

zin·ge·ving (de ~ (v.)) het zoeken naar de betekenis, het doel, het nut van het leven.(van Dale, 2004)

3.3. De omschrijving:

Traditioneel is zingeving een terrein van filosofie en religie. Maar ook voor psychologen en maatschappelijk werkers is dit een belangrijk thema. Zingeving speelt immers een rol in psychische gezondheid en gebrek aan zingeving kan leiden tot ernstige psychische problemen met o.a. depressies, verslavingen en zelfmoord als gevolg. Filosofie en religie bezien zingeving vanuit meer hoogstaande beschouwingen aan de zin van het bestaan en spreekt zich uit over wat moreel wenselijk zou zijn. Ik zie zingeving niet als hoé 'het leven zin heeft', maar wel hoe mensen het dagelijkse leven de moeite waard vinden en onder welke condities het leven zinloos wordt.
Bewust of onbewust hebben mensen behoefte aan andere mensen, dingen en acties om de dag door te komen, bij voorkeur zo dat er een toegevoegde waarde ontstaat die hun leven verrijkt. De meeste mensen staan niet stil bij zingeving; pas als ze in de problemen komen of hun leven uitzichtlozer schijnt te zijn, gaan ze zich vragen stellen over de betekenis die ze aan hun leven (willen) geven. Toch hebben de meeste mensen, ook zonder dat ze in moeilijkheden verkeren, duidelijke ideeën over wat hun leven waardevol maakt. (M. Leijssen,2004)

3.4. Waar komt zin vandaan? Waaraan ontlenen mensen de zin van hun bestaan, van hun leven?

* Sociale contacten/erbij horen:
Sommige ontlenen die zin aan mensen om hen heen. Zolang die er zijn of zolang hun verhouding met anderen goed is, wordt het leven als zinvol ervaren. Om welbevinden en geluk te ervaren hebben mensen nu eenmaal anderen nodig. Wanneer men aan een bewoner vraagt wat voor hem belangrijk is, krijg je vaak als antwoord: mijn partner, kinderen, kleinkinderen of vrienden. Wanneer die

belangrijke “zingevers ” wegvallen valt vaak ook de zin van het leven zelf weg. De zin van het bestaan moet dan opnieuw gevonden of ervaren worden.
Het is belangrijk om een aantal goede betekenisvolle relaties te hebben, maar het is ook belangrijk zin te ervaren in datgene wat je alleen of samen met anderen doet. Een zinvolle relatie is een relatie waarin men ervaart te mogen zijn wie men is.

* Maatschappelijke positie/ zinvolle tijdsbesteding:
Het kan een goed gevoel geven wanneer je anderen kunt helpen en dat zij op jou terug kunnen vallen als dat nodig is.Het hebben van werk, de rol in het gezin, zijn zaken die je een goed gevoel geven. Zinvolle tijdsbesteding betekent geen spijt te hoeven hebben over de tijd en energie die in iets of in iemand geïnvesteerd is. Door zin te ervaren groeit een mens en wordt hij sterker. Zin voedt het gevoel van zelfrespect en eigenwaarde. (M. Steemers,1996)

* Religie:
Voor sommigen biedt het geloof of de levensbeschouwing houvast. Religie kan een belangrijke steun zijn bij het zoeken naar zin.

* Gezondheid:
Een gezond lijf is van groot belang om in het leven naar de zin te hebben. Wanneer je gezond bent kan je op vakantie, naar je werk, ondernemen waar je maar zin in hebt. Je hebt vertrouwen in jezelf en in je lichamelijk kunnen. Wanneer de gezondheid niet meer vanzelfsprekend is zoals bij plotselinge invaliditeit of een verpleeghuisopname kunnen er zingevingvragen ontstaan.

3.5. Zingevingvragen:

Wanneer het mensen goed gaat, wordt de zingevingvraag vrijwel nooit gesteld: we hebben geen moeite om te accepteren dat het goed met ons gaat. Zingevingvragen komen aan de orde wanneer er een te groot verschil is tussen het leven en het ideaal, tussen het leven zoals het is en de verwachtingen die men van het leven heeft. Iemand kan de zin van het leven verliezen wanneer hij in een voor hem onaanvaardbare situatie terechtkomt.

> *Vraag aan mevrouw. Bakker:” Had u vroeger toekomstplannen?”: “Nee, ik had het toch goed? Ik had het thuis ook goed. Leefde bij de dag. Ik heb nu niets meer. Er is ook geen toekomst meer”*

Zingevingvragen gaan over de uiteindelijke betekenis van het leven. Zij worden meestal heel concreet gesteld. Waarom moet dat nu zo? Heb ik daarom mijn leven lang hard gewerkt en voor anderen klaargestaan? Waarom moet ik, die

altijd voor mezelf heb gezorgd, nu iedereen tot last zijn? Wat beteken ik voor anderen?
Het zijn meestal eerder noodkreten, uitingen van machteloosheid dan echte vragen in de betekenis van: verzoek om informatie.

> *Iemand vraagt de arts: "Waarom ben ik verlamd geraakt?" De arts kan dan zeggen: "Omdat er een bloedvat in uw hersenen gesprongen is".*

Dat is informatie, maar geen antwoord op een zingevingvraag. Deze is vrijwel altijd een retorische vraag. De vraag kent geen antwoord. De vraagsteller verwacht ook niet dat iemand die vraag beantwoorden kan.
Na verloop van tijd zal een antwoord kunnen groeien. Zo kan het stellen van een zingevingvraag het begin van een groeiproces zijn.
Wie zingevingvragen stelt, is op zoek naar houvast, betekenis, om een situatie te kunnen begrijpen en die daardoor te kunnen accepteren. Het stellen van zingevingvragen is een poging tot zingeving.
Zingevingvragen zijn ook pogingen om in het reine te komen met het leven zoals men dat geleefd heeft. Er is behoefte aan een goede evaluatie van het leven: was het goed?

3.6. Samenvatting:

Voegen we beide beelden samen: het "zakelijke" beeld (het wonen in een totaalinstituut) en het "gevoelsmatige" beeld (het ervaren van zingeving) van het leven in verpleeghuizen, dan valt te concluderen dat bewoners van een verpleeghuis een hele kwetsbare groep mensen is. Aspecten die men nodig blijkt te hebben om zingeving te ervaren zoals: sociale contacten, werk en gezondheid zijn moeilijk te verwezenlijken in het verpleeghuis. De verpleeghuisbewoner verkeert in een moeilijke situatie in verband met zijn/haar afhankelijkheid, gebrek aan privacy en isolement waardoor deze aspecten in de knel kunnen komen. De verschillende domeinen zoals deze in de visie van Florence zijn omschreven, blijken in de praktijk van een verpleeghuis heel moeilijk te verwezenlijken.

4. HET ONDERZOEKSVELD

4.1. Inleiding:

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de leefwereld van de bewoners van verpleeghuis “Gulden Huis”. Het hoofdstuk is opgebouwd van algemeen naar specifiek: eerst het verpleeghuis met de afdelingen en daarna de afdeling zelf. Het geheel beschrijft de “couleur locale”: de omgeving en de sfeer en de verhoudingen waarbinnen de bewoners leven. Daaruit wordt al enigszins duidelijk waarom sommige bewoners problemen hebben met hun zinbeleving.

4.2 Het verpleeghuis:

Gulden Huis is één van de vele verpleeghuizen van Nederland. Het ligt in Den Haag Zuid en telt 180 bedden.
Het gebouw staat in een naoorlogse wijk en telt 8 verdiepingen.
De begane grond, de 1e en de 8e verdieping zijn bestemd voor kantoren. Op de begane grond is tevens een afdeling voor dagbehandeling. Deze afdeling wordt bezocht door mensen die nog thuis wonen en nog niet verpleegbehoeftig zijn. Zij komen een aantal dagen per week voor revalidatie naar deze afdeling en maken dan gebruik van fysiotherapie, logopedie of ergotherapie.
De andere 6 verdiepingen bestaan uit twee verpleegafdelingen met elk 15 bewoners.
Twee verdiepingen zijn gesloten afdelingen en bestemd voor psychogeriatrische (demente) bewoners.
Eén verpleegafdeling is bestemd voor revalidatie na bijvoorbeeld een CVA of heupfractuur. Het is de bedoeling, dat deze patiënten weer in zodanige conditie gebracht worden, dat terugkeer naar huis of verzorgingshuis mogelijk is. Als het revalidatieproces niet het gewenste resultaat heeft, volgt overplaatsing naar een van de andere somatische verpleegafdelingen.
Alle verpleegafdelingen zijn qua bouw en indeling vrijwel identiek. Elke verpleegafdeling heeft 1 en 2 persoonskamers. Elke bewoner heeft een eigen nachtkastje, een klein kastje wat op slot kan en een kledingkast. Iedere kamer heeft een wastafel. Per 4 kamers is er een toilet en douche. Er zijn 2 huiskamers; één (van team B) bij de liften, de andere temidden van de C afdeling. De meeste somatische afdelingen hebben een speciale rookkamer met afzuiginstallatie, alleen afdeling 7 heeft een gedeelte in de huiskamer waar een sterke afzuiginstallatie is aangebracht en waar rokers dus niet apart hoeven te gaan zitten.
De huiskamer is voor gezamenlijk gebruik. Hier wordt gegeten, bezoek ontvangen, gelezen, t.v. gekeken, kortom de dag doorgebracht.

Buiten de verpleegafdelingen zijn er speciale ruimten(1e etage) voor fysio- en ergotherapie, logopedie en psychologie. Tot aan januari 2005 was op de begane grond tevens een ruimte van de activiteitenbegeleiding waar bewoners naar toe konden voor activiteiten, maar deze is opgeheven en er wordt nu een project gestart om per afdeling activiteitenbegeleiding te gaan verzorgen.
Een restaurant, eveneens op de begane grond, biedt de mogelijkheid bezoek te ontvangen; deze ruimte wordt ook gebruikt voor diverse ontspanningsactiviteiten zoals onder andere optredens van zangkoren, een bingomiddag en georganiseerde gezamenlijke maaltijden. Ook de omsloten tuin is een mogelijkheid om vooral 's zomers te vertoeven en bezoek te ontvangen. Voor bezoek zijn er geen vaste tijden.
Er is wekelijks een kerkdienst in de kapel van het verpleeghuis.

4.2.1 Het regime op de afdelingen:

Op de afdelingen hebben de verzorgenden vaste werkschema's ten behoeve van de verzorging van de bewoners. Dit betekent dat er o.a. altijd rond 7.30 u gestart wordt met wassen van bewoners die dit zelf niet kunnen. De volgorde waarin het een en ander plaatsvindt, is veelal dezelfde. "Uitslapen" is slechts bij hoge uitzondering (of bij personeelsgebrek) mogelijk. Ook andere verzorgingsactiviteiten, zoals medicijnen uitdelen, gebeuren volgens een vast patroon.
Voor bewoners zijn er regels waaraan zij zich dienen te houden. Het gaat hierbij o.a. om zaken als de vaste tijdstippen van middag- en avondmaaltijd, de vaste plek aan tafel, het gezamenlijke eten, (in principe) één keer per week onder de douche en het min of meer vaste tijdstip waarop men 's avonds geacht wordt in bed te liggen.

4.3. DAG IN DAG UIT:

4.3.1. Inleiding

Dit hoofdstuk wil een sfeertekening geven van het dagelijkse leven van de bewoners op een somatische verpleegafdeling . Men krijgt een beeld van de omgeving waarmee verzorgden geconfronteerd worden als ze in een verpleeghuis worden opgenomen. Allemaal krijgen ze te maken met het gebrek aan een eigen plek en aan privacy. Bij het tot stand komen van dit hoofdstuk is observatie op één verpleegafdeling belangrijk geweest.
Meestal hebben mensen die in een verpleeghuis worden opgenomen geen idee hoe het leven in een verpleeghuis eruit ziet.
De reden voor opname in een verpleeghuis is meestal een zodanige verslechtering van het lichamelijk functioneren van een persoon, dat continu

verpleging noodzakelijk wordt. Ook speelt mee dat de thuissituatie(met partner, kinderen en thuiszorg) de toenemende zorg vaak niet meer op kan brengen.

4.3.2. Het dagritme

Alle nieuwkomers moeten zich min of meer zien te voegen in de vaste patronen die er op de afdeling zijn.
Het dagelijkse leven begint om ongeveer half acht ´s morgens. De bewoners worden gewekt door de dagdienst en geholpen met de lichamelijke verzorging, de toiletgang en het aankleden. Een voor een worden ze door de verzorgenden in de huiskamer gebracht (de meeste bewoners in een rolstoel) waar ze het ontbijt krijgen dat al, afgedekt met plasticfolie, klaarstaat.

Huiskamer

Er is (op de geobserveerde afdeling) behalve een grote huiskamer ook een rookkamer (-tje) met een goede ventilator. Hier vertoeven de rokers (veelal mannen) Er zit om 9 uur een bewoner achter de computer te patiencen en 2 bewoners kijken naar de televisie. De voedingsassistente of huiskamermedewerkster schenkt koffie en thee. Wanneer er te weinig verzorgenden zijn krijgen bewoners hun ontbijt op bed en worden daarna geholpen met de lichamelijke verzorging. In dat geval kan het zijn dat er van het personeel niemand aanwezig is in de huiskamer.
Na het ontbijt gaan sommige bewoners de huiskamer uit om naar therapie te gaan (zelfstandig, of ze worden door de verzorging gebracht). De rest blijft in de huiskamer zitten. Er zijn weinig tot geen activiteiten waaraan ze kunnen meedoen. Sommige bewoners vallen na het ontbijt weer in slaap in hun (rol) stoel. Niemand van de bewoners doet iets zoals bijvoorbeeld een krant lezen.
Om 10 uur wordt er koffie (met een koekje) uitgedeeld door de assistenten van de keuken of huiskamer.

Een bewoonster krijgt dagelijks (al 4 jaar!) bezoek van haar man. Deze is al om 9 uur in de huiskamer (blijft tot na het avondeten

zodat hij zijn vrouw kan helpen met het eten), zijn vrouw arriveert daar pas om 10.15 u (i.v.m. het personeelsgebrek van die dag) Zij begint aan haar ontbijt, maar een VMBO stagiaire zegt:" Wilt u een beetje snel eten, want u moet om 10.30 u naar de fysiotherapie!"

Om 12 uur worden de tafels gedekt voor de broodmaaltijd. Ook medicijnen worden bij het bord klaargezet. Rond 12.30 u heeft iedereen brood voor zich. Inmiddels zijn alle bewoners uit bed en aan tafel. De bewoners zitten op een vaste plek aan tafel. Nadat iedereen is voorzien van iets te drinken verdwijnt de assistente uit de huiskamer en is er geen personeel aanwezig. Af en toe komt de huiskamermedewerkster even binnen.
Tijdens de lunch praten sommige bewoners (die met elkaar aan één tafel zitten) wat met elkaar:

"Ik heb nog boter over, maar die gooien ze hier weg he? Eigenlijk wel een beetje zonde!"

Van 13.00 u– 13.30 u eet al het personeel in een aparte ruimte op de afdeling achter gesloten deuren. Er is op dat moment dus geen personeel op de afdeling voor de bewoners.
Rond 13.30 u worden de tafels door de assistenten afgeruimd. Eén bewoner had laat ontbeten en krijgt ook later haar lunch.
Na de lunch gaat een aantal bewoners de huiskamer uit om naar hun kamer te gaan.
Sommigen gaan daar televisie kijken, anderen willen zich gewoon even terugtrekken. Aangezien er in de huiskamer voor het bezoek weinig mogelijkheid is om te zitten, gaan de meeste bezoekers met de bewoner naar het restaurant.
Ook de slaapkamer nodigt veelal niet uit om daar gezellig bezoek te ontvangen.

2 persoons/slaapkamer

Het echtpaar gaat naar het restaurant van het verpleeghuis en 2 dames vertrekken met hun bezoek. Degenen die geen bezoek krijgen brengen de tijd door met rondkijken of slapen. Onderling wordt er (bijna) niet gesproken. In de huiskamer zitten omstreeks 2 uur nog 5 bewoners. Er is geen toezicht van personeel.
De bewoners krijgen na twee uur thee/ koffie en een glas limonade. De bewoner die later haar lunch kreeg wil graag naar de toilet gebracht worden:

> *Verzorgende A:"Wilt u wat drinken? "Mw. R: "Nee, ik wil graag naar het toilet"Verzorgende:"Dat kan niet, want u bent net geweest"De verzorgende loopt vervolgens weg. Even later vraagt de stagiaire: "Wilt u wat drinken?"Mw. R.:"Nee, ik wil graag naar het toilet"Stagiaire:"U bent net geweest" Mw. R.: "Ik moet toch! " Stagiaire:"Ik zal daar iemand voor roepen" Even later komt de verzorgende A. om mevrouw naar het toilet te brengen.*

Wanneer de zon schijnt, gaat automatisch de zonwering naar beneden waardoor de huiskamer donkerder wordt.
Tegen drie uur trekt het verzorgend personeel zich in een ruimte terug voor de " overdracht " en het bijwerken van de zorgplannen. Inmiddels zijn ook degenen gearriveerd die de late dienst hebben. Zij nemen het werk over van de dagdienst die rond 16 uur en 18 uur naar huis vertrekt.
Rond vijf uur worden de tafels opnieuw gedekt voor de (warme) avondmaaltijd. De maaltijden worden geserveerd op een dienblad die uit een warm-houd-unit wordt gehaald. Op dit blad staat een kopje soep, een bord met de maaltijd en een dessert.
Rond half zeven gaat de televisie aan, men kijkt naar spelletjes en het nieuws. Op de meeste afdelingen blijven niet veel bewoners televisie kijken en worden de bewoners vroeg (vaak voor tien uur) naar bed gebracht.
De laatste koffieronde voor bewoners is om half acht.

4.4. Activiteiten in de huiskamer:

In de huiskamer staat de radio de hele dag aan: op een popzender. Niemand maakt hier een opmerking over of lijkt zich eraan te storen. Tijdens de maaltijd gaat het volume wat lager. De keuze van het programma lijkt hier eerder te worden bepaald door anderen dan door de bewoners. De televisie is uit: deze gaat pas 's avonds aan.

Rookkamer

In de rookkamer staat wel de hele dag de televisie aan. Af en toe neemt een bewoner de afstandbediening en "zapt" naar een andere zender. De andere bewoners lijkt dit niet te interesseren.
De bewoners in deze kamer lijken elkaar te kennen en reageren af en toe op elkaar.

> *"Zal ik je bril even schoonmaken, want die is zo vies. Ben je je aansteker kwijt? Volgens mij heb ik je daar gisteravond nog mee gezien toen je naar je kamer ging. Zal ik de zuster even vragen of ze voor je gaat kijken?"*

Er wordt geen activiteitenprogramma aangeboden in de huiskamer: af en toe gaat er iemand van het personeel bij een bewoner zitten voor een (kort, oppervlakkig) praatje. Verder dommelen de bewoners of kijken (in de rookkamer) naar de televisie. Soms komt er een fysiotherapeute langs om het een en ander met een bewoner te bespreken(bijvoorbeeld bij ontslag naar huis) De huiskamermedewerkster komt samen met de bewoners de menulijst invullen van de maaltijden voor volgende week.

> *Mw. B.:"Ik vind het hier niet echt gezellig! Iedereen is zo op zichzelf!Ik heb niet veel contact met anderen. Af en toe ga ik een dagje uit met Joke (de huiskamermedewerkster organiseert regelmatig dagtochtjes voor de bewoners): Dat is altijd heel gezellig! We zijn laatst bij een schilder op bezoek geweest die alles kon schilderen, maar ja om nou een schilderij te kopen van € 250 vind ik toch wat te duur! Ik hoop binnenkort een eigen kamer te krijgen waar ik mijn eigen spulletjes kan neerzetten. Maar ja, ik sta op de wachtlijst, maar hoelang dat gaat duren….?"*

4.5. De toiletgang:

Op de afdeling zijn vaste toiletronden afgeschaft. De bewoners worden geholpen wanneer zij daarom vragen. Sommige bewoners gaan al na de maaltijd bij het toilet staan met hun rolstoel omdat ze bang zijn vergeten te worden. Veel bewoners hebben meerder keren per dag hulp van de verzorgenden nodig bij hun sanitaire behoeften. Het betekent dat ze overdag geholpen moeten worden bij de toiletgang en 's nachts om de po moeten vragen. Sommige bewoners hebben hiermee ervaringen opgedaan die ze niet snel zullen vergeten.

> *Mw. D. vertelt:"Ik moest 's avonds rond 11 uur heel erg nodig en vroeg of de zuster me wilde helpen. Ik moet met de tillift worden geholpen en de zuster zei: nee, dat doe ik niet want dat ding maakt veel te veel lawaai, doet u het maar in uw broek. Ik zei haar dat mijn buurvrouw veel meer herrie maakt(die snurkt), maar ze trok zich er niets van aan. Dat maakt me zo verdrietig he, dat ze zo met je omgaan. Niet alle zusters en broeders zijn zo hoor, de meesten zijn heel lief en nemen wel de tijd voor je, maar deze nachtzuster! Ze is ook heel hardhandig en doet me pijn wanneer ze me in bed smijt. "Ik heb het hier niet meer naar mijn zin!" Ik probeer nu maar 's avonds niets meer te drinken, want ik ben bang dat ik anders weer moet vragen om de po. Laatst had ik toch 's morgens per ongeluk in mijn broek gedaan en toen zei diezelfde nachtzuster toen ze mij moest verschonen dat ik een vies mens was! Ik doe het echt niet expres hoor! Ik kan het niet ophouden!"*

Veel bewoners hebben door de aard van hun ziekte en/of door gebrek aan mobiliteit niet meer de mogelijkheid zelf hun urine- en ontlastingsproductie te beheersen. Het verlies van de controle over de eigen stoelgang en het daarbij komende feit dat anderen hen moeten verschonen is iets waar bewoners nooit aan zullen wennen.

> *Mw. F. heeft ook zo haar problemen hiermee: "Wat ik wel heel erg vind, is dat ze me moeten schoonmaken als ik ontlasting gehad heb. Ik schaam me steeds dood, je ruikt jezelf en de zusters ook natuurlijk. Dan maak ik maar grapjes zo van, ja, ze is weer een vieze meid geweest. Dat doe ik eigenlijk om mijn schaamte te verbergen. Ze zijn wel altijd heel lief hoor!"*

4.6. Privacy:

Sommige bewoners die op een tweepersoonskamer slapen geven aan dat ze aan het gebrek aan privacy niet of nauwelijks kunnen wennen. In de eerste plaats wordt het slapen met een vreemde genoemd. Ten tweede ervaart men de onmogelijkheid om nog eigen spullen mee te nemen als iets wat bijna niet te accepteren valt. Er is alleen op een prikbord boven het bed plaats voor kaarten/foto's of tekeningen en op het nachtkastje naast het bed.
Wanneer een bewoner van een tweepersoonskamer even alleen wil zijn, kan dat alleen als haar/zijn kamergenoot niet op die kamer is. Bovendien is de ruimte beperkt.

> *Een bewoner zat 's middags op "haar kamer"in de ruimte tussen het bed en de linnenkast op een stoel een tijdschrift te lezen. Haar kamergenote lag op bed. Alleen een gordijn scheidde de twee bewoners.*

De bewoners die het geluk hebben een eigen kamer te hebben kunnen deze inrichten met eigen meubilair en bijvoorbeeld een televisie of geluidsinstallatie. Zij kunnen zich ook met hun bezoek terugtrekken in hun kamer. Een eigen kamer "krijgt"een bewoner wanneer het behandelteam heeft beslist dat terugkeer naar huis onmogelijk is, op eigen verzoek(men komt dan meestal op een wachtlijst te staan) of wanneer de bewoner terminaal is.

4.7. De eigen plek:

Alle bewoners op de afdeling hebben een vaste plaats aan tafel in de huiskamer. De eigen plek is voor anderen (soms) zichtbaar aan de eigen spulletjes die ze er neergelegd hebben zoals tijdschriften, knutselmateriaal, Indische kruiderijen voor bij het eten (zoals bijvoorbeeld sambal en pindasaus bij een Indische bewoner).
De vaste plaats wordt door de verzorgenden bij opname van een nieuwe bewoner toegewezen. Het betreft dan veelal de plek die is leeggekomen doordat er iemand is weggegaan of overleden. Bewoners zitten ook altijd op de hun toegewezen plaatsen. Uit zichzelf gaan ze niet ergens anders zitten. Zelfs als er binnen niet al te lange tijd een plek vrij komt, ruilen ze niet onderling.
Enkele opmerkingen hierover van bewoners:

> *"Ik zit liever niet op die plek in de huiskamer en zeker niet tijdens het eten. Om mij heen zitten allemaal mensen die altijd mopperen op het eten: dat het niet lekker is, of niet gaar. Je mag toch blij zijn dat je eten krijgt! Die mensen hebben de oorlog ook meegemaakt .Ik*

vind ook echt niet alles lekker, maar door dat gemopper wordt mijn eetlust er niet beter op!

"*Dit is mijn plek, hier voel ik me thuis. Als ze me hier zouden weghalen zou ik dat heel erg vinden. Ik vind het wel best zo!"*

"Laatst wilde ik even naar mijn kamer om alleen te zijn en toen zat mw. G.(kamergenote) er al!! Ik heb haar wel gezegd dat ik ook wel eens alleen wil zijn en dat zij maar eens ergens anders moest gaan zitten"

"Toen ik laatst naar mijn kamer ging stonden er twee schoonmaaksters met elkaar te praten en één zat op mijn bed!!"

De strijd om de eigen plek kan gezien worden als uiting van verzet tegen de veranderde situatie: men heeft alles moeten opgeven, over grote delen van het eigen leven heeft men niets meer te vertellen. Vasthouden aan de veroverde of toegewezen eigen plek is dan een methode om te laten zien, dat de eigen wil nog niet volledig heeft afgedaan. Voor het behoud van die eigen plek riskeert men zelfs onenigheid met degenen met wie men de hele dag moet samenleven.

4.8. De dwang van regels en traditie

Zoals uit het voorafgaande blijkt, is er sprake van dwang en druk, die uitgaat van het regime (de organisatie en normen van de verzorgenden) en de gedragscode van bewoners.

Ik kom rond 14.00 u bij een bewoner die (met kleren aan onder de dekens) in bed ligt. Ze heeft op de "zuster"knop gedrukt en vraagt mij of ze uit bed "mag"(de bedhekken zijn omhoog en ze kan er zelf niet uit) Deze vraag doet me aan mijn eigen kinderen denken, maar in dit geval gaat het om een volwassene!!!

De regels oefenen kennelijk een zodanige dwang uit, dat zelfs verzorgenden er niet aan kunnen ontkomen. Een aantal van deze regels en normen komt niet overeen met de behoeften van de individuele bewoner. Te denken valt aan de tijd van opstaan en het naar bed gaan. Wanneer er te weinig personeel is, is het maar moeilijk mogelijk om iedereen voor de koffietijd uit bed te hebben geholpen. Weliswaar is er 's avonds niet een vastgesteld tijdstip voor het naar bed gaan, maar het is wel een ongeschreven gewoonte, dat iedereen voor de nachtdienst arriveert in bed ligt. Dit kan worden gezien als voorrang van regels vanuit het systeem en de traditie. Deze regels worden in principe als

onaangenaam ervaren maar worden toch na verloop van tijd door de bewoners verheven tot eigen normen.

Tijdens mijn observatie in de huiskamer hoorde ik een dochter tegen haar moeder zeggen die klaagde dat ze haar veel te laat uit bed hadden gehaald:

> *"Mam, je moet niet teveel zeuren hoor! De zusters hebben het druk en doen hun best en je moet er maar aan wennen"*

4.9. Samenvatting:

Ook al is bovengenoemd verslag van één verpleeghuisafdeling en gebaseerd op de observaties op één afdelingsteam, te concluderen valt dat het voor menige bewoner een hele overgang is om van de thuissituatie, waar men toch in de eigen omgeving vertoefde en zelf min of meer de regie had, te moeten verhuizen naar een verpleeghuisafdeling. Dit kan resulteren in een gevoel van grote afhankelijkheid en het niet mondig mogen zijn, het geeft sommigen een gevoel van patiënt zijn in plaats van bewoner.

> *"Ik lig veel op bed, maar ik ben eigenlijk niet ziek! Toch komt mijn zoon bijna niet op bezoek, want hij houdt er niet van om naast een ziekbed te moeten zitten!"*

5. REACTIEPATRONEN

5.1 Inleiding

Het horen van de boodschap ” U moet naar het verpleeghuis” is voor veel bewoners heel ingrijpend geweest. Ook al waren mensen al lange tijd ziek, toch hadden ze nooit rekening gehouden met een mogelijke opname in het verpleeghuis. Voor anderen kwam de boodschap echt als een donderslag bij heldere hemel: na een plotseling optredende ernstige ziekte, waarvoor ze in het ziekenhuis waren beland, moesten ze voor verder herstel naar het verpleeghuis of zelfs voor permanent verblijf.

Bewoners hebben zo hun eigen manieren om op deze ingrijpende gebeurtenis in hun leven te reageren. Hun gedragingen en gevoelens komen overeen met die van mensen die te horen krijgen dat er een spoedig einde aan hun leven te verwachten is. Een verdere overeenkomst tussen deze twee groepen is een allesoverheersend gevoel van verlies van toekomstperspectief waardoor men “er geen zin meer in heeft ”. Het verwerken van ingrijpende veranderingen in hun leven en het zich aanpassen aan de nieuwe situatie duurt enige tijd, bij de een langer dan bij de ander.

Het “aanpassen” gaat voor iedereen in meer of mindere mate gepaard met dwang en druk. Dit leidt bij velen tot momenten van vergelijkbare reactiepatronen.

In de beginperiode van de opname voelen alle mensen zich door het nieuwe overdonderd en zijn de momenten van ontkennen het talrijkst. Iedere nieuwe bewoner vindt de eerste tijd van het verblijf in het verpleeghuis het moeilijkst. Men spreekt van een langzame gewenning van maanden tot jaren.
Wie wordt opgenomen wordt geconfronteerd met een traditionele gang van zaken, waarin de ” gevestigden ” een voorbeeldfunctie vervullen. Tussen de momenten van ontkenning en die waarin men zich richt naar de voorbeelden van geslaagde aanpassing, ligt een breed scala van momenten waarop als het ware wordt onderhandeld over de grenzen van de gedragsalternatieven, de eigen positie, de soort verhouding met anderen etc. Hierbij kunnen zingevingproblemen ontstaan: men is zichzelf min of meer kwijt: je moet iets doen aan de situatie om het “vol te kunnen houden”, maar of dit bij je past als mens……

5.2. Wat zien we zoal aan reacties in het verpleeghuis?

5.2.1. Ontkennen/ tegen beter weten in:

Bewoners zijn vaak door opname in het verpleeghuis overdonderd en zijn er stellig van overtuigd dat hun opname van tijdelijke aard is. Ze slikken hun klachten in, omdat ze het ongerief als tijdelijk ervaren.

5.2.2. Ik neem het niet:

Bijna alle bewoners hebben momenten waarop ze in verzet komen tegen de veranderingen die het leven in een verpleeghuis met zich meebrengt. Zij uiten hun protest in een veelheid van gedragingen en gevoelens.

> *"Ik zit me hier zo op te winden; het is nu 4 uur en ik moet om 5 uur mijn medicijnen innemen, maar er is nog niemand langs geweest"*

De bewoner heeft het idee niet " gehoord " te worden: het doet er niet toe wat de bewoner zelf wil. Het lijkt niet belangrijk, wat een gevoel van onbehagen geeft en dus een gevoel van "niet mee te tellen". Hij/zij is overgeleverd aan de zusters.

> *" Ik zit hier al uren(het is 9 uur 's morgens!) en nu? Wat moet ik nu? Blijven zitten waar je zit zeker? Je ziet hier ook niemand! Zuster……!!!!!"*

Soms goed zichtbaar en ook hoorbaar, soms minder opvallend. Het protest richt zich tegen de verzorgenden, tegen hun partner of kinderen, tegen hun medebewoners of tegen de dokter die in hun ogen schuldig is aan de verpleeghuisopname.
Momenten van protesteren komen vaker voor bij degenen die nog niet zo lang in het verpleeghuis zijn dan bij hen die er al jaren wonen. Deze bewoners zien zelf hun eigen vroegere zelfstandigheid als verklaring voor het feit, dat ze zich niet of slechte met grote moeite kunnen aanpassen.
Het protest uit zich in verbale reacties zoals mopperen op alles en iedereen, lucht geven aan ergernis en wrok, woede-uitbarstingen, maar ook uit non-verbale reacties zoals huilen. Ook door rigide vast te houden aan hun gewoonten, door beslissingsbevoegdheid op te eisen, door hun houding of gezichtsuitdrukking kunnen bewoners protest uitdrukken.
Veel bewoners hebben verborgen manieren om te protesteren. Ze zeggen niets maar laten bv. hun eten staan, zijn zeer zwijgzaam, niet bereid ergens aan mee te doen of vragen veel aandacht door vaak te bellen. Zo zouden de verzorgenden aan hun gedrag moeten zien dat ze het niet eens zijn met de gang van zaken.

Men legt het niet reageren op signalen uit als onwil van de kant van de verzorgenden.

5.2.3. Het is wel goed zo:

Zoals reeds genoemd in de inleiding van hoofdstuk 3 komen bijna alle bewoners in het verpleeghuis omdat er voor hen geen alternatief is: ze moeten wel. Hun lichamelijk of geestelijke toestand is zodanig, dat continue verzorging noodzakelijk is. Sommige bewoners hebben zich " node " geschikt in hun lot en proberen er het beste van te maken. Voor hen is afleiding in de vorm van regelmatig bezoek ontvangen een noodzaak om het leven in het verpleeghuis aan te kunnen.

> *"Ach, mijn tijd zit er bijna op. Ik wacht op mijn dood en tot die tijd zal ik hier moeten wonen. Het is niet anders!"*

Dit is een duidelijk voorbeeld van een gemis aan zingeving: de bewoner heeft zich neergelegd bij het feit dat er niets aan de situatie te doen is: wat heeft het voor zin om je nog druk te maken?

> *"Je moet het maar accepteren, je hebt geen keus. Natuurlijk is het vervelend als je niet meer kunt lopen en ik heb er ook veel verdriet van gehad, maar je moet verder he?"*
>
> "*Ja, het moet maar zo? Gelukkig komt mijn partner elke dag op bezoek en dan gaan we beneden in het restaurant gezellig wat drinken. Ik ben blij dat ik hem nog heb!"*

Sommigen prefereren de veiligheid van het verpleeghuis boven het opnieuw op zichzelf wonen:

> *"Thuis was ook niet meer mogelijk! Ik moet er eerlijk gezegd niet meer aan denken, want alleen is ook maar alleen"*

Voor sommige bewoners is inderdaad het wonen in een verpleeghuis een betere optie dan in de thuissituatie: het is veiliger, want er zijn altijd verzorgenden in de buurt en er zijn meer mensen om je heen dan thuis wat een bewoner zou kunnen motiveren om weer contacten te maken.

5.2.4. Voor wat hoort wat:

Een overheersend gedragspatroon in reacties is het marchanderen. Mensen weten uit ervaring, dat verzoeken om het een of ander vaker worden ingewilligd als daar ook iets van hen tegenover staat. Marchanderen en onderhandelen, vindt vooral plaats met de verzorgenden. Deze bezitten nl. in de ogen van bewoners de middelen waarover de onderhandelingen gevoerd worden: aandacht. Aandacht in de vorm van tijd, extra hulp, waardering en bepaalde gunsten. Op die manier zijn aandacht en aanzien sterk verbonden. Aandacht is echter schaars in een verpleeghuis en voortdurend wordt er over onderhandeld. Bewoners betalen een prijs als tegenprestatie voor het krijgen van aandacht. Ze betalen met goed gedrag dat past bij de verwachtingen van de verzorgenden.

Voorbeelden van goed gedrag:

a. Vragen is lastig zijn:
De meeste bewoners gaan ervan uit, dat als ze (veel) vragen aan de verzorgenden ze lastig gevonden worden. Een lastig persoon is niet geliefd en wordt genegeerd(= krijgt dus geen aandacht) Om die reden vragen ze niet, maar wachten rustig af tot de zuster tijd voor hen heeft.

"Ik zou wel eens een gezellig gesprekje willen maken, maar daar hebben ze geen tijd voor, dus dan zeg ik maar niet te veel"

b. Rekening houden met de "zusters":
Er zijn ook bewoners die rekening willen houden met de "zusters" of door het bij onenigheid voor de verzorgenden op te nemen. Zij wijzen hun medebewoners terecht, als die een negatieve opmerking maken t.a.v. de verzorgenden. Hr. V. gaat 's avonds eerder naar bed omdat de verzorgenden koffie drinken op het tijdstip dat hij eigenlijk wil gaan:*"Die meisjes hebben ook hun rust nodig"*

c. Grappen maken:
Door grappig te zijn en met de verzorgenden lolletjes te maken creëren bewoners niet alleen een sfeer waarin verzorgenden graag werken, maar beogen ze ook bij verzorgenden in het gevlei te komen.

Een aantal uitspraken:

"Je kunt beter grapjes maken, want dan zijn ze aardig tegen je",

"De meeste zusters vinden mij wel leuk, ik had ze vanmorgen weer aan het lachen".

Als tegenprestatie wordt verwacht, dat verzorgenden hen ook aardig vinden en zij daardoor meer kans hebben op de zo fel begeerde aandacht

d. Vergoelijken en verontschuldigen:
Deze vorm van onderhandelen is het bedenken van verontschuldigingen voor de bejegening en behandeling van de kant van de verzorgenden, Bijvoorbeeld ten aanzien van de werkdruk, de leeftijd van de verzorgenden. Bewoners gebruiken zichzelf, hun eigen karakter of ziekte ook als verontschuldiging:

"Ach, ik ben ook niet een van de makkelijksten!".

Al deze verontschuldigingen zijn te beschouwen als beschermingsmechanismen voor de eigen psychische veiligheid van bewoners. Ze hebben er baat bij de verzorgenden te blijven zien als individuen die wel fouten maken, maar dat niet expres doen.

Niet lastig willen zijn, grapjes maken om de verzorgenden gunstig te stemmen, met hun wensen rekening houden, hun optreden vergoelijken en verontschuldigen zijn vormen van onderhandelingsgedrag, die de bewoners datgene moet opleveren waaraan de behoefte het grootst is: aandacht. Voor het welslagen van die strategieën besluit men zich aan te passen aan de situatie waarin men verkeerd.

5.2.5. In de put:

Wanneer bewoners merken dat hun lichamelijke toestand achteruit gaat en een terugkeer naar huis of verzorgingshuis niet meer mogelijk is, brengt dat gevoelens van diep verdriet, onverschilligheid, machteloosheid en zwijgzaamheid teweeg.
Bewoners zeggen dan bijvoorbeeld: " *Laat me maar, ik vind het wel best zo. Voor mij is er toch geen hoop meer"*
Sommigen ervaren hun leven als dermate zinloos dat ze liever niet meer willen leven:

"Als ik er morgen niet meer zou zijn, dan zou me dat niks uitmaken"

Bewoners die momenten kennen van depressief gedrag komen er niet toe om hun ongemak of onvrede te uiten. Wat er ook gebeurt het lijkt ze niets te kunnen schelen. Deze groep bewoners blijkt de populatie van het verpleeghuis te zijn die moeite heeft met zingeving: zij zien geen mogelijkheden meer om er nog iets van te maken, richten zich helemaal op de huidige situatie en vergeten hoe hun

leven voor de opname was. Zij zijn moeilijk te motiveren om aan activiteiten deel te nemen en zien het leven wat ze nu hebben als uitzichtloos en niet meer de moeite waard om er nog moeite voor te doen.
Deze groep is bij uitstek geschikt om deel te nemen aan gesprekgroepen om deze mensen uit hun isolement te halen en om te proberen hun welbevinden hierdoor te verbeteren.
Het gaat hierbij veelal om bewoners die al langere tijd zijn opgenomen en waar geen uitzicht meer is op ontslag.

Het onderhandelen (voor wat hoort wat) blijkt het meest voorkomende patroon te zijn . Wanneer het onderhandelen vastloopt, zijn er twee mogelijkheden: protesteren (ik neem het niet) en terugtrekken (in de put zitten).
(J. van Veen, 1993)

5.3. Samenvatting:

Iedere bewoner probeert bij opname in een verpleeghuis een manier te vinden die bij de persoon past om om te gaan met de veranderde situatie.
Een opname in een verpleeghuis is vaak een behoorlijk ingrijpende gebeurtenis, waardoor het hele leven “op z’n kop” komt te staan en je moet nadenken over het leven. Hoe was het eigenlijk vóór de opname? Wat heb ik met mijn leven tot dusver gedaan? Was dat de moeite waard? Heb ik wel goed genoeg gedaan? Wat ben ik waard? Voor wie ben ik nog wat waard? Is mijn stem nog wel belangrijk? Is het mijn eigen schuld dat ik nu hier ben beland? Had ik……? Hoe nu verder?
Ook al spreken de meeste bewoners dit soort vragen niet hardop uit, het houdt de meeste van de verpleeghuisbewoners wel bezig. Wat is de zin van het bestaan in het verpleeghuis? Hoe maak ik het mezelf dan nog naar de zin? Hoe doe je dat?

6. ONDERZOEKSONTWERP:

6.1. Inleiding:

In dit hoofdstuk komt de opzet van het onderzoek aan de orde.
De keuze om een onderzoek te doen naar het effect van gespreksgroepen (en niet bijvoorbeeld individuele gesprekken) op zingeving en welbevinden is gemaakt omdat ik hiermee tevens kon onderzoeken of het aanbieden van activiteiten in groepsverband mogelijk is in een verpleeghuis. Bovendien kan het organiseren en begeleiden van gespreksgroepen mijns inziens een belangrijke taak zijn van het maatschappelijk werk in het verpleeghuis.
Ik heb veel gesproken met niet alleen de deelnemers aan het onderzoek, maar ook met behandelaars en verzorgenden. Verder heb ik veel gelezen over zingeving en welbevinden en daaruit heb ik selectie kunnen maken welke literatuur het volgens mijn eigen visie het meeste past bij dit onderzoek.

6.2. Doelgroepindicatie voor deelname aan gespreksgroepen:

De doelgroep is: bewoners die problemen hebben met zinbeleving, de acceptatie van het minder valide zijn, het opgenomen/ afhankelijk zijn. Het betreft bewoners met licht en matig depressieve klachten.
Voorwaarde voor deelname aan de groep is dat bewoners redelijk goed horen, in staat zijn om zich te verwoorden en geen zodanige geheugenproblemen hebben dat deze de vooruitgang kunnen belemmeren. Ook mag de bewoner geen psychiatrische problemen hebben.

6.3. Methodiek:

Voor de selectie van de doelgroep en om veranderingen in welbevinden en zingeving te kunnen meten gebruik ik een aantal meetinstrumenten.(zie data-verzamelingsmethode)
Bij de opzet van de gespreksgroep is gekozen voor de reminiscentiemethode.(zie hoofdstuk 7.2)
Met behulp van reminiscentie zal worden getracht de deelnemers in herinnering te brengen hoe ze vroeger met veranderingen omgingen. Zo wordt er een brug geslagen tussen het heden en het verleden. Het is een methode om mensen weer bewust te maken van hun eigen identiteit.

6.4. Dataverzamelingsmethode:

Er wordt gebruik gemaakt van de volgende meetmethoden:

1. De depressieschaal van Cornell: een objectief meetinstrument waarbij de verzorgende de bewoner met behulp van een observatielijst beoordeelt op symptomen en kenmerken van depressiviteit. Hierin worden 4 categorieën onderscheiden I t/m IV van geen problemen tot ernstig. (Bijlage 1) De experimentele groep en de controlegroep bestaan uit bewoners die op deze schaal in categorie II of III vielen.

2. De depressieschaal van Cahn (bijlage 2): een subjectief meetinstrument waarbij bewoners zelf beoordelen hoe zij zich op bepaalde items voelen. Op de schaal van Cahn kunnen mensen een depressie-score halen van 0 tot 30. Er worden interviews gehouden bij bewoners die op de Cornell schaal in categorie II of III vielen.

3. ”De plezierige activiteitenlijst” voor ouderen (bijlage 3)
   Deze vraagt naar zaken uit het dagelijkse leven. Zingeving komt hier het duidelijkste uit naar voren. Er worden interviews gehouden bij bewoners die op de Cornell schaal in categorie II of III vielen. De vraag werd gesteld in hoeverre mensen deze activiteiten wel of niet belangrijk vonden en nu nog steeds konden of wilden uitvoeren.

Er zal een groep worden gevormd die zal deelnemen aan de gespreksgroepen en er zal een controlegroep gevormd worden.
Alle drie de meettechnieken zullen zowel vóór als na de serie gespreks-bijeenkomsten bij de kandidaten worden gebruikt om zo inzicht te kunnen krijgen in de resultaten van de interventies.

6.5. Selectie onderzoeksgroep:

Na overleg met mijn begeleider is gekozen om op één somatische afdeling (30 bewoners) van het verpleeghuis n.a.v. observaties en interviews maximaal 10 kandidaten te selecteren voor deelname aan de gesprekgroep (experimentele groep)en 10 bewoners zullen als controlegroep worden geselecteerd.
De achterliggende gedachte voor een selectie op één afdeling is dat er wellicht in de dagen tussen de bijeenkomsten onderlinge communicatie tussen de deelnemers mogelijk is.

6.6. Effectevaluatie:

Door middel van vóór- en nametingen met behulp van de schaal van Cornell en de depressieschaal van Cahn kan worden bekeken of bewoners uit de experimentele groep minder depressieve klachten vertonen na deelname aan de gespreksgroep ten opzichte van de controlegroep. Met behulp van de plezierige activiteitenlijst kan worden bekeken of bewoners op een andere manier zinvolheid aan hun bestaan gaan geven.

6.7. De interviews:

De geselecteerde bewoners (van experimentele- en controlegroep) zijn persoonlijk door mijzelf, de psycholoog en de geestelijk verzorger geïnterviewd met behulp van de depressieschaal van Cahn en de "plezierige activiteitenlijst voor ouderen".
In de introductie is verteld dat er een project zou starten n.a.v. mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding maatschappelijk werk op de afdeling waar de bewoner verblijft. Ook werd verteld dat er een mogelijkheid zou bestaan dat de bewoner zou worden uitgekozen voor deelname aan de gespreksgroep.

> *"Ben ik daar voor uitgekozen? Zo bijzonder ben ik niet hoor! Maar ik wil wel graag dat het hier gezelliger wordt dus als je daar iets aan kan doen wil ik graag meewerken hoor!"*

Bij bewoners die waren uitgekozen voor de experimentele groep werd benadrukt dat de inhoud van de bijeenkomsten vertrouwelijk blijft. Verteld werd dat de resultaten in een onderzoeksrapport zouden worden vermeld, maar dat daarbij de gegevens niet zouden kunnen herleid tot aan de personen. Iedere kandidaat werd gevraagd of er aantekeningen gemaakt mochten worden tijdens het interview en daar stemde iedereen mee in.

De interviews vonden meestal plaats op de kamer van de bewoner. Deze verliepen over het algemeen goed. De kandidaten waren heel open:

> *"Ik zit hier nu als een oud lelijk beessie, maar vroeger zag ik er anders uit. Ik ben niets waard hoor!"*

en gaven stuk voor stuk na afloop aan het heel prettig te hebben gevonden zo openlijk over gevoelens te hebben kunnen praten. De interviews bleken veel tijd in beslag te nemen i.v.m. de "plezierige activiteitenlijst voor ouderen" (ongeveer 60-80 minuten) en de kandidaten gaven aan dit jammer genoeg erg vermoeiend te vinden.

“ Nou ga maar verder, anders zit je over 2 uur nog en dat kan niet!”

“ *Hou maar op hoor, het is zonde van je tijd! “*

6.7.1. Samenstelling experimentele groep en controlegroep:

Naar aanleiding van de score op de Cornellschaal en de Cahnschaal bleek dat de doelgroep van 2 x 10 bewoners van één afdeling niet kon worden gehaald omdat een aantal geselecteerde bewoners achteraf toch niet de juiste doelgroepindicatie hadden (psychiatrische problemen e.d.).
Er werd (in overleg met mijn onderzoeksbegeleidster en de begeleidster van de gespreksgroepen) een analyse en selectie gemaakt (ad random) van 5 deelnemers voor de gespreksgroepen en 5 voor de controlegroep.
Voordat er gestart zou worden met de eerste bijeenkomst overleed één kandidaat van de gespreksgroep, één ging plotseling met ontslag en van de controlegroep gingen 2 deelnemers (langdurig) naar het ziekenhuis.
Daar er op de onderzoeksafdeling niet genoeg geschikte kandidaten aanwezig waren om de groepen aan te vullen, werd een tweede verpleegafdeling benaderd met de vraag om ook deel te willen nemen aan het project.
De procedure wat betreft observatielijsten en interviews herhaalde zich op deze afdeling, waarbij geen gebruik meer werd gemaakt van de “ plezierige activiteitenlijst voor ouderen ” daar deze teveel tijd in beslag nam en te vermoeiend bleek te zijn voor de geïnterviewden. Het project kon hierdoor pas op een later tijdstip dan gepland starten met 5 mannelijke en 2 vrouwelijke bewoners in zowel de experimentele groep als in de controlegroep.

7. UITVOERING VAN DE GESPREKSGROEP

7.1. Inleiding:

Dit hoofdstuk laat zien welke methodiek er gebruikt is voor de gespreksgroep en welke onderwerpen er werden behandeld tijdens de bijeenkomsten. Ook het verloop wordt kort belicht. Van belang is ook te melden dat de geselecteerde kandidaten, op één na, als schoolopleiding alleen de lagere school hadden afgemaakt. Daarna moesten ze gaan werken. Twee mannen werkten in de bouw, één man ging bij de marine werken, één man was manusje van alles,één vrouw ging werken als werkster en de andere vrouw werkte in de winkel van haar ouders.

7.2. Reminiscentie:

Deze methodiek kan helpen beter met belangrijke of ingrijpende veranderingen in het leven, zoals opname in een verpleeghuis om te gaan. Zo wordt er een brug geslagen tussen het heden en het verleden.
Iemands gevoel van identiteit, eigenwaarde en zelfvertrouwen is voor een groot deel gebaseerd op de kennis die hij heeft over zijn afkomst. Reminiscentie versterkt het gevoel van eigenwaarde en het gevoel van identiteit. Praten over vroeger herinnert de persoon eraan wie hij/zij is en waardoor hij/zij zo is geworden. Vooral voor ouderen die in een verpleeghuis wonen is het gevoel van een eigen identiteit erg belangrijk omdat dit gevoel daar bedreigd wordt. Afhankelijkheid van anderen en de regels, voorschriften en routine van de instelling kunnen maken dat men zich een “grijze muis”gaat voelen, iemand die zich niet onderscheidt van anderen. Terugblikkend op zijn unieke verleden beseft de persoon (opnieuw) dat hij/zij uniek is.
Het belangrijkste van reminiscentie is dat ouderen er veel plezier aan beleven. Wanneer reminiscentie vreugde brengt in iemands leven heeft dit vaak weer andere positieve effecten zoals een verbeterde subjectieve gezondheid (minder klagen over kwaaltjes en ongemakken) en grotere interesse in en betrokkenheid bij anderen.

Reminiscentie als interventie in de ouderenzorg:
Ouderen hebben een natuurlijke behoefte om te praten over vroeger. Dat helpt hen de rekening van het leven op te maken. Maar in onze maatschappij worden de mensen behalve ouder ook eenzamer. De tijd dat opa en oma tot hun dood in het gezin bleven wonen, is voorbij.
Door de verhalen over hun leven kunnen ouderen duidelijk maken wie en wat zij zijn: wat ze beleefd en gepresteerd hebben, wat hen heeft gevormd. Het is een manier om tot verzoening met het eigen leven te komen.

Dit 'zich kenbaar maken' onderscheidt reminiscentie van andere activiteiten. Het gevolg is dat de deelnemers aan een reminiscentiegroep in versneld tempo vertrouwd raken met elkaar waardoor gemakkelijk nieuwe contacten kunnen ontstaan. *(*Buijssen en Poppelaars*)*

7.3. Inhoud van de bijeenkomsten van “de Rode Draad”:

Op grond van de reminiscentiemethodiek lopen de onderwerpen doelbewust langs het hele leven van een bewoner:
1e Bijeenkomst: Kennismaking
2e Bijeenkomst: Geboren en getogen en herinneringen aan de lagere schooltijd
3e Bijeenkomst: Middelbare schooltijd en 2e Wereldoorlog
4e Bijeenkomst: Op eigen benen gaan staan
5e Bijeenkomst: Het leven na de pensionering en de jaren voorafgaande aan de opname
6e Bijeenkomst: Nu? En straks?
7e Bijeenkomst: Evaluatie en afsluiting

7.4. Verloop van de bijeenkomsten:

Het onderzoek had te kampen met uitval van de deelnemers. In de periode van de gespreksgroep zijn in totaal 4 bewoners overleden (2 uit de experimentele groep en 2 uit de controlegroep), 2 mensen uit de experimentele groep bleken af te vallen in verband met ziekte zoals CVA en dementie .
Natuurlijk houd je van te voren rekening met dit soort problemen, maar dat ze zo duidelijk naar voren zouden komen had ik niet verwacht! Van de geselecteerde bewoners heb ik voor aanvang van “De Rode Draad” serie nog navraag gedaan bij de verpleeghuisartsen om zekerheid te krijgen over de lichamelijke gesteldheid en de eventuele kans op uitval. De kandidaten hadden geen van allen een slechte prognose met verwachte uitval binnen 8 weken.

De groep van het onderzoek startte met 5 mannelijke bewoners en 2 vrouwelijke bewoners: uit de bijeenkomsten bleek telkens weer dat de mannelijke deelnemers minder op elkaar en op het onderwerp reageerden dan de vrouwelijke. Dit kan te maken hebben gehad met het feit dat een aantal mannelijke deelnemers in een slechtere lichamelijke of geestelijke conditie waren dan de vrouwelijke waardoor zij wellicht meer op hun handicaps waren gericht en daardoor minder interesse konden tonen voor de gevoelens/ ervaringen van anderen. Zij leken zich ook minder druk te maken om hun huidige leefomgeving:

Meneer de Groot: ” Ach, die anderen op de afdeling interesseren me niet zo! Moet ik me andermans ellende ook nog aantrekken? Ik vind het wel best zo. Laat mij maar, mijn tijd zit er bijna op!”

De mannelijke deelnemers kwamen voornamelijk om hun eigen verhaal te vertellen en leken regelmatig niet betrokken bij wat de anderen te vertellen hadden. Dit belemmerde het groepsproces.

Voor de geïnteresseerde lezer is er een journaal van de bijeenkomsten bijgehouden. Dit is te vinden in Bijlage 4.

8. ONDERZOEKSRESULTATEN

8.1. De hoofdvraag:
Door middel van dit onderzoek probeer ik een antwoord te vinden op de volgende vraag:

*** Draagt deelname aan gespreksgroepen voor bewoners met zingevingproblematiek in een somatisch verpleeghuis bij aan een beter welbevinden?**

Deze vraag zal eerst bekeken worden aan de hand van de deelvragen.

8.2. De deelvragen:

8.2.1. Wat is zingeving voor ouderen?

De vraag naar " Wat is zingeving? " is reeds beantwoord in hoofdstuk 3.
Het komt erop neer dat zingeving wordt bepaald door een aantal aspecten waarin mensen nut of zin halen zoals: het hebben van werk, een zinvolle tijdsbesteding en hebben van zinvolle relaties.

8.2.2. Hoe ervaren ouderen (uit een geselecteerde groep) in een verpleeghuis zingeving en welbevinden en welke aspecten zijn hierin van belang?

Hiertoe zijn de resultaten van de "Plezierige activiteitenlijst voor ouderen" bekeken.

Uit de antwoorden op de Plezierige activiteitenlijst kwamen de volgende aspecten naar voren als belangrijk in de zingeving:

a. Autonomie: het kunnen bepalen van je eigen leven
b. Zinvolle activiteiten: zoals het hebben van werk en het uitoefenen van hobby's, ergens een compliment voor krijgen, je werk goed doen, koken, lezen, buiten zijn.
c. Gezondheid: geen beperkingen ervaren in de dingen die je wilt ondernemen
d. Sociale contacten/ergens bijhoren: bezoeken van vrienden, post ontvangen, kinderen en kleinkinderen

Ook uit de antwoorden en opmerkingen van de mensen tijdens de gespreksgroepen bleken deze 4 aspecten steeds van groot belang.

Hieronder beschrijf ik wat uitgebreider hoe deze aspecten dan naar voren komen:

Aspecten die van belang zijn voor het ervaren van zingeving en welbevinden:

a. Autonomie en het gevoel van eigenwaarde:

Tijdens de bijeenkomsten kwam door verschillende uitspraken naar voren dat de bewoners zich prettiger/gelukkiger voelen wanneer zij op een respectvolle manier bejegend worden:

> *"Ik heb het hier niet meer naar mijn zin: de zuster snauwde mij vanmorgen toe dat ik een lastig mens was. Alsof ik voor mijn lol in bed lig!"*

Uit deze opmerking valt te concluderen dat de bewoner moeite heeft met het feit dat de verzorgende geen respect voor haar heeft: ze wordt als lastig mens gezien. Ze voelt zich niet begrepen en dit geeft een gevoel van het "tot last zijn" wat een zingevingprobleem is.

> *"Ik vind het vervelend dat ik de hele dag met mensen om mij heen zit die ik niet ken en als je wat tegen je tafelgenoot zegt doet ze net of ze je niet hoort!"*
>
> " *Ik ga niet meer mee met zo'n dagje uit hoor! De vorige keer moesten we allemaal een petje op! Zit je mooi voor gek!"*
>
> " *Vaak zegt de zuster 's morgens wanneer ze mijn kleren pak: dit vind ik wel leuk! Ik heb toch liever dat ze aan mij vraagt wat ik graag aan wil trekken!"*

b. Een zinvolle tijdsbesteding:

Ook verveling (gebrek aan een zinvolle tijdsbesteding) is een van de redenen waarop de bewoners zich niet prettig voelen en geen zin ervaren:

> *"Ik zie slecht en daarom kan ik de hele dag niets doen: ik kan niet meer lezen, puzzelen of naar de televisie kijken. Vaak ga ik dan maar uit verveling naar bed. Dan ben ik in ieder geval alleen en zit ik niemand in de weg!"*

Deze uitspraak geeft weer hoe deze bewoner (als gevolg van lichamelijke problemen) het leven ervaart: er is geen zinvolle tijdsbesteding en zij ziet zichzelf ook geen bijdrage leveren aan haar eigen welzijn of dat van anderen.

> *"Er is hier niet veel te doen. Het is niet gezellig. Ja, af en toe is er een dagje uit en dan ga ik graag mee, want dat is wél leuk!"*
>
> *"Het liefste wil ik meehelpen met dingen op de afdeling. Maar dat kan niet (mevrouw is half zijdig verlamd). Ik verveel me altijd, want ik heb vroeger altijd gewerkt. Als ik maar wat te doen had. Ik kan die ene hand toch niet gebruiken. Het liefst zou ik werken. "*
>
> *"Ik krijg niet zo veel bezoek. Vroeger had ik veel familie en vrienden, maar ja, die zijn of overleden of ook oud net zoals ik en die kunnen ook de deur niet meer uit"*

c. Een gezond lijf:

Op de afdeling worden wel activiteiten aangeboden, maar bewoners wijzen deze vaak af omdat ze het te vermoeiend vinden.
Lichamelijke achteruitgang is iets waar sommige bewoners moeite mee hebben. Zij voelen zich afgeschreven, niet meer de moeite waard:

> *"Ik voel me natuurlijk wel oud. Als je me zo ziet, ik was vroeger veel mooier. Ik had altijd mooie kleding en nu zit je er zo bij (wijst op haar verlamde arm). Nieuwe kleren zijn hier trouwens ook zo kapot: in de wasserij zijn ze niet gewend aan dure kleding, dus heb ik maar gewoon goed aan.*
> *Ik voel me oud omdat ik dit heb natuurlijk en in een rolstoel zit. Ik heb nooit wat gehad. Ik werkte altijd maar door."*
>
> *"Ik hoef nu niet zo nodig lekker te eten. Nee, want ik zit te knoeien. Ik zou het wel willen hoor!"*
>
> *"(N.a.v. de plezierige activiteitenlijst) Houdt u van parfum gebruiken? Nee, niet echt. Als ik het van mijn man kreeg, van die hele fijne parfum. Nu hoeft dat niet meer. Stink ik anders zo?"*

De geestelijk verzorger van het verpleeghuis heeft eens bij een groepje (vrouwelijke) bewoners die moeite bleken te hebben met de ouderdom gevraagd om in paren van 2 te gaan zitten. Daarna vroeg ze de 2- tallen tegen elkaar te zeggen wat ze mooi aan elkaar vonden. Dit gaf hele leuke resultaten en het zelfbeeld van de deelnemers verbeterde. Zij vonden zichzelf eerst niet zo de

moeite waard, maar door de (gemeende) complimenten van de tegenpartij veranderde dit!

d. Sociale contacten:

Eenzaamheid is een zingevingprobleem: het gevoel geen mensen om je heen te hebben waar je van houdt of waar je een bijzondere band mee hebt geeft eenzaamheidsgevoelens:

> *"Ik zit hier helemaal alleen. (Deze vrouw zit in de huiskamer aan een tafel. Er zitten ongeveer 7 mensen in dezelfde huiskamer als waar mevrouw zit). Ja, er zijn hier wel andere mensen, maar die kennen me niet, dus dan ben ik toch alleen? Wat heb je er nu aan om met vreemde mensen te zitten? Daar heb ik toch niets mee?Ik zou willen dat mijn zus nog leefde, die zou ik wel graag weer eens willen zien"*
>
> *"Ik zou wel eens weer zoals vroeger op een verjaardag van mijn familie willen zijn! Leuk, lekker kletsen en een hapje en een drankje erbij. Dat mis ik wel hoor! Maar ja, ik ben de enige die nog over is"*
>
> "*Voordat ik hier kwam kon ik ook de deur niet meer uit. Ik zat de hele dag maar te zitten, maar had gelukkig een leuke thuishulp en dan zei ik altijd dat ze voordat ze ging werken even gezellig koffie met me moest drinken !"*

Wanneer de naaste familieleden weg zijn gevallen is het voor een bewoner moeilijk zin te ervaren: met nieuwe mensen betekenisvolle relaties aan te gaan is bijna onmogelijk. Uit de uitspraken is te concluderen dat je naasten je nemen zoals je bent: ze kennen je met al je rare karaktereigenschappen, maar dat accepteren ze! Het is eigen! En juist dat missen van het "eigen- gevoel" geeft bewoners het gevoel er alleen voor te staan.

> *"Gelukkig heb ik nog een echtgenote die iedere dag op bezoek komt! Dan gaan we altijd even wandelen buiten. Dat maakt het wel iets draaglijker"*

8.2.3. Hoe ervaren ouderen in een verpleeghuis na deelname aan de gespreksgroep zingeving?

Zoals eerder vermeld zijn er geen nametingen meer gedaan met behulp van de plezierige activiteitenlijst voor ouderen. Er kan dus geen vergelijking worden gemaakt om te zien of de mensen na deelname aan de gesprekgroep op een andere manier met de voor hen belangrijke aspecten om zijn gegaan. Hierdoor kan er geen conclusie worden getrokken of men toch op een andere manier weer zin in het bestaan is gaan opbouwen.
De 2 dames die als laatste van de gespreksgroep overbleven geven allebei aan het heel prettig te hebben gevonden om met anderen herinneringen op te halen en verdriet te delen.

> " *Weet je, sommige dingen ben je soms helemaal vergeten, maar omdat anderen die verhalen vertellen denk je ineens: oja, hoe zat dat eigenlijk bij mij? In mijn hoofd zit nu steeds dat ik eigenlijk best wel een goed leven al heb gehad! Dus als ik nu af en toe in een dip zit zeg ik tegen mezelf: mens, wat zeur je toch? Je bent toch al 81! En dan denk ik weer aan al die leuke dingen en dan gaat het vanzelf weer wat beter!"*

Zij vinden het allebei heel erg jammer dat deze wekelijkse bijeenkomsten nu zijn afgelopen en hopen op een vervolg. Een bewoonster krijgt dagelijks bezoek en is veel in het restaurant te vinden, de andere bewoonster lijkt zich meer te schikken in haar lot en ligt veel in bed (i.v.m. pijnklachten).

* Zijn er veranderingen m.b.t. welbevinden?

We kunnen wel zien of er veranderingen te zien zijn met betrekking tot depressieve gevoelens en gedrag. Met andere woorden: zijn er veranderingen in het welbevinden?
Om die vraag te kunnen beantwoorden werd een beginmeting en een eindmeting gedaan bij de experimentele- en controlegroep.
Er konden uiteindelijk slechts bij 2 controlepersonen en 2 deelnemers de resultaten op de voor- en nameting vergeleken worden. Gezien de kleine aantallen kunnen geen statische bewerkingen worden toegepast en beperk ik me tot een vergelijking binnen de personen: elke deelnemer en elke controlepersoon fungeert als zijn eigen toetsing.

Resultaten Cornell-depressieschaal:

In hoofdstuk 6.4. onderscheidde ik 4 categorieën op de Cornell Scale:
I geen stoornis
II milde depressie
III matige depressie
IV ernstige depressie

Ik beschrijf nu de verandering in de mate van depressieve verschijnselen en kenmerken zoals deze door de verpleging zijn geobserveerd in de eindmeting t.o.v. de beginmeting (tabel.1):

verandering:	categoriewijziging (Cornell)	experimenteel n = 2	controle n=2
vooruitgegaan			
gelijk gebleven	in III	2	
achteruit gegaan	van I naar II		1
	van II naar III		1

tabel 1: veranderingen in de door de verpleging geobserveerde depressieve symptomen en kenmerken op de Cornell scale

Uit de observaties door de verpleging op de afdeling komt dus het volgende naar voren:
De 2 deelnemende personen behaalden in de 1e en 2e meting beiden een score die past bij matige depressieve symptomen. Er werd door de verzorgenden dus geen verbetering maar ook geen verslechtering geobserveerd qua stemming.
De 2 controlepersonen behaalden bij de 2e meting een lagere score op de Cornellschaal dan op de 1e meting en vertoonden meer depressieve symptomen. Persoon 1 zakte van mild depressief nu naar matig depressief, persoon 2 zakte van geen depressieve problemen nu naar mild depressief.

Resultaten depressiviteitsschaal Cahn:

Ik beschrijf nu de verandering in de mate van depressieve verschijnselen en kenmerken zoals deze door de bewoner zelf werd ervaren in de eindmeting t.o.v. de beginmeting (tabel.2):

verandering:	subjectief (Cahn)	experimenteel n=2	controle n=2
vooruit gegaan	4 punt	1	
	3 punt		1
	2 punt	1	
gelijk gebleven	0 punt		1
achteruit gegaan			

tabel 2: veranderingen in de zelfbeoordeling op de depressiviteitslijst van Cahn

Uit de zelfbeoordeling door de cliënten komt het volgende naar voren:
De 2 deelnemende personen behaalden elk een lagere score op de 2e meting,wat neerkomt op een vermindering van de depressieve klachten bij elk van de deelnemers.
De 2 controlepersonen behaalden de volgende scores: 1 persoon scoorde lager dan bij de 1e meting, wijzend op vermindering van de depressieve klachten.
1 persoon scoorde gelijk op de 1e en 2e meting, wat neerkomt op geen verbetering maar ook geen verslechtering.
De subjectieve ervaringen van de deelnemers kwamen niet alleen neer op verbetering van slaap- en eetgedrag of vermindering van lichamelijke klachten of moeheid. Persoon 1 voelde zich na de gespreksgroep meer tevreden in het algemeen en t.a.v. vrienden en aanspraak in het bijzonder. Persoon 2 voelde zich minder somber en verwachtte wat meer van het leven dan voor de gespreksgroep.

8.3. Bespreking bevindingen op de depressieschalen:

Ik ben me ervan bewust dat met de kleine aantallen niet echt duidelijke uitspraken kunnen worden gedaan. De tendens lijkt wel te wijzen in de richting van een subjectieve verbetering in het welbevinden bij de deelnemende bewoners, en een objectieve verslechtering (observaties verpleging) bij de controlepersonen. De depressiviteitslijst van Cahn bevat geen categorieën doch een mogelijke scoring van 0 tot 30. Een verschil van 1 punt betekent in die zin

dus niet zoveel. In elk geval is geen van de deelnemers aan de experimentele groep achteruitgegaan.

8.4. Samenvatting en conclusie:

Dit onderzoek was gericht op bewoners van een verpleeghuis. De vraag was of deelname aan gesprekgroepen een verbetering zou geven met betrekking tot zingeving en welbevinden.
Uit het onderzoek komt naar voren dat bewoners in een verpleeghuis om verschillende redenen problemen hebben met zingeving en welbevinden.
Met name de aspecten autonomie, zinvolle activiteiten, gezondheid en sociale contacten bleken van groot belang bij het ervaren van zin. Het aspect autonomie kwam in de literatuurstudie overigens niet naar voren, maar blijkt wel een belangrijk aspect te zijn bij verpleeghuisbewoners.
Achteraf bleek de onderzoeksopzet niet geschikt om de vraag te beantwoorden of deelname aan een gespreksgroep een bijdrage zou kunnen leveren aan zingeving. De keuze voor een gesloten groep bleek in verband met de problemen van verpleeghuisbewoners geen juiste te zijn. Ten gevolge van ziekten en overlijden kwam de continuïteit in de knel en konden ook geen nametingen meer worden gedaan.
De tendens lijkt wel te wijzen in de richting van een subjectieve verbetering in het welbevinden bij de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep

9. EVALUATIE

Hierbij probeer ik een beeld te geven van de knelpunten die ik tegenkwam en ga ik in op de keuzes die gemaakt zijn bij de onderzoeksopzet.

9.1. Knelpunten

Natuurlijk heb ik van tevoren rekening gehouden met mogelijke problemen zoals ziekte en uitval, maar dat ik er op genoemde manier mee te maken zou krijgen had ik nooit verwacht.
De groepsbijeenkomsten verliepen af en toe moeizaam.
Redenen die hiervoor te noemen zijn:

a. lichamelijke factoren:
het niet lang kunnen zitten (pijn); toiletbezoek tijdens de bijeenkomst; slechte visus; slecht gehoor (i.v.m. lege batterijen van de hoortoestellen); ziekte (lichamelijke achteruitgang) waardoor de deelnemer lichamelijk niet in staat was te komen; overlijden

b. cognitieve factoren:
moeite met de concentratie, het minder goed (kunnen)opnemen van het gesprokene en het niet goed begrijpen van de vraagstelling waardoor herhaling nodig was, geestelijke achteruitgang: een van de deelnemers bleek(kwam naar voren tijdens de bijeenkomsten) een vorm van progressieve dementie te hebben waardoor hij niet adequaat kon reageren.

c. omgevingsfactoren:
dubbele afspraken: 2x was op de dag van een bijeenkomst tevens een daguitje op de afdeling georganiseerd waar 1 deelnemer aan meedeed en daardoor niet bij de bijeenkomsten kon zijn, soms was de afdeling vergeten dat er een bijeenkomst was waardoor de deelnemers niet “klaar stonden” en er te laat begonnen werd;
ruimten: In eerste instantie was het de bedoeling de bijeenkomsten op de afdeling zelf te houden, maar doordat de deelnemersgroep nu bestond uit bewoners van 2 etage’s moest worden gezocht naar een “neutralere”ruimte. De bijeenkomsten werden gehouden in een (vergader)ruimte op de eerste verdieping. Het gevolg hiervan was dat er tijd ging zitten in het ophalen/ wegbrengen van de deelnemers. Bovendien heeft deze ruimte geen “gezellige” uitstraling waardoor er ook tijd vrijgemaakt moest worden voor het “aankleden”(met bv. tafelkleedjes, bloemen, iets lekkers voor bij de koffie e.d.). Daar de deelnemers allen rolstoelbewoners waren moest daar ruimte voor vrijgemaakt worden.

9.2. Gemaakte keuzes:

1. Meetinstrumenten:
   Hoe meet je op een juiste manier zingeving en welbevinden? Hoe moet je een keus maken uit de verschillende soorten schalen die zijn ontwikkeld? Vanuit de literatuur blijkt dat in ieder onderzoek gebruik wordt gemaakt van een andere schaal waardoor het moeilijk te vergelijken is welke het beste gebruikt kan worden voor dit onderzoek.
   * De keuze voor de depressieschaal van Cornell bleek een juiste manier te zijn om via observatie van de verzorgenden een selectie te kunnen maken van mensen met zingevingproblematiek. De scores die hieruit voort kwamen maakten een verdere selectie op grond van de scores mogelijk.
   * Op de vragen die gesteld werden n.a.v. de lijst van Cahn, die gebruikt werd bij de interviews, konden de deelnemers duidelijke antwoorden geven en kon een vergelijkende score worden berekend.
   * De "plezierige activiteitenlijst voor ouderen" leek een vragenlijst te zijn die heel goed de gevoelens van zingeving en welbevinden opriepen, die de verhalen deed loskomen, maar bleek i.v.m. de lengte te vermoeiend te zijn voor de deelnemers. Daarom is deze bij de tweede (extra ingelaste) selectie i.v.m. tijdgebrek achterwege gelaten.

2. Keuze afdeling:
   Het onderzoek zou in eerste instantie plaatsvinden op één afdeling om onderling contact tussen de deelnemers te kunnen verhogen. (In verband met veelal beperkte mobiliteit van de bewoners is namelijk gebleken dat deze elkaar niet zelf zo snel op zoeken wanneer zij niet op dezelfde afdeling wonen)
   Vanwege de al eerder genoemde problemen waardoor de geselecteerde onderzoeksgroep te klein werd, werden tevens kandidaten van een andere afdeling geselecteerd wat de mogelijkheid van tussentijds contact verkleinde.

3. Open of gesloten groep:
   De keuze van een gesloten groep voor dit onderzoek is heel bewust genomen omdat bekend is dat dit een vorm van veiligheid kan geven. Dit gevoel van veiligheid is ook gebleken tijdens de bijeenkomsten waarbij sommigen bepaalde zaken "opbiechten" die ze anders niet zouden hebben verteld.

4. Begeleiding:
   De keuze voor de geestelijk verzorgster van het verpleeghuis als 2^{e} begeleidster van de gespreksgroepen was een bewuste keus. Zij heeft vanuit haar functie regelmatig contact met het personeel en bewoners van

de verpleegafdelingen en kon met de ervaringen die zij heeft opgedaan in haar (vaak individuele) gesprekken met bewoners inspelen op onderwerpen die naar voren kwamen. Het is heel prettig om samen nog even na de bijeenkomst ervaringen uit te wisselen en met elkaar te bespreken wat ter tafel is gekomen en hoe het geïnterpreteerd kan worden.

10. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

10.1. Discussie:

Mijn ervaring naar aanleiding van dit onderzoek is dat ik gemerkt heb dat de deelnemers het prettig vonden om aandacht te krijgen en weer mee te tellen. Het hebben van bevredigende sociale contacten en een bepaalde mate van autonomie zijn blijkbaar de belangrijkste behoeften die bewoners van het verpleeghuis hebben. Het zijn ook die zaken waar de omgeving een bijdrage aan kan leveren: bezoek, verzorgenden, vrijwilligers, schoonmakers, directie etc. De andere aspecten waaraan mensen behoefte hebben zoals: bevredigend werk en gezondheid zijn binnen de verpleeghuissector moeilijk te verwezenlijken.
Gedurende de periode van de bijeenkomsten bleken de deelnemers op te bloeien. Het viel mij op dat de contacten die bewoners hebben met mensen om hen heen als oppervlakkig worden ervaren: de zusters hebben geen tijd, die hebben het al druk genoeg en de medebewoners zijn niet de mensen die men zelf heeft uitgekozen en waarmee moeilijk contact te maken valt.(mede ook vanwege oorzaken zoals slechte visus, slecht gehoor en individualiteit). De verpleeghuisbewoner heeft ook wel anderen om zich heen, alleen is een vertrouwd contact daarmee niet zo snel gemaakt.
In mijn aanbevelingen ga ik verder in op de mogelijkheden om dit te verbeteren.
Tijdens de bijeenkomsten bemerkte ik dat zowel prettige als verdrietige ervaringen vrijwel zonder emoties werden geuit. Verlies van dierbaren, maar ook bijvoorbeeld oorlogservaringen werden niet als heftig herleefd. Ook de respons van de andere deelnemers bleef vaak uit. Ik denk dat het misschien samenhangt met het feit dat deze generatie bewoners (tussen 75 en 80 jaar) in een tijd is opgegroeid waarin je niet teveel kon of mocht stilstaan bij emoties of gevoelens. Misschien heeft ook het sociale milieu waar de deelnemers in verkeerden te maken met het feit dat men nooit heeft gereflecteerd en ogenschijnlijk makkelijk problemen of tegenslagen naast zich neer legde.
Of zou dit een reactie zijn die kenmerkend is voor verpleeghuisbewoners? (zie hiervoor ook het hoofdstuk over reactiepatronen):

> *"Ach, mijn tijd zit er bijna op. Ik wacht op mijn dood en tot die tijd zal ik hier moeten wonen. Het is niet anders"*

> *"Je moet het maar accepteren, je hebt geen keus. Natuurlijk is het vervelend als je niet meer kunt lopen en ik heb er ook veel verdriet van gehad, maar je moet verder he?"*

Als laatste wil ik het belang van de rol van de verzorgenden benadrukken: ik heb gemerkt dat het welbevinden van een bewoner sterk beïnvloed kan worden

door de houding die de verzorgenden hebben. De verzorgenden kunnen een belangrijke bijdrage leveren door aandacht te hebben voor zingevingproblematiek. In mijn aanbevelingen zal ik hierop terugkomen.

10.2. Aanbevelingen:

Ten aanzien van de onderzoeksopzet:

1. Mannen/vrouwengroep
   Daar gebleken is dat er tussen de mannen en de vrouwen duidelijke verschillen in reacties waren zou het wellicht beter zijn om groepen samen te stellen van alleen mannen of alleen vrouwen. De vrouwen vertelden mij achteraf dat ze het nog leuker hadden gevonden als er alleen maar vrouwelijke deelnemers waren geweest. Ze hadden zich dan waarschijnlijk meer op hun gemak gevoeld. Op de één of andere manier vinden mensen het toch prettiger om met "soortgenoten"en niet met " lotgenoten" bij elkaar te zijn. Vrouwen blijken over het algemeen meer gevoelig te zijn voor zaken zoals gezelligheid, verwennerij zoals iets lekkers bij de koffie en een prettige omgeving. Het lijkt mannen daarentegen niet zoveel uit te maken.

2. Open groep:
   Het meest geschikt lijken bijeenkomsten met een van te voren bekend gemaakt onderwerp, waarvoor bewoners zich (vrijwillig)kunnen opgeven. Deze laatste kan bijvoorbeeld in de vorm van een themabijeenkomst waarover mensen met affiniteit voor het onderwerp met elkaar kunnen praten.
   Deze bijeenkomsten kunnen worden begeleid door een activiteitenbegeleidster, maatschappelijk werker of geestelijk verzorger.

Ten aanzien van het afdelingsgebeuren:

3. Gespreksgroepen op de afdeling:
   Om het onderlinge contact tussen bewoners op één verpleegafdeling te verbeteren kunnen er bijeenkomsten worden georganiseerd waarbij er over verschillende onder werpen gesproken De onderwerpen kunnen divers zijn: zoals bijvoorbeeld een soort "keek op de week"waarbij bewoners gevraagd wordt hoe zij de afgelopen week ervaren hebben: niet alleen in het persoonlijke vlak, maar ook bijvoorbeeld met betrekking tot de zorg, het eten, het televisieprogramma, de activiteiten die zijn aangeboden op de afdeling en wat ze graag de volgende week anders zouden willen zien.
   Dit kan resulteren in een "groepsgevoel", de bewoner kan zich daardoor een belangrijk onderdeel voelen van de groep waarin hij/zij leeft.
   Op deze manier krijgen de bewoners wellicht weer het gevoel "mee te tellen,

belangrijk te zijn" wat het gevoel van zingeving en welbevinden aanzienlijk kan verhogen.

4. Gezelligheid:
   Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de, vooral vrouwelijke, deelnemers gezelligheid op de afdeling missen. Vooral in de huiskamers zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden: een glaasje wijn bij het eten,de tafels leuk gedekt,(misschien ook wel eens aan een andere tafel zitten met andere tafelgenoten), een borreluurtje instellen met hapjes en drankjes die de bewoners zelf zeggen lekker te vinden (dus niet alleen dat advocaatje in een plastic bekertje, maar bv. eens een lekker bruin biertje!)
   Er zouden ook meer activiteiten georganiseerd kunnen worden die een " thuis "gevoel oproepen: samen (of met een klein clubje) koekjes of pannenkoeken bakken, moppen tappen!
   Het bezoek van één van de deelnemers naar een voetbalwedstrijd van ADO zou eigenlijk wekelijks moeten gebeuren: hij heeft hiervan genoten!! Het gaf hem een ouderwets gevoel:

> *"samen met de mannen naar een voetbalwedstrijd en daar naderhand met een pilsje nog lekker even over door ouweh…."*

Eén bewoonster ging een weekje met de afdeling op vakantie. Toen ik haar vroeg of ze er zin in had zei ze:

> *" Nou en of, en weet je wat nou zo leuk is? We gaan zelf boodschappen doen en zelf koken!!!" Ik: "Wat zou u dan het liefst willen eten, iets wat u al heel lang niet meer heeft geproefd ?" "PATAT!!! Dat eten we hier nooit!"*

5. Aanbeveling voor personeel op een verpleegafdeling:

Wanneer een verzorgende merkt dat een bewoner zich zinloos voelt, is het goed om jezelf af te vragen hoe dat komt. Is het het ontbreken van aandacht en erkenning, is er sprake van doelloosheid vanwege lichamelijke handicaps etc? Het is goed daar als verzorgende aandacht aan te schenken.

Samengevat wil ik hiermee zeggen:

* Zorg voor een <u>thuis</u> voor de bewoner,
* Luister <u>goed</u> naar wat een bewoner te vertellen heeft en heb respect voor de beleving van de bewoner
* Neem eens de <u>tijd</u> om naar het (levens)verhaal te luisteren en probeer daar werkelijk interesse in te hebben

* Probeer je te verplaatsen in de situatie van de bewoner
* Geef de bewoner net zoveel aandacht als dat je zelf denkt nodig te hebben om het naar de zin te hebben
* Hou rekening met de gewoonten van een bewoner en probeer deze te respecteren
* Zorg voor een gezellige sfeer op de afdeling
* Denk aan warme zorg

Ten aanzien van de individuele bewoner:

6. Individuele gesprekken:
   Voor sommige bewoners zal een groepsgebeuren i.v.m. lichamelijk en/of geestelijke handicaps niet de juiste manier zijn om het gevoel van zinbeleving en welbevinden te verhogen. Wellicht kan er voor die bewoners een vast moment in de week worden vrijgemaakt als onderdeel van het zorgplan om individueel een gesprek aan te gaan. Dit zou door een vaste vrijwilliger of verzorgende van de afdeling kunnen worden gedaan.

NABESCHOUWING:

Voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening was de opdracht een onderzoek te doen dat te maken had met je werkplek en relevant zou zijn voor de opleiding. In eerste instantie wilde ik een onderzoek naar depressie bij ouderen uitvoeren, maar omdat dat al zoveel gedaan was adviseerde mijn begeleidster Leny Willemse mij onderzoek te doen naar het effect van gespreksgroepen op welbevinden en zingeving.
Ik ben vanaf augustus 2004 enthousiast aan het werk gegaan, de plannen kregen steeds meer gestalte en het begon erop te lijken dat dit onderzoek een goede mogelijkheid zou zijn voor het ontwikkelen van beleid.
Het werd me steeds duidelijker dat de meeste bewoners er moeite mee hadden hun leven "zinvol" te beleven; ik kwam erachter dat leven in een verpleeghuis niet zo eenvoudig is. Na heel veel studie over het onderwerp, navraag bij behandelaars en verzorgenden was ik zover dat ik een selectie van deelnemers kon maken voor "mijn" groep. Maar iedere keer wanneer ik op mijn werk kwam kreeg ik (soms toevallig) te horen dat er afvallers waren: dat bepaalde bewoners waren overleden of in een zodanige conditie waren dat van deelname geen sprake meer kon zijn. Deze gebeurtenissen zetten mij met beide benen op de grond: het leven kan zomaar afgelopen zijn, mijn levensmotto "pluk de dag" werd benadrukt. Het werd me hierdoor ook duidelijk dat je als maatschappelijk werker in een verpleeghuis soms plotseling te maken kunt hebben met kortdurende hulpverlening terwijl je je daar niet op had ingesteld.
In mijn werk als maatschappelijk werker ben ik hoofdzakelijk bezig met opnameprocedures en financiële hulpverlening waarbij veel tijd wordt ingenomen door administratie. Hierdoor is er te weinig tijd voor psychosociale begeleiding van bewoners.
Door dit onderzoek, waarbij voor mij heel duidelijk werd dat bewoners behoefte hebben aan wezenlijke contacten, ben ik gaan inzien dat mijn passie veel meer ligt in de psychosociale hulpverlening. Dit zou bijvoorbeeld in de vorm van gespreksgroepen op de afdelingen zelf kunnen. Ik hoop daarom dat de aanbevelingen die ik in dit onderzoeksverslag noem, uitgevoerd kunnen worden en ik zie daar een grote taak voor maatschappelijk werk in. Wanneer de instelling deze aanbevelingen serieus wil nemen, zou ik graag een aantal begeleidingstaken als maatschappelijk werker willen uitvoeren. Ik denk daarbij aan het organiseren van kleinschalige afdelingsbijeenkomsten voor bewoners maar ook bijvoorbeeld bijeenkomsten voor verzorgenden gericht op de zorg voor zingeving van de bewoner. Ik denk namelijk dat de verzorgenden (wellicht noodgedwongen in verband met de werkdruk) eerder de neiging hebben oog te hebben voor de lichamelijke kant in de vorm van wassen en aankleden: het geestelijke welzijn van de bewoner komt vaak op de tweede plaats!

Ik hoop dat mijn onderzoek een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de zorg omtrent het ervaren van zingeving en welbevinden van verpleeghuis-bewoners.
Ik wil mijn begeleidster Leny Willemse danken voor haar niet aflatende steun, psychische hulp en adviezen tijdens het onderzoeksproces en de uitwerking ervan.
Ineke Slinger, de 2e begeleidster van de gespreksbijeenkomsten, wist mij telkens weer moed in te praten en gaf mij zekerheid. Ook daarvoor mijn dank en de hoop op toekomstige samenwerking.
Verder wil ik graag mijn leidinggevende Ellen Hansen bedanken voor de ruimte, mogelijkheden, steun en belangstelling die ik tijdens de onderzoeksperiode van haar kreeg.
Natuurlijk gaat ook mijn dank uit naar de bewoners die hun gevoelens en gedachten met mij wilden delen in de gespreksbijeenkomsten (en ook daar-buiten). Zij hebben het mij mogelijk gemaakt hun uitspraken te gebruiken voor het maken van conclusies en het doen van aanbevelingen. Verder bedank ik het personeel van de afdelingen die bij het onderzoek betrokken waren en alle collega's die met mij hebben "meegeleefd" tijdens mijn afstudeerperiode.

BEGRIPPENKADER*:*

1. Hospitalisatie:
Daarmee wordt gewezen op een verschijnsel dat bepaalde kenmerken van het instituut, zoals de sterke scheiding van de buitenwereld, de grote afhankelijkheid van het personeel, het gebrek aan privacy, het niets zinvols meer te doen hebben en de eenzijdige aandacht voor wat met *niet* meer kan, een negatieve invloed heeft op het welbevinden van de bewoners. Dit kan zich uiten in klachten over de verzorging, medebewoners, gebrek aan aandacht, (slecht) eten en opmerkingen over eenzaamheid, zich niet thuis voelen en niets meer kunnen. (J. Naafs, 1987)

2. Gespreksgroepen voor ouderen:
Groepen waarin enerzijds gewerkt wordt aan problemen van de deelnemers: aan de beleving ervan, het omgaan ermee, aan alternatieve, meer bevredigende omgangsstrategieën en eventuele oplossingen. Anderzijds komen de persoonlijke ontwikkeling van de deelnemers en hun sociale vaardigheden aan bod. Dergelijke groepen staan altijd onder begeleiding van deskundige en ervaren begeleiders.(J.J.Schroots e.a.,1989)

3. CVA:
Cerebro Vasculair Accident (CVA) is de medische term voor een ongeluk in de vaten van de hersenen. In het dagelijks taalgebruik heet een CVA een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct.

BRONVERMELDING:

De draad vasthouden: de eigen identiteit na opname in het somatisch verpleeghuis
Dr.H.W.Nell
Spruyt, Van Mantgem &De Does bv. Leiden.1988

Leven in tehuizen: een leven waard?
Joost Naafs
Van Loghum Slaterus 1987

Gezond zijn is Ouder worden
J.J.F.Schroots, A.Bouma, G.P.A.Braam e.a.
Van Gorcum, Assen/Maastricht 1989

Ouder worden: een eigen verantwoordelijkheid
J. Munnichs en H, Nies(red.)
Ambo 1985

'Reminiscentie'
'een handleiding voor de praktijk'
Huub Buijssen en Karin Poppelaars.
Intro, Baarn.

Artikel Zinvol hulpverlenen en begeleiden
Han Banning
Tijdschrift Geron
Jaargang 6(2004) nr. 1
Uitgeverij H. Nelissen 2001

Totale instituties, Keur der sociologie,
E. Goffman. Universitaire Pers Rotterdam
Nijgh & Van Ditmar Educatief, 1983

Tussen de regels door….
Brieven uit het verpleeghuis
René Denise, Henk Niels
Uitgeverij NZi

Van oude mensen, vroeger en nu
Cahier Ouderdom en Levensloop 24
Cora van der Kooij
Van Loghum Slaterus 1987

Maatschappelijk werk en de zorg voor ouderen
Betsy Ledbetter Hancock
Van Gorcum, Assen 1994

Eenzaamheid en zingeving bij ouderen
Een hulpmiddel voor zorgverleners
Myriam Steemers-van Winkoop
Uitgeverij Intro, Baarn 1996

Ik mag niet klagen
Klagen in een verpleeghuis een kwalitatief onderzoek
Jenneke van Veen 1993
Doctoraalscriptie
Universiteit Utrecht Faculteit Sociale Wetenschappen

Eigen leven
Omgaan met autonomie en afhankelijkheid van verpleeghuisbewoners
NVVz 1996

Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief.
Artikel uit: Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw (pp. 241-268).
Leuven: Universitaire Pers Leuven.
Leijssen, M. 2004

Artikel: Zinbeleving bij bejaarden
1986 Vré, de L.
Tijdschrift Verpleegkunde nr 2

Bijlage 1

A.Stemmingsgerelateerde kenmerken

1. Angst — a 0 1 2
   angstige uitdrukking, peinzend, zorgelijk
2. Verdrietig — a 0 1 2
   verdrietige gezichtsuitdrukking, verdrietige stem, huilerig
3. Reageert niet op plezierige gebeurtenis — a 0 1 2
4. Prikkelbaarheid — a 0 1 2
   gauw kwaad, slecht gehumeurd

B. Gedragsstoornissen

5. Agitatie — a 0 1 2
   rusteloos, handenwringen, haarplukken
6. Vertraging — a 0 1 2
   trage bewegingen, langzame spraak, trage reacties
7. Meervoudige lichamelijke klachten — a 0 1 2
   (scoor 0, indien alleen maag/darmklachten)
8. Interesseverlies — a 0 1 2
   t.a.v. gebruikelijke activiteiten
   (scoor alleen indien er een plotselinge veranderiing is
   opgetreden i.e. binnen een periode van 1 maand)

C. Lichamelijke kenmerken

9. Vermindering van eetlust — a 0 1 2
   eet minder dan gewoonlijk
10. Gewichtsverlies — a 0 1 2
    (scoor 2 indien meer dan 2 kilo in 1 maand)
11. Gebrek aan energie — a 0 1 2
    Gauw moe, niet in staat activiteiten vol te houden
    (scoor alleen indien er een plotselinge verandering
    is opgetreden i.e. binnen een periode van 1 maand)

D. Cyclische functies

12. Dagelijkse stemmingsschommelingen — a 0 1 2
    's morgens meer symptomen
13. Moeite met inslapen — a 0 1 2
    later dan gewoonlijk voor deze persoon
14. Wordt 's nachts meerder malen wakker — a 0 1 2
15. Wordt 's morgens vroeg wakker — a 0 1 2
    vroeger dan gewoonlijk voor deze persoon

E. Stoornissen in de gedachteninhoud

16. Suicide gedachten — a 0 1 2
    vindt het leven niet de moeite waard, heeft doodswensen of
    doet een poging tot zelfmoord
17. Lage zelfwaardering — a 0 1 2
    zelfverwijten, minacht zichzelf, gevoel te falen
18. Pessimisme — a 0 1 2
    verwacht het ergste
19. Wanen die overeenstemmen met de stemming — a 0 1 2
    wanen m.b.t. armoe, ziekte, verlies

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA

(nederlandse vertaling: R.M. Droes, Vakgroep psychiatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1993)

Scoringssysteem
a = niet te beoordelen
0 = afwezig
1 = licht of wisselen aanwezig
2 = ernstig

De beoordelingen zijn gebaseerd op symptomen en kenmerken zoals waargenomen in de voorafgaande week.
Er dient geen score te worden gegeven wanneer symptomen het resultaat zijn van lichamelijke beperkingen of ziekte.

Geen stoornis	4,7	< 8
Milde depressie	7,7	> 8
Matige depressie	12,6	< 12
Ernstige depressie	21,8	> 22

Bijlage 2

1.Tevreden	**0 tevreden** **1 het gaat wel zo** **2 ontevreden**
2.Slapen	**0 goed** **1 niet zo goed** **2 slecht**
3. Eten	**0 goede eetlust** **1 niet zo goede eetlust** **2 slechte eetlust**
4. Gezond	**0 voelt zich gezond** **1 niet zo gezond** **2 voelt zich ziek**
5. Moe	**0 nooit moe** **1 wel eens of vlug moe** **2 steeds vermoeid**
6. Oud	**0 voelt zich nog niet oud** **1 voelt zich toch wel oud** **2 voelt zich erg oud**
7. Eenzaam	**0 nooit of zelden eenzaam** **1 soms wel eenzaam** **2 voelt zich dikwijls eenzaam**
8. Vrienden	**0 enkele of veel vrienden/ kennissen** **1 wel wat aanspraak** **2 geen vrienden of kennissen**

9. Bezoek	**0 tevreden met bezoek, komt genoeg** **1 meer bezoek zou prettig zijn** **2 ontevreden over bezoek**
10.Somber	**0 nooit of zelden** **1 soms** **2 dikwijls**
11.Verveling	**0 verveelt zich zelden of nooit** **1 soms** **2 dikwijls**
12.Opgewekt	**0 meestal opgewekt** **1 niet zo erg opgewekt** **2 meestal niet of weinig opgewekt**
13.Hulpeloos	**0 voelt zich niet hulpeloos** **1 voelt zich soms wel hulpeloos** **2 voelt zich dikwijls hulpeloos**
14.Zwak	**0 voelt zich niet zwak** **1 voelt zich soms zwak, of vrij zwak** **2 voelt zich zwak**
15.Toekomst/ Levensverwachting	**0 verwacht nog wel wat van het leven** **1 ziet er niet zo veel meer in** **2 ziet er niets of heel weinig in**
Omcirkel het juiste antwoord	**Totaalscore……..**

Depressiviteitslijst (Cahn 1983, Poot 1982)

Bijlage 3

De " plezierige activiteitenlijst" voor ouderen	**Vroeger**	**Nu**
	En hoe vindt u dat?	
• In de buitenlucht zijn		
• Plannen maken voor een uitstapje of vakantie		
• Iets voor jezelf kopen		
• Op het strand zijn		
• Verhalen, romans, gedichten of toneelstukken lezen		
• Televisie kijken		
• Aan iets goeds in de toekomst denken		
• Lachen		
• Een puzzel, kruiswoordraadsel enz. oplossen		
• Een douche of bad nemen		
• Dieren om je heen hebben		
• Een openhartig gesprek voeren		
• Een licht hapje klaarmaken		
• Door iemand geholpen worden		
• Vrijetijdskleding dragen		
• Een persoonlijk probleem oplossen		
• Bij je kleinkinderen zijn		
• In de zon zitten		
• Tuinieren		
• Nieuwe kleren dragen		
• Dat het je familie of vrienden goed gaat		
• Naar geluiden van de natuur luisteren		
• Naar de radio luisteren		
• Vrienden ontvangen		
• Post ontvangen		
• Naar de wolken, de lucht of een storm kijken		
• Een uitstapje maken (naar het park, picknicken, barbecuen enz.)		
• Iets voor je gezin kopen		
• Iemand helpen		
• In het bos wandelen		
• Grapjes horen		
• Over je kleinkinderen praten		
• Kijken naar mooie landschappen		
• Lekker eten		
• Je werk goed doen		
• Iemand prijzen of een compliment maken		
• Aan mensen denken die je aardig vindt		
• Telefoneren		

	Vroeger	Nu
	En hoe vindt u dat?	
• De aanwezigheid van god in je leven hebben		
• Een plan op je eigen manier uitvoeren		
• Karweitjes om het huis doen		
• Horen dat je nodig bent		
• Een familie-reunie of –bijeenkomst bijwonen		
• Een feestje geven of bijeenkomst organiseren		
• Naar een restaurant gaan		
• Bloemen en planten zien en ruiken		
• Uitgenodigd worden		
• Eau de cologne, parfum of aftershave gebruiken		
• Iemand hebben die het met je eens is		
• Herinneringen ophalen, praten over vroeger		
• ‘s Morgens vroeg opstaan		
• Jezelf rustig en tevreden voelen		
• Vrienden bezoeken		
• Bidden		
• Anderen een plezier doen		
• Ontspannen		
• Om hulp of advies gevraagd worden		
• ’s Nachts goed slapen		
• De krant lezen		
• Naar muziek luisteren		
• Bezoek hebben		
• In gezelschap zijn van iemand van wie je houdt		
• Tijdschriften lezen		
• Winkelen		
• Naar andere mensen kijken		
• Met succes een karwei opknappen		
• In gezelschap van gelukkige mensen zijn		
• Naar andere mensen glimlachen		
• Met je partner samen zijn		
• Mensen tonen belangstelling voor wat je hebt gezegd		
• Iemand zeggen dat je van hem/haar houdt		
• Koffie, thee enz. drinken met vrienden		
• Een wandeling maken		
• Een compliment krijgen of horen dat je iets goed gedaan hebt		
• Iemand zegt dat hij/zij van je houdt		
• Een tussendoortje eten		
• Trots zijn op hetgeen je familie of vrienden doen		
• Bij je kinderen zijn		
• Geld ontvangen		

	Vroeger	Nu
	En hoe vindt u dat?	
• Een wedstrijd winnen		
• Nieuwe vrienden maken		
• Oude vrienden ontmoeten		
• Reizen		
• Naar de sterren of maan kijken		

Bron: P. Cuijpers en M Salden, 1996

Bijlage 4

Verslag bijeenkomsten De Rode Draad

Bijeenkomst 1: Kennismaking

Op 25 januari 2005 kon gestart worden met de 1e gespreksbijeenkomst van "De Rode Draad".
De groep bestond uit 5 mannen (3 van één afdeling en 2 van een andere afdeling) en 2 vrouwen.(van beide afdelingen één). De kandidaten kregen iedere week een schriftelijke uitnodigingmet daarop een aantal vragen over het onderwerp waar zij alvast over na konden denken.
In deze 1e bijeenkomst stelde ik mezelf en de begeleidster Ineke Slinger voor en legde ik de opzet van de bijeenkomsten uit : dat we elke week met een opvolgend thema werken.

Bijeenkomst 2: Geboren en getogen…. en herinneringen aan de lagere schooltijd…

Voor 13.30 u is de groep al compleet, op één deelnemer na die met ontslag naar huis is gegaan en starten we met een kopje thee/koffie met sinaasappelchocolaatjes, kaneelkussentjes en marsepein. Ik heb hyacinthen op tafel gezet en boeken meegenomen uit de tijd dat de kandidaten de lagere school leeftijd hadden. Dit alles om de kandidaten te prikkelen (triggers) en te helpen met herkenning van vroeger. Meneer Bauer zegt uit zichzelf dat mevrouw Koek nog e.e.a. moet vertellen over zichzelf omdat ze vandaag voor het eerst is. Dat doet ze: ze komt uit een groot gezin(10 kinderen) en haar ouders hadden een kruidenierswinkel waar mensen ook wel op de pof kochten. Het was een heel gezellig gezin zo met z'n allen.
Ik laat het boek zien van Rie Cramer met: "A is een aapje, dat eet uit zijn poot" en vraag of men op die manier heeft leren lezen. Ze hebben bijna allemaal via het leesplankje "aap, noot, mies.." leren lezen en meneer de Groot zegt het hele rijtje vlot op en lijkt er trots op te zijn dat hij dat allemaal nog zo kan opdreunen. Er is duidelijk herkenning bij de andere deelnemers, mevrouw Koek zit te stralen en zegt dat ze het zo gezellig vindt. Hieruit blijkt al dat het ophalen van leuke herinneringen een gevoel van welbevinden en een "wij"-gevoel teweeg kan brengen.
De jeugd blijkt voor iedereen een hele prettige, gelukkige periode geweest. Het speelde zich nog voor de 2e wereldoorlog af. Sommigen komen uit een groot gezin, anderen hadden maar één broer of zus. De mannen hebben vroeger als jongen veel buiten op straat gespeeld:

Meneer van Zevenem glundert en vertelt ook herhaaldelijk wat een enige jeugd hij heeft gehad en dat die herinneringen zo ontzettend belangrijk voor hem zijn. Hij vertelt met blosjes op zijn wangen over de kwajongensstreken die hij en zijn vriendjes uithaalden en geniet daar zichtbaar van.

De dames moesten als meisje binnenblijven, het was niet netjes om buiten te spelen. Ze speelden thuis mens-erger-je-niet, sjoelen of hielpen in het huishouden

Mevrouw Pietersen vertelt dat ze n.a.v. de uitnodiging voor de 2e bijeenkomst "de hele week op school heeft gezeten" en dat heel leuk heeft gevonden.

De kinderen gingen lopend naar school:

" Toen werd je nog niet met de auto gebracht, want die hadden we niet!Da's tegenwoordig wel anders!".

De deelnemers praten met elkaar over het feit dat de jeugd van tegenwoordig in hun ogen verwend wordt en ze zijn het met elkaar eens dat hun tijd zo slecht nog niet was. Leuk om te zien dat er al zo snel communicatie tussen de deelnemers is en dat men luistert naar elkaar!
De meesters of juffen waren wel streng, maar ondanks dat was het toch een leuke tijd met tollen en hinkelen. 2 mannen vertellen vroeger als jongen ook regelmatig naar het buurthuis te zijn geweest voor toneel of knutselen.
Op vakantie ging niemand in die tijd, wel af en toe een dagje met de familie naar het strand of zoals meneer Bauer verteld:

" Met het hele gezin vanuit Den Haag lopend naar Delft, waar een oom woonde waar we gingen kaarten"

Men had over het algemeen niet de luxe die mensen nu hebben, maar het was gezellig.

" *Televisie was er nog niet en je vermaakte je met je vriendjes/vriendinnetjes of broertjes/zusjes"*

Alle deelnemers zijn het met elkaar eens dat de kindertijd toch de leukste tijd was en dat ze daar graag en regelmatig aan terugdenken.

Mevrouw Koek:" Gezellig met z'n allen (ze komt uit een gezin met 10 kinderen) aan tafel eten"

Uit deze bijeenkomst is te concluderen dat het belangrijk is om dingen "samen" te doen: dat vonden de deelnemers vroeger namelijk heel prettig: samen met je broers of zussen naar school lopen, met het hele gezin aan tafel. Dat was gezellig! Dit zou kunnen betekenen dat een groepsgevoel een gevoel van welbehagen kan geven en dus een gevoel van zingeving. Je hoort bij elkaar! Wanneer ik dit kortsluit aan het eind van deze bijeenkomst zijn de deelnemers dit met me eens! Je voelt je niet alleen!

Bijeenkomst 3: Middelbare schooltijd en 2e Wereldoorlog:

Meneer van Zevenem is bij deze bijeenkomst niet aanwezig omdat hij opnieuw een herseninfarct heeft doorgemaakt en niet in staat is goed te praten.
I.v.m. het onderwerp "de oorlogstijd" heb ik lange vingers meegenomen als snoeperij vanwege het sobere karakter van die tijd. Verder heb ik een jaargang van De Katholieke Illustratie en van de Libelle van 1940/41 meegenomen om in te laten kijken.
De 2 dames heb ik bewust naast elkaar gezet en deze gingen met elkaar kletsen. Ze waren blij elkaar weer te zien: dit is een van de doelstellingen van het formeren van een groep: men moet het op prijs stellen elkaar te ontmoeten en gedachten met elkaar uit te wisselen zodat er een band ontstaat. Bij deze dames lijkt dat goed te lukken ook al wonen ze niet bij elkaar op de afdeling.

Was men wel naar de middelbare school gegaan? De dames niet omdat deze thuis moesten zijn voor het huishouden of uit werken moesten.

> *Mw. Koek ging al op 13 jarige leeftijd in een stomerij werken, wat eigenlijk nog niet mocht op die leeftijd.*

Bovendien was het de tijd van 2e Wereldoorlog en waren veel scholen gesloten.
Meneer Bauer vertelde als jongen te zijn gaan werken in een tuinderij in Kwintsheul.
Al vlot kwamen de verhalen los en vooral meneer de Zwart, die de vorige keren niet veel te vertellen had, zat vandaag op de praatstoel en wist veel verhalen te vertellen uit de oorlog. Hij lijkt zich op zijn gemak te voelen in de groep. Op de afdeling is hij erg gesloten en maakt hij geen contact met andere bewoners. Hij lijkt plezier te beleven aan de groep en de deelnemers en het feit dat zijn stem wordt gehoord.
De dames hadden duidelijk steun aan elkaar en het leek of de hele groep beter naar elkaar luisterde. Of dit te maken heeft met het onderwerp en een periode die toch veel indruk bij de mensen heeft gemaakt is moeilijk te concluderen, maar het is duidelijk dat (vooral de mannen) hier veel over kwijt willen. Meneer

Bauer had, ondanks dat hij vorige week had aangekondigd niet te willen praten over de oorlog, heel wat anekdotes die vrolijk of verdrietig waren waarbij hij toegaf bij de verdrietige herinneringen weer emotioneel te worden (wat ook gebeurde). Ik was enigszins blij dat zijn ontlading kwam, want dat gaf mij een bevestiging dat meneer zich niet schaamde voor zijn emoties in deze groep. Jammer genoeg werkten de gehoorapparaten van meneer na ongeveer een half uur niet meer waardoor hij "wegzakte"en niet meer leek mee te doen. Het was onmogelijk hem erbij te betrekken omdat ondanks flinke stemverheffing hij niet leek te verstaan wat ik zei en dus helemaal niet kon verstaan wat de anderen te vertellen hadden. Meneer de Groot vertelde wat over zijn tijd bij de marine en op de vraag wat zijn mooiste herinnering uit die tijd was vertelde hij dat hij het heel bijzonder had gevonden om vanaf de boot in de oceaan te springen en daarin te zwemmen terwijl iemand op de boot de haaien in de gaten hield en deze wegschoot (uit de buurt hield).
Over de honger in de oorlog: meneer de Groot vertelde:

> *" Mijn vader was directeur van de suikerfabriek en dus goede waar had om te ruilen waardoor we geen honger hebben geleden"*

Mevrouw Koek vertelde dat haar broer en vader bij een bakker werkten en dus wat konden meenemen. Meneer de Zwart herinnerde dat het gezin een Gestapo als buurman had gehad die hun gezin regelmatig wat toeschoof (er waren ook wel goede Duitsers!) en meneer Bauer herinnerde zich dat zijn vader een volkstuin had waar het gezin e.e.a. van kon eten.
Hij vertelde ook met een bakfiets met zijn vader helemaal naar Groningen te zijn geweest om daar eten te halen. Bij die tocht zagen ze onderweg een groentenkistje aan de kant van de weg waarin een doodgevroren kindje lag (hij schiet vol)
Over de bevrijding: Meneer de Zwart kon zich nog goed herinneren dat er voedselpakketten werden gedropt op het strand, maar dat deze terechtkwamen op een mijnenveld. Zijn vrienden en hij bedachten diverse trucs om ongedeerd aan die pakketten te komen waarin volgens zijn zeggen heerlijk brood zat wat naar cake smaakte, maar wat wel heel licht was! Meneer de Zwart en meneer de Groot herkenden bij elkaar de verhalen over de radio uit die tijd die bestond uit een soort spiralen die je met de hand op de gewenste zender kon zetten. Bij meneer de Zwart thuis was de radio zo gecamoufleerd dat het op een schemerlamp leek.

> *" Die moffen hadden ze zo voor de gek gehouden!!"*

Het was leuk om te ontdekken dat bovengenoemde heren elkaar vonden in hun oorlogsverhalen en ik moest ze op een gegeven moment afkappen omdat ze door bleven vertellen aan elkaar!

Deze bijeenkomst ging snel voorbij en men vond het zichtbaar gezellig. Ik heb dat ook gevraagd en dat beaamden de kandidaten. Ze vertelden bang te zijn geweest voor het onderwerp, maar waren blij dat iedereen zo open en eerlijk vertelde wat ze hadden meegemaakt. Niemand had zich geschaamd voor zijn emoties.
Ik heb meneer de Groot gecomplimenteerd voor zijn bijdrage omdat ik wist dat hij vanmorgen nogal lang in het ziekenhuis was geweest. Hij vertelde dat de specialist hem een nog slechtere prognose had gegeven en hij leek zich daarbij neer te leggen. Hij heeft als reactiepatroon zich neer te leggen bij de situatie en wacht af wat er komen gaat. Meneer heeft duidelijk zingevingproblemen: dit heeft ook te maken met de rol die hij als marineman heeft gehad. De man die hij nu is, is in zijn ogen niet meer de moeite waard: hij had thuis altijd de touwtjes in handen, was voorzitter van een voetbalclub, etc.

Mevrouw Koek haakte hierop in door te zeggen hoe erg ze het voor hem vond en dat het ook heel was dat zij te horen had gekregen nooit meer te kunnen lopen. Ik heb proberen uit te leggen dat dat de reden is waarom deze gespreksgroep in het leven is geroepen: om met elkaar te praten over de leuke (maar ook minder leuke) herinneringen die met het leven voor het verpleeghuis te maken hebben om daar energie uit te putten! We praten hier nog wat over door en de deelnemers zeggen wel te merken dat het opnieuw beleven van deze herinneringen hen, ondanks de situatie waarin ze nu verkeren, energie geeft.

> *Mevrouw Pietersen: "Dat het nu misschien soms niet zo leuk is en dat je in een rolstoel moet zitten is verschrikkelijk, maar die herinneringen maken je wel weer een beetje blij en dan weet je weer dat je het toch ook heel leuk hebt gehad!"*

De echtgenote van meneer de Groot die hem dagelijks opzoekt en iedere middag met hem in de recreatiezaal zit ,vertelt luidruchtig aan iedereen die in de buurt zit (terwijl haar man erbij zit):

> *"Nee, voor hem hoeft het niet meer hoor! Dit is toch geen leven?Dit is toch niets meer? Hij heeft kanker en zit te wachten tot het is afgelopen! Ik kom iedere dag, want je kan toch niet anders?"*

Andere bezoekers die dan bij het echtpaar in de buurt zitten zie je geschokt reageren. Ik heb daar zelf ook moeite mee: dat zeg je toch niet? denk ik dan! Op deze manier haal je deze man toch helemaal naar beneden? Hoe is het mogelijk dat je zo'n ziek iemand voor schut zet? Wellicht is het voor de echtgenote een manier om ermee om te gaan maar toch…….)

Meneer de Zwart zei me op weg terug naar de afdeling het leuk te hebben gevonden en dat hij nog veel meer te vertellen had! Ik ben blij dat deze man opfleurt door de gespreksgroep: hij is op de afdeling een gesloten man, wijst alle contact af en moppert veel over zijn situatie en wil alleen maar terug naar huis! Mijn doel lijkt wat hem betreft bereikt te worden: deelname aan een gespreksgroep zorgt bij hem voor een beter welbevinden.

Bijeenkomst 4: Op eigen benen gaan staan

Meneer Bauer is er deze keer niet bij omdat hij een dagje uit heeft met de afdeling.
Meneer van Zevenem zit op de afdeling klaar met zijn mapje. Ik ben blij dat hij er toch weer bij kan en wil zijn. Hij is duidelijk gemotiveerd om weer mee te doen en lijkt zich niet te schamen voor zijn handicaps (hij kwijlt af en toe en praat wat trager dan voorheen) Hij heeft zelfs zijn identiteitsbewijs uit de oorlog bij zich!
Het onderwerp van deze week is: op jezelf gaan wonen.
De dames vonden hun mooiste herinnering hun trouwdag. Mevrouw Koek vertelde met de tram naar het stadhuis te zijn gegaan en mevrouw Pietersen trouwde in een auto die was gehuurd door een vriend.
Bijna alle deelnemers vertellen na hun trouwen in te zijn gaan wonen (vlak na de oorlog waren er weinig woningen beschikbaar) Mevrouw Koek herinnert zich voor 7 gulden per maand op een 2 kamerappartement te zijn gaan wonen met man en kind en dat "ze" elke maand kwamen controleren of ze de boel wel netjes hield. Meneer van Zevenem vertelt emotioneel over het warme gezellige gezin waar hij uit komt en over zijn fantastische echtgenote. Hij is zichtbaar tevreden en gelukkig met dit gevoel! Hij haalt ondanks zijn lichamelijke problemen nog energie uit het feit dat zijn echtgenote iedere dag op bezoek komt.
Meneer de Groot vertelt, (na 5 jaar te hebben ingewoond bij zijn schoonouders en het meer dan zat was):

> *" Ik ging bij de ambtenaar van volkshuisvesting langs met de boodschap: als u nu geen woning voor mij heeft snij ik de strot van mijn vrouw door!"*

Toen kreeg hij nog dezelfde week een woning aangeboden waar hij en zijn echtgenote nog steeds wonen. Dit geeft goed weer hoe meneer vroeger de touwtjes in handen had. Hij is daar nu nog trots op en dit illustreert opnieuw hoe hij zijn huidige situatie moet ervaren: dit soort dreigementen of beslissingen kan hij nu niet meer nemen: daarom hoeft het van hem niet meer. Dit leven is niet een leven wat bij zijn karakter past waardoor hij problemen heeft met de zin van het leven! Zijn zekerheden haalde hij uit zijn optreden.

Meneer de Zwart vertelt na de oorlog in Duitsland te zijn gaan wonen omdat hij met een Duitse vrouw trouwde. Hij is daar diverse keren verhuisd en heeft verschillende banen gehad zoals o.a. chauffeur: er moest toch geld op de plank komen!
Mevrouw Pietersen is de enige van het gezelschap die geen kinderen heeft gekregen. In het begin vond zij dit jammer, maar het had ook zo zijn voordelen (zij kon bv. blijven werken en daardoor hadden zij en haar man het goed) Zij woonde met haar man in 1e instantie in een kamer met kabinet wat vooral in de hete zomer van 1947 erg warm was.

> " *Ik werkte bij een mevrouw. Een hele lieve dame. Ja, daar heb ik het heel goed bij gehad!"*

Vakanties: meneer de Groot ging al (toen nog niet veel mensen zich dit konden veroorloven) met vrouw en kinderen kamperen (met de auto) in Spanje en Portugal. Meneer de Zwart ging meestal op vakantie naar familie van zijn vrouw in Oostenrijk. Meneer van Zevenem ging met het gezin niet weg op vakantie. Mevrouw Pietersen ging meestal bij vrienden/kennissen in het land logeren en mevrouw Koek vertelt vol vuur hoe leuk het was om te kamperen.

> *"We hadden een motor met zijspan (mijn man zat bij de politie): 2 dochters gingen in het zijspan, man voorop de motor, zoon daarachter en ik helemaal achterop. Leuk joh! "*

Op de vraag hoe het dan met de bagage ging vertelde ze dat die door van Gent en Loos werden gebracht. Soms huurden ze ook een tent die klaar stond.

Mevrouw Koek kan zich ook nog herinneren dat ze een wasmachine kreeg :

> *"Ik weet nog dat ik dacht: zo , nu kan ik lekker gaan zitten en hoef ik niets meer te doen! Dat was natuurlijk niet zo, want er was genoeg te doen in het huishouden. Maar wat kon ik van die luxe genieten!"*

Deze bijeenkomst verliep opnieuw heel gezellig. De heren (vooral meneer de Zwart) moeten deze keer wel aangespoord worden om wat te vertellen en lijken niet echt te luisteren naar anderen. Meneer de Groot vertelt wel met trots dat hij al vroeg een auto had: hij had een goede baan en kon zich dat dus veroorloven. Ik begin bij hem steeds meer te begrijpen hoe moeilijk het voor hem moet zijn om nu overgeleverd te moeten zijn aan anderen en hoe moeilijk het voor hem moet zijn om hier een gevoel van welbevinden uit te kunnen halen.

5e bijeenkomst: het leven na de pensionering en de jaren voorafgaande aan de opname.

Om 13.30 u worden de kandidaten van een afdeling door de verzorging gebracht met de opmerking: veel plezier!
Om 13.40 u is er nog niemand van de andere afdeling gearriveerd en ik ga naar de afdeling. Meneer de Groot blijkt in bed te liggen (te ziek), meneer Bauer wil ook niet gaan omdat hij zich helemaal niet lekker voelt en zelf zegt dat hij dan niet goed kan reageren op anderen, maar mevrouw Koek fleurt helemaal op wanneer ze mij ziet en zei dat ze bang was dat ik haar vergeten was!

Meneer van Zevenem heeft foto's meegebracht van zijn volkstuin en van het "overwinteren"van zijn vrouw en hem in Algarve. De foto's gaan rond en de dames zeggen ah, en goh, wat leuk zeg!!! Ik vind het heel leuk dat hij (en zijn vrouw) de moeite hebben genomen om foto's uit te zoeken. Dit geeft mij het gevoel dat meneer de groep waardeert en een steentje bij wil dragen.
Ik heb voor iedereen via internet (gemeente archief Den Haag) een foto uitgeprint van de straat waar men in woonde of de school. Men waardeert dit zeer en er is duidelijk herkenning van: o ja zeg, en daar op de hoek was……(bv. een brandweerkazerne in het geval van meneer de Zwart)

Het onderwerp "pensioen" blijkt toch eigenlijk alleen op de 2 heren die aanwezig zijn van toepassing te zijn: de vrouwen werkten niet uit huis en hebben dit niet bewust meegemaakt.

> "*Ach, als vrouw ging het werk gewoon door toch? Het huishouden kan niet met pensioen!`"*

Meneer van Zevenem vertelt op zijn 58e te zijn afgekeurd (hij werkte in de bouw) en is toen samen met zijn vrouw gaan genieten van de volkstuin en het overwinteren. Hij vond het heerlijk, kluste wel wat bij (*Niet tegen een vergoeding hoor! Gewoon alleen om iemand te helpen!)* en genoot van zijn vrije tijd.
Over de jaren voorafgaande aan de opname vertelde mevrouw Pietersen dat ze heel veel fietste totdat dat niet meer kon. Zij heeft voor haar opname in het verpleeghuis ook nog een paar maanden in een verzorgingshuis gewoond en daar had ze het naar haar zin. Ze had haar eigen spulletjes en haar eigen kamer en hier heeft ze dat allemaal niet meer wat ze jammer vindt. Mevrouw Koek vertelt voor haar opname nogal hulpbehoevend thuis te hebben gezeten, maar was heel blij met haar gezellige thuishulp.
Meneer van Zevenem vertelt met veel hulp van zijn vrouw thuis te hebben gewoond, totdat het zo slecht met hem ging dat zij het niet meer aankon.

Meneer de Zwart kan niet duidelijk vertellen hoe zijn leven er voor opname uitzag. Hij lijkt toch regelmatig niet adequaat te reageren op de vraag.
Iedereen vertelt het vooral na het pensioen financieel goed te hebben gehad.
Mevrouw Koek vertelt vol vuur dat haar man zo handig was: wanneer zij iets zag wat ze mooi vond, maakte hij het voor haar (bv. een bankstel of een kastje)
Meneer van Zevenem glundert opnieuw en vertelt ook herhaaldelijk wat een enige jeugd hij heeft gehad en dat die herinneringen zo ontzettend belangrijk voor hem zijn. Hij vertelt met blosjes op zijn wangen over de kwajongensstreken die hij en zijn vriendjes uithaalden en geniet daar zichtbaar van. Ook de andere kandidaten moeten erom grinniken. Het doet me goed te merken dat de deelnemers zich thuis voelen bij elkaar en dat de verhalen herkenning oproepen.
De slagroomsoesjes die ik bij de thee serveerde gingen er gretig in.
De tijd vloog voorbij en iedereen kwam voldoende aan bod om zijn herinneringen te vertellen en te delen. Het lijkt of de lasten van de bewoners tijdens de bijeenkomsten van ze afvallen: men voelt zich op zijn/haar gemak en is even van de afdeling af: even in een andere omgeving en dan praten over wat je hebt meegemaakt, maar ook wat je bezighoudt!
Men zei ook dat het zo leuk was dat er vanzelf herinneringen boven komen als je anderen hoort vertellen: herinneringen die je eigenlijk al weer bijna vergeten was.
Ik vertel aan het eind van de bijeenkomst dat het onderwerp van de volgende week zal zijn: nu, en de toekomst.
Mevrouw Pietersen zegt meteen: oei, da's wel moeilijk hoor!
Mevrouw Koek wil meteen gaan vertellen hoe zij zich nu voelt:

> *"Ik kan nooit meer lopen en dat moet ik accepteren, maar leuk is het niet als ik eraan denk dat het NOOIT is! "*

Ik breng de beide heren eerst naar hun afdeling. De dames blijven nog wat plakken; zeggen nogmaals dat ze het zo gezellig vinden. Ik vraag wat ze van het eten vinden in het verpleeghuis en wat ze wat ze nou eens een keer heel graag zouden willen eten: ze zeggen allebei:

> "*Boerenkool met spekjes en worst zoals we dat vroeger aten! Of: gare boontjes, gare aardappels, want alles is hier te hard!"*

6e bijeenkomst: Nu? En Straks?

Meneer de Groot is deze week overleden. Meneer Bauer is opnieuw mee met een afdelingsuitje. Mevrouw Koek zou ook met dit uitje meegaan, maar heeft gekozen voor "De Rode Draad" omdat ze daar zo van geniet.

“Ik ga veel liever hiernaartoe. Zo’n uitje komt wel vaker en “ bovendien zit je dan met mensen die je niet zo goed kent als deze!”

Meneer van Zevenem heeft jammer genoeg opnieuw een ernstig herseninfarct doorgemaakt en kan niet(meer) komen.
We zijn dus maar met 3 personen.(meneer de Zwart, mevrouw Pietersen en mevrouw Koek) Ineke Slinger(de begeleidster) heeft zeebanket meegenomen. Mevrouw Koek zegt : “wat een verwennerij toch! ” en zegt ook zo graag wat mee te willen nemen. Ineke zegt dat het feit dat mevrouw een uitje heeft afgeslagen omdat zij liever naar “De Rode Draad” ging voor ons veel waardevoller is dan iets lekkers bij de koffie!
Op de mededeling dat meneer de Groot is overleden zijn de dames licht geschokt, maar mevrouw Pietersen zegt wel dat dat wel iets was wat hij graag zelf wilde:

“Dood gaan, was het enige wat hij in zijn hoofd had. Het is maar beter voor hem!”

Het verbaast mij dat de deelnemers er niet meer over willen praten: het lijkt of ze zich neerleggen bij het feit dat mensen in hun omgeving overlijden.

Mevrouw Pietersen:”Laatst kwam een zuster naar me toe en die zei dat ze het vervelend vond om langs een kamer te moeten lopen waar net iemand was overleden. Ik zei: Kind, daar zul je toch aan moeten wennen”: je werkt in een verpleeghuis! Anders moet je maar bij Albert Heyn gaan werken als je daar niet tegen kunt!

Mevrouw Pietersen lijkt overlijden en achteruitgang min of meer te accepteren omdat het hoort bij een verpleeghuis.

Op de mededeling dat meneer van Zevenem niet komt omdat hij nog te slecht is beaamt meneer de Zwart dit: meneer van Zevenem was tot vorige week zijn kamergenoot: hij weet dat het slecht met hem gaat (verder kan/wil hij hier niets over zeggen: hij reageert niet op mijn vraag; “hoe vindt u dat?”)

Ik begin bij meneer de Zwart en vraag of hij na heeft gedacht over de vragen die in de uitnodiging stonden: *Er zullen een aantal zaken zijn die u heel vervelend vindt. Probeert u om hierover te praten en om hier verandering in te brengen als dat mogelijk is?* Hij wordt emotioneel en moet huilen: zegt nergens op de afdeling aansluiting te vinden, niet geaccepteerd te worden en dat de mensen om hem heen tegen hem samenspannen. Hij geeft verwarde antwoorden op mijn vraag om wat specifieker te zijn: wat gebeurt er dan wat hij zo vervelend vindt?

Hij heeft zijn zoon de hele week nog niet gezien. Ik kan er moeilijk achter komen of zijn verdriet bij nu past, of dat het gaat om onverwerkte gevoelens die speelden omdat hij vlak na de oorlog met een Duitse vrouw getrouwd was.Meneer lijkt niet te begrijpen over welke tijdsperiode hij spreekt.
Wat mist u hier? Meneer de Zwart:

> "*Gezelligheid! Aardige mensen om je heen. Met anderen lekker slap kletsen en lachen met elkaar om bv. een leuke mop. Als je hier met mensen praat hebben ze het alleen maar over hun ziekten en kwalen, daar heb je toch niets aan, dat is toch helemaal niet leuk om over te praten!!*"

Dit beamen de dames ook. Lekkere dingen eten zoals bv. pannenkoeken. Meneer de Zwart is vorige week met een paar andere bewoners naar ADO geweest voor een thuiswedstrijd. Hij zegt dit heel leuk te hebben gevonden en zou dit graag vaker willen doen. Maar dat zijn maar de kleine dingen: hij mist aansluiting met anderen en dat lukt niet omdat hij het gevoel heeft dat niemand hem mag. Hij hoopt nog steeds op een revalidatie waarna hij weer naar zijn huis kan. Hij loopt nu al een beetje met de rollator, dus meneer ziet nog wel de mogelijkheid om naar huis te kunnen. Meneer lijkt zijn opname niet te accepteren(reactiepatroon ik neem het niet!).
De dames vertellen een aantal zaken die ze hier vervelend vinden en hoe ze hiermee om gaan: mevrouw Koek vertelt het niet leuk te vinden dat verzorgenden ervan uit gaan dat zij het goed vindt dat ze iets lekkers van haar mogen nemen (bv. snoep of fruit) Ze zegt dit wel raar te vinden, maar zegt ook geen nee te kunnen zeggen. De volgende keer heeft ze deze zaken niet meer op, maar in haar nachtkastje gelegd. (Reactiepatroon voor wat hoort wat: ze past zich aan, wil vriendelijk gevonden worden, wil niet zeuren en zegt dan maar niets)

Mevrouw Koek zegt:

> *"Het is niet leuk als je bij een televisie zit die aanstaat en als anderen in die kamer niet kijken en kletsen kan ik niet volgen wat er gezegd wordt op de televisie. Ach, vaak ga ik dan maar naar bed "*

In de huiskamer merkt ze dat er mensen zijn die zoveel klagen over bv. het eten: ze vindt dat jammer, want je moet ervan maken wat mogelijk is en als je de hele dag moppert wordt het niet beter. Ze gaat daarom maar het liefst de hele dag in bed liggen, dan heeft ze geen last van anderen. Mevrouw zegt zich veel te vervelen vanwege haar slechte visus: morgen zal ze geopereerd worden aan haar staar en ze verheugt zich erop daarna weer te kunnen zien en weer te kunnen puzzelen en tv. kijken.(als ik 2 dagen na de geplande operatiedag bij mw.

langsga om te zien hoe het met haar gaat ligt ze in bed en is ze erg teleurgesteld: de operatie is niet doorgegaan en verzet naar 2 weken later).
Ze vindt het ook niet leuk dat ze zo weinig bezoek krijgt: haar dochters komen nooit (is al jaren geen contact meer mee) en haar zoon is voor het laatst met St. Nicolaas geweest!
Mevrouw vraagt zich regelmatig af wat ze fout heeft gedaan:

> *"Heb ik ze vroeger teveel verwend? Waarom komen de kinderen nu nooit meer? Komt dat omdat ik niets meer te geven heb?"*

Allemaal vragen die met zingeving en welbevinden te maken hebben: wat ben ik nog waard, voor wie?

Mevrouw Pietersen reageert hierop door te zeggen :

> *"Weet je, soms ben ik blij dat ik geen kinderen heb. Sommige mensen krijgen nooit bezoek van hun kinderen en dat lijkt me heel moeilijk hoor!Je verwacht dat toch een beetje! "*

Mevrouw Pietersen hoeft zich dus wat kinderen betreft niet schuldig te voelen: ook niet wat betreft haar echtgenoot want die is jaren geleden overleden. Ze heeft sinds een paar jaar een vriend die wel kinderen heeft.
Mevrouw zegt 's avonds vroeg naar bed te gaan want dan heeft ze rust en een plek voor zichzelf. Bovendien heeft de dag dan al lang genoeg geduurd. Haar kamergenote is wel 's nachts heel veel aan het scharrelen, maar dat stoort mevrouw niet. Ze vindt dat deze zelf mag weten wat ze doet en ze kan goed met deze vrouw opschieten. Mevrouw heeft wel moeite met het feit dat er zo weinig ruimte voor jezelf is: je bent heel veel tussen andere mensen en daar heb je niet altijd zin in. Bovendien ben je altijd afhankelijk van anderen:

> *"Wanneer je naar de toilet moet worden gebracht: het is heus niet altijd even prettig om anderen je blote kont te moeten laten zien "*

Wordt u nog wel eens met uw voornaam aangesproken?
Niemand kan dit beamen: de dames zeggen vaak aangesproken te worden in een verkleinvorm van hun achternaam en soms als tante…. Ze vinden dit niet leuk, maar ook niet heel vervelend. Maar ja, de verzorgenden zijn over het algemeen jong en dan is het ook vreemd wanneer ze je bij de voornaam zouden aanspreken. De mensen vertellen dat de tijd van intimiteit voorbij is: de mensen die dichtbij je stonden zijn er niet meer of laten het afweten. Ook hun kamergenoten spreken ze niet bij de voornaam aan, maar op een of andere manier stoort dat niemand.

Over het algemeen is te merken dat de deelnemers het lijken te accepteren dat hun leven er nu zo uitziet: ze vinden het niet leuk, maar het is nu eenmaal zo!

> *"Iedereen heeft nare ervaringen in zijn leven: die gebeurden en waren vervelend, maar het leven gaat verder en je moet niet te lang bij dit soort zaken stilstaan want daar heb je niets aan!"*

> *"Je moet er wat van zien te maken door niet te veel te mopperen en ach, overal is wel wat. "*

Mevrouw Koek zegt toch wel de gezelligheid te missen: in haar eigen gezin kon iedereen altijd binnenkomen en was het gezellig, en nu ziet ze niemand. Ze heeft er wel moeite mee, maar geniet heel erg van "de Rode Draad" en de kleine contacten die ze heeft met de verpleging en ze snapt niet dat sommige mensen maar zo blijven mopperen op alles: daar schiet je niets mee op.
Hun afhankelijkheid zien ze niet als héél erg vervelend: waarschijnlijk zijn de zorgmomenten ook een moment van aandacht.
De dames vinden "de Rode Draad" heel leuk en zouden vaker met een clubje willen babbelen en zien graag een vervolg op deze bijeenkomsten: het is leuk om met elkaar herinneringen op te halen!

Op mijn vraag: *wat zou u nou nog eens heel graag willen?*
Mevrouw Koek: weer goed zien zodat ze weer kan puzzelen en haar tijd kan invullen
Mevrouw Pietersen.: zou weer heel graag een keer willen fietsen:

> *"He, lekker de wind weer in mijn haren voelen. Heb ik vroeger zoveel gedaan! Maar ja, dat kan natuurlijk niet meer, want ik zit nu in een rolstoel!"*

Meneer de Zwart: naar huis, zelf weer dingen kunnen doen, een stukje fietsen.
Ik zeg te na te vragen bij de fysiotherapie of meneer de Zwart en mevrouw Pietersen misschien kunnen oefenen op de home-trainer (is ook een soort fietsen) en spreek voor mevrouw Koek de hoop uit dat haar operatie morgen succesvol zal zijn.(wat achteraf dus niet doorging). De deelnemers zijn enthousiast: zouden hun wensen nog vervuld kunnen worden? Zelf durven ze het niet te vragen om te mogen fietsen bij de fysiotherapie en hadden ze de hoop daarop eigenlijk al opgegeven.

7e bijeenkomst: afsluiting

Meneer van Zevenem is vanwege zijn lichamelijke gesteldheid niet meer in staat om ook naar beneden te komen. Meneer Bauer is jarig en heeft bezoek. De

overgebleven deelnemers halen Ineke Slinger en ik op. We zitten als afsluiting aan een tafel in het restaurant van het verpleeghuis waar die middag een lentemarkt wordt gehouden. We nemen om beurten iemand mee voor een rondje langs de kraampjes. Mevrouw Koek koopt een kaart voor de mevrouw die altijd boodschappen voor haar doet en mevrouw Pietersen koopt een kaart voor haar vriend die binnenkort naar het ziekenhuis moet. We halen (tot 2x toe) voor een ieder een pannenkoek en we drinken er iets bij. Het is heel gezellig en zelfs meneer de Zwart heeft pretoogjes.(normaal is zijn gezichtsuitdrukking nogal vlak) We babbelen wat met elkaar en mevrouw Koek zegt dat ze het gezellige groepje zal gaan missen. We spreken af dat we om de beurt af en toe eens komen buurten.
Om 15.00 u krijgen de deelnemers als afscheid een potje met blauwe druifjes en worden de bewoners teruggebracht naar de afdeling. Meneer de Zwart stelt voor om samen met mij even naar meneer van Zevenem te gaan om het plantje af te geven. Het doet me goed om te merken dat deze man toch door de groep socialer lijkt te zijn geworden dan aan het begin van de Rode Draad en dat hij zelf het voorstel doet en zich lijkt te bekommeren om de conditie van meneer van Zevenem! Deze ligt in bed, zijn vrouw is op bezoek en het lijkt of hij ons herkent. Meneer de Zwart geeft het plantje aan de echtgenote, geeft meneer van Zevenem een hand en wenst hem beterschap!
Met mevrouw Pietersen heb ik later in de week afgesproken dat, wanneer het warmer wordt buiten, ik de mogelijkheid zal bekijken voor het fietsen op een dubbele fiets(deze hebben ze in verpleeghuis Mariahoeve en daar zit je naast elkaar) Dat lijkt haar geweldig, maar ook een beetje eng!

Samenvatting:

Ik hoop met het verslag een indruk te hebben gegeven hoe er gewerkt is aan het thema “zingeving”. De geschiedenis van de deelnemers vormt een deel van hun identiteit. Door hierover te praten en herinneringen te delen met elkaar wordt men zich weer bewust van zichzelf. Door middel van het samen praten over belangrijke (verdrietige, vrolijke) gebeurtenissen, het delen van emoties en gevoelens kreeg men weer het gevoel terug “belangrijk of interessant” voor anderen en zichzelf te kunnen zijn wat een gevoel van welbevinden gaf. Het was heel interessant om te zien hoe bepaalde deelnemers reageerden op de specifieke onderwerpen. Daardoor verliep iedere bijeenkomst anders en kwamen bij elke bijeenkomst sommige deelnemers meer aan het woord dan de anderen. Het deed me deugd dat de kandidaten altijd al klaar stonden op de afdelingen om mee te gaan: ook de verzorgenden hielden er rekening mee en spraken de deelnemers vaak naderhand nog aan en vroegen of het leuk was geweest. Ook de partners van de deelnemers probeerden in te spelen op “de Rode Draad” door foto’s mee te geven of door met de deelnemer nog vooraf het onderwerp van de volgende bijeenkomst door te spreken.