

Inhoud Lesdag 7: Ik als GVP met de cliënt en familie

Kwaliteit van leven.....	3
Cliëntgerichtheid	4
Regie bij de cliënt.....	4
Informatievoorziening	9
Kleinschalige woonvormen	10
Wonen en leven in een groep	13
Gedrag staat niet los van de context.....	14
Dé groep bestaat niet.....	14
Kwaliteit van de zorgverleners	20
Normen en waarden.....	25
Cliënten met een andere culturele achtergrond.....	25
Informatie verzamelen	29
Methodisch handelen.....	29
Drie fases	31
Stap 1: Informatie verzamelen.....	33
Aandacht voor gewoonten, interesse en levensloop.....	34
Aandacht voor verwachtingen	34
Typering van de cliënt.....	35
Zelfredzaamheid	35
In gesprek met de familie	36
Controle op volledigheid, juistheid en betrouwbaarheid	36
Aandacht voor gezondheidsrisico's / risicosignalering.....	37
Samenwerken met mantelzorgers	39
Familieparticipatie	42
Binding en betrokkenheid	42
De betrokkenheid van vrijwilligers	43
Mogelijke knelpunten in de relatie vrijwilligers en mantelzorgers.....	44
Je mogelijke rol als GVP.....	44
Het geven van instructie	45
Het opzetten van een klinische les	46
Intercollegiale toetsing	47
Bijlage: Informatiebronnen.....	48
Tijdschriften	48
Websites.....	48
www.btsg.nl	48

Kwaliteit van leven

Plannen van zorg: 1.2.3. De GVP is in staat de collega's te instrueren over de gemaakte afspraken en stemt af met naasten en vrijwilligers.

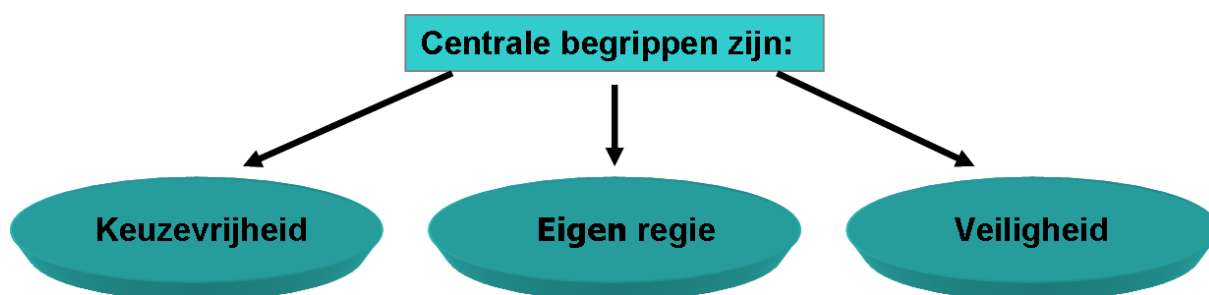
In de normen voor verantwoorde zorg wordt aangegeven wat onder goede zorg wordt verstaan. Bij het opstellen van deze normen is uitgegaan van het perspectief van de cliënt. 'Goede zorg bieden' is dan die zorg die de kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunt. Zorg die er op gericht is om cliënten te ondersteunen om:

"zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen te kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden".

Merk op dat niet het verlenen van zorg centraal staat maar *het bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten*. Dat betekent dat de kwaliteit niet meer wordt bepaald door de zorgverlener ('wij weten wel wat goed voor u is'), maar door de cliënt en vanuit zijn of haar perspectief. Dat perspectief is kort en bondig: 'een zo goed / prettig mogelijk leven'. Wat dat is, varieert van cliënt tot cliënt en bepaalt iedereen zelf, immers ieder mens is uniek.

Cliënten (contactpersonen / familie) moeten richting kunnen geven aan hun eigen leven en daar de eigen hulpbronnen (professionele hulp of anders) bij kunnen kiezen.

Kwaliteit van leven is dus in de kern iets van de cliënt, waar niemand anders verantwoordelijk voor is. Wél hebben zorgverleners de verantwoordelijkheid om de cliënt daarin optimaal te ondersteunen.



De meeste medewerkers in de zorg hebben het hart op de goede plaats en vinden dat ze cliëntgericht handelen. Zonder daar iets kwaads mee te bedoelen denkt men daar positiever over dan in de werkelijkheid blijkt. Al snel sluipen allerhande gewoontes en ongeschreven regels in het werk. Ook speelt een rol wat we belangrijk vinden, onze waarden en normen. Tot slot zijn er nog de verwachtingen onderling, van familie en van de organisatie. Er is ook een zekere 'durf' voor nodig om dingen anders te doen' dan gebruikelijk is', om afspraken te maken die buiten 'de bekende weg liggen'. Naarmate we meer collega's moeten inschakelen, naarmate het moeizamer kan gaan omdat ook zij normen, waarden en opvattingen hebben.

Cliëntgericht werken begint bij de cliënt: vragen wat deze belangrijk vindt. Een goede zorgrelatie met de cliënt is daarbij belangrijk. Dit vraagt interesse voor het wel en wee van de cliënt én vakbekwaamheid. Immers, in het geval van complexe zorg is het belangrijk dat je ook goed kunt omgaan met de gezondheidsrisico's van een cliënt.

Het ondersteunen, versterken en stimuleren van individuele mogelijkheden om de kwaliteit van het leven in stand te houden, is het vertrekpunt voor het opstellen van een zorgleefplan.

Clïentgerichtheid

Bij cliëntgerichtheid gaat de dienstverlening uit van de individuele wensen van een cliënt. Iedereen is het hier mee eens, maar in de praktijk zijn er situaties waarbij dat niet duidelijk of (nog) niet realiseerbaar is. Voorbeelden:

- psychogeriatrische cliënten kunnen niet meer aangeven wat zij willen;
- een cliënt die elke dag onder de douche wil en daarbij geholpen moet worden;
- familie die wil dat er voortdurend iemand naast vader of moeder zit.

Zo veel mensen, zo veel wensen. Het is onvermijdelijk dat niet alle wensen van een cliënt gerealiseerd kunnen worden.

Onder cliëntgericht werken verstaan we, dat je de eigenheid, zelfstandigheid en autonomie van de cliënt tot uitgangspunt neemt in je omgang met de cliënt. Afspraken over te leveren aanvullende diensten en de kwaliteit ervan komen daarbij alleen tot stand na overleg in een gelijkwaardige relatie.

Clïentgerichtheid betekent:

- Je verdiepen in wensen, voorkeuren en verwachtingen van de cliënt.
- Samen met de cliënt zoeken naar mogelijkheden.
- De cliënt laten beslissen.
- Keuzes van de cliënt respecteren.
- Open staan voor kritiek.

Regie bij de cliënt

Door cliëntgericht te werken helpen we de cliënt, die aangewezen is op zorg en ondersteuning, om op zijn eigen manier invulling te geven aan zijn leven. Als de cliënt zelf de regie heeft over grote en kleine beslissingen, verbetert de kwaliteit van leven aanzienlijk.

Dat houdt in dat:

- je je inspant om zo veel mogelijk aan de wensen en vragen van de cliënt te voldoen.
- de organisatie ruimte biedt zodat je flexibel in kunt gaan op vragen van de cliënt.
- je samen met je collega's verantwoordelijk blijft voor organisatie en kwaliteit van de zorg en dienstverlening.

Meestal is de reactie "maar dat doen we ook". Toch zul je merken dat de regels van de organisatie (te vaak centraal staan. Soms gaat het om met elkaar afgesproken regels, soms om regels die er 'stilletjes insluipen'. Er ontstaan zo regels waarnaar mensen (medewerkers maar ook cliënten) zich gaan gedragen (of ze nu echt bestaan of niet). Dit verschijnsel staat bekend onder de term 'hospitalisatie'.

Clïentgericht werken betekent dat de vragen en wensen van de cliënt uitgangspunt van handelen is. Dat is soms een flinke omslag in het denken en werken:

Van		Naar
Taakgericht: 'We doen het zo'	→	Vraaggericht werken: 'Hoe wilt u?'
Aanbod vanuit de organisatie of de medewerker: 'Het activiteitenprogramma is als volgt...'	→	Vraag van de cliënt: 'Wat doet u het liefst?'
Een afhankelijke relatie: 'Dit is het beste voor u.'	→	Een gelijkwaardige relatie: 'Welke afspraak zullen we maken?'

Samen met de cliënt of diens contactpersoon passende afspraken maken over zorg en ondersteuning die jij en je collega's vervolgens gaan bieden, daar draait het om. Belangrijk in dit 'proces' is:

- Informatie geven
Je geeft informatie over de zorg en ondersteuning die jij en je collega's kunnen bieden. Je bent duidelijk over wat wel en (nog) niet haalbaar is, zodat er geen verkeerde verwachtingen ontstaan.
- Ondersteunen bij het maken van keuzes
Je overlegt met de cliënt over de zorg en ondersteuning die hij of zij wil. Je respecteert de keuzes die de cliënt maakt. Als het nodig is, begeleid je hem bij het maken van keuzes over hoe hij zijn leven wil inrichten en over de zorg en ondersteuning die hij daarbij wil. Als de cliënt echt niet zelf in staat is te kiezen, overleg je met naasten van de cliënt of je observeert de cliënt om te bepalen wat deze prettig en niet prettig vindt (op basis van gedragsobservaties).
- Afspraken maken
Je maakt afspraken met de cliënt over de zorg en ondersteuning die geboden gaat worden en legt die vast.
- Evaluëren met de cliënt
Je blijft met je cliënt (en zijn naasten) in gesprek over de voortgang van de afspraken. Je neemt regelmatig het initiatief om te evalueren of de zorg nog naar wens is en stelt de afspraken bij als dat nodig is. Je kunt daarbij omgaan met kritiek van hem of zijn naasten.

Belangrijke eigenschappen bij cliëntgerichtheid

Een cliëntgerichte houding betekent dat je adequaat omgaat met de wensen en behoeften van de cliënt. De volgende eigenschappen zijn dan belangrijk:

- **Betrouwbaarheid**
Werken zoals afgesproken is, correct en nauwkeurig. Het zorgleefplan vormt het contract, de cliënt weet daardoor wat hij van de organisatie kan verwachten en wat niet.
- **Flexibiliteit**
De bereidheid om cliënten direct te helpen. Een soepele houding is noodzakelijk om verstarring te voorkomen. Star blijven uitgaan van de afspraken en almaar zeggen: "Probeer u het eerst zelf en als het dan niet lukt..." geeft meer de beheersbaarheid van de organisatie aan dan een cliëntgerichte houding.
- **Respect: een deskundige, beleefde en geloofwaardige houding geeft zekerheid.**

- Inlevingsvermogen: je kunnen verplaatsen in de leefwereld, wensen, problemen en zorgen van de cliënt. Breng evenwicht in afstand (een professionele houding) en nabijheid. Te nabij zijn werkt verstikkend, een te grote afstand leidt tot automatisch handelen.

Het is belangrijk dat je je bewust bent van je eigen werkwijze.

Werken en denken volgens OER

Het **OER-model**, of kortweg OER, staat voor **O**ndersteuning **E**igen **R**egievoering. Hiermee wordt bedoeld:

het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen.

Simpeler gezegd: iedere cliënt leeft zijn eigen leven. Wat de ene persoon belangrijk vindt, is voor een ander volstrekt onbelangrijk. Wat 'een goed leven' is, varieert van mens tot mens.

De kern bij OER is 'zorg organiseren op basis van wensen van cliënten', zodat deze hun eigen leven kunnen leven, zoals zij dat graag willen. De organisatie van de zorg en het handelen van de zorgverlener moeten daarbij niet als belemmering worden ervaren.

Uitgangspunt is dat ieder mens de regie voert over het eigen leven. Maar om het leven te kunnen leven zoals we zelf willen, hebben we soms van buitenaf hulp, zorg of hulpmiddelen nodig. Ondersteuning heeft trouwens niet per definitie een positieve invloed op het kunnen leven van het eigen leven. Een cliënt van een thuiszorgorganisatie die graag laat op wil staan maar door de planning van de zorgverlening vroeg geholpen wordt, kan zijn leven niet leven zoals hij dat wil. Ondersteuning werkt wel positief als het aansluit bij de wensen of keuzes van de cliënt.



Uitgaan van de eigen regie moet ook niet worden verward met 'U vraagt wij draaien'. Professionele verantwoordelijkheid, gemeenschappelijke waarden en normen, wet- en regelgeving en financiële middelen vormen de grenzen waarbinnen het afstemmen van het aanbod op de vraag van de cliënt plaatsvindt.

Het bevorderen van regievoering is een zoektocht. Een zoektocht naar de persoon achter de cliënt. Wat zijn iemands voorkeuren en afkeuren, Hoe wil de cliënt worden aangesproken?, Wat wordt er op prijs gesteld? Welke mogelijkheden zijn er? Waar is begeleiding nodig? En welke interesses heeft iemand?'

Alles draait om de manier waarop je iemand benadert. Het is een groot verschil of je zegt: U gaat nu hier even zitten of: Mag ik u helpen om te gaan zitten? Mag ik u deze stoel aanbieden? Als u wilt, kunt u hier gaan zitten? Of: Wilt u zitten? Wáár wilt u zitten? Er is keuze genoeg, maar elke toon voelt anders en past wel of niet.

De zeven kenmerken van OER

1. De ondersteuning wordt zodanig geboden dat de cliënt geprikkeld wordt om:
 - a. zelf keuzes te maken
 - b. zelf het initiatief te nemen,
 - c. verantwoordelijkheid voor het eigen handelen te nemen,
 - d. door te zetten,
 - e. na te denken over alternatieven.
2. De keuzes of wensen van de cliënt vormen het vertrekpunt voor het ondersteuningsaanbod.
3. De ondersteuner nodigt de cliënt doorlopend uit om keuzes/wensen kenbaar te maken.
4. De ondersteuner reageert op de keuzes of wensen van de cliënt.
5. De ondersteuner informeert de cliënt.
6. De cliënt wordt in de contacten door de ondersteuner uitgenodigd om invloed uit te oefenen op de situatie.
7. De organisatie pleegt een maximale inspanning om het ondersteuningsaanbod aan te passen aan de keuzes/wensen van de cliënt.

Behoud en bevorderen van eigen regievoering

Binnen de zorg wordt ernaar gestreefd dat cliënten zoveel mogelijk de eigen regie blijven houden over hun eigen leven. Belangrijk en vooral doen. Maar het is ook goed ons te realiseren dat deze (behoud van) eigen regie sterk onder druk staat:

1. Veel cliënten hebben aandoeningen of ziekten die nooit meer overgaan, die beperkingen met zich meebrengen waardoor zij hun leven niet meer kunnen leiden zoals zij gewend waren. Zelfstandigheid en mobiliteit nemen af, evenals de vaardigheid om te communiceren en contacten te onderhouden. Pijn, angst en onzekerheid kunnen deel zijn van het dagelijks leven. Niets is meer vanzelfsprekend en eenvoudige zaken die voorheen gedaan werden zonder erover na te denken, gaan nu met moeite en kosten veel tijd of zijn van de ene op de andere dag niet meer mogelijk. Cliënten worden ongevraagd en vaak ongewild, steeds afhankelijker van anderen. Waar blijf je dan met je eigen regie?
2. De huidige generatie is opgegroeid in tijden dat soberheid en zuinigheid vaak noodzaak was en trouw aan orde en gezag de normaalste zaak. Ze zijn grootgebracht met het motto 'vooral niet vragen!' Veel cliënten zullen dan al snel tevreden zijn en soms zullen ze ook bescheiden zijn omdat ze niet 'tot last willen zijn'. Ze kunnen daardoor te weinig of te laat om hulp vragen. Eigen regie kan dan ook een last worden.
3. Eigen regie en zelfstandigheid wil iedereen maar naarmate je dat meer in de praktijk brengt krijg je minder aandacht 'Fijn dat u alles nog zelf kunt doen'. Als een cliënt afhankelijk is krijgt deze juist aandacht. Onze aandacht is vooral op deze afhankelijke cliënten gericht, je kunt dus maar beter wat mankeren (?). Afhankelijk gedrag wordt beloond met aandacht en zelfstandigheid met minder aandacht.
4. Veel medewerkers in de zorg zijn doeners en hebben niet voor niets juist voor dit vak gekozen om iets voor anderen te kunnen betekenen, om te kunnen zorgen. Daar putten zij energie uit. Uit zorgzaamheid zijn zij daardoor soms geneigd te snel iets over te nemen.
5. Soms is er het beeld dat kwetsbare ouderen 'zelig zijn' en dat ze vooral vertroeteld willen worden. Dat heeft invloed op je gedrag, op je handelen en is de gelijkwaardigheid die nodig is voor regievoering ver te zoeken.
6. Soms zitten we vast in te veel routines, protocollen, regels. Deze kunnen het bevorderen van de eigen regie soms aardig in de weg zitten. We zien de organisatie dan als een levend ding, als iets dat een eigen leven leidt. Dat zaken niet veranderd kunnen worden, 'zo gaat dat nu eenmaal

(hier)'. Er wordt dan voorbij gegaan aan het feit dat mensen de organisatie maken en niet omgekeerd.

Al met al kunnen er dus veel zaken zijn die (het behoud of bevorderen van) de eigen regie juist 'in de weg zitten'. Als je regie bevorderend wilt werken, moet je daardoor juist nieuw en geïnspireerd gedrag vertonen. Maar hoe doe je dat, een andere houding aannemen?

Ondersteuning van Eigen Regievoering

- Is niet uitgaan van de beperking met:
 - U moet het zelf (leren) doen.
 - Hulpverleners helpen / leren u hoe u eigen kracht moet krijgen.
 - Gedragsverandering bij de cliënt.
- Is wel uitgaan van de aanwezige mogelijkheden:
 - Ondersteuning die de eigen kracht niet in de weg zit.
 - Ondersteuning die niet afhankelijk maakt.
 - Gedragsverandering bij de hulpverleners / organisatie.

Behoud van regie over het eigen leven op basis van een zorgleefplan

Elke cliënt heeft een eigen zorgleefplan, dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt. In het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan de vier domeinen van kwaliteit van leven. Het zorgleefplan vermeldt de indicatie en geeft een beeld van de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg. De cliënt en de zorgaanbieder maken afspraken over welke zorg, wanneer, op welke dagen en tijden wordt gegeven. Het plan vermeldt het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening. Het bevat tevens een actueel overzicht met de verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken

en eventuele mutaties van de zorg. In het zorgleefplan worden de acties, de resultaten, de voortgang en de bijstellingen op basis van evaluatie genoteerd. Ook afspraken met derden worden in het plan opgenomen, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen. Andere zorgverleners (zoals huisartsen), maar ook mantelzorgers worden gevraagd gebruik te maken van het zorgleefplan en hun bevindingen en adviezen hierin vast te leggen. Het zorgleefplan is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorgverleners en andere disciplines en waarborgt dat de zorgorganisatie haar afspraken met de cliënt nakomt.

Dit houdt in dat de zorgorganisatie voorziet in:

- Het werken met een systeem voor het zorgleefplan, dat goed is ingebed in de organisatie;
- Regelmatige cliëntenbesprekingen en/of multidisciplinair overleg tussen relevante disciplines die deel uitmaken van dat systeem;
- Evaluaties met de cliënt (minimaal twee keer per jaar, maar ook bij complexe zorg, na veranderingen in de inzet van zorg, of op verzoek van cliënt en/of zorgverlener);
- Vastlegging van evaluaties, aanpassingen en structurele afwijkingen van het zorgleefplan;
- Verbeteringen van zorg die voortvloeien uit besprekingen van het zorgleefplan;
- Vastleggen wat er met het zorgleefplan gebeurt na beëindiging van de zorgverlening, bijvoorbeeld of de gegevens van de cliënt bewaard worden.

Let op: het betekent niet dat er altijd in het zorgleefplan iets moet zijn opgenomen over elk domein. Soms is de zorgvraag beperkt en beperk je je in het zorgleefplan tot die zorgvraag binnen een domein. De intentie van het geheel is dat je aandacht hebt voor de verschillende domeinen. Mogelijk signaleer

je zorgvragen op andere domeinen die je vervolgens met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger signaleert en wat weer aanleiding kan zijn tot het aanvragen van een herindicatie.

In de periode van zorg- en dienstverlening ligt het zorgleefplan bij de cliënt. Hij heeft op elk gewenst tijdstip inzage in zijn zorgleefplan. De cliënt heeft het recht het zorgleefplan aan te vullen met een eigen verklaring of het bij onjuiste gegevens te laten corrigeren.

Het zorgleefplan komt dus altijd in samenspraak met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger tot stand, en wordt in dezelfde samenspraak geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Aan cliënt of vertegenwoordiger wordt ondersteuning aangeboden bij het overleg over het zorgleefplan (bijvoorbeeld door de GVP).

Informatievoorziening

Het is van belang dat informatie zodanig wordt weergegeven dat deze voor cliënten goed te lezen en te begrijpen is. De informatie wordt op verschillende manieren aangeboden (schriftelijk, digitaal, mondeling) en op verschillende momenten herhaald, afhankelijk van de behoefte van de cliënt. De zorgverlener toetst bij de cliënt of deze de verstrekte informatie goed begrepen heeft.

De cliënt wordt bij aanmelding zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over:

- De wachttijd tussen aanmelding en aanvang van de zorg;
- De mogelijkheden voor zorg ter overbrugging van een wachttijd;
- De contactpersoon voor de cliënt gedurende de wachttijd.

Gedurende de zorgverlening wordt de cliënt geïnformeerd over:

- Aan welke wensen van de cliënt de zorgaanbieder tegemoet kan komen en aan welke niet en waarom;
- Wat de zorgorganisatie gaat doen (taken en werkzaamheden, momenten van zorgverlening, inzet van zorgverleners, zoals vermeld in het zorgleefplan);
- Wat de uitgangspunten zijn voor zorg- en dienstverlening (visie op zorg, gedragscode van de organisatie, identiteit en levensbeschouwing, ethische vraagstukken, grenzen van de zorg, procedure bij weigering van zorg door cliënt of zorgverlener, procedure beëindiging zorg);
- Hoe afspraken bijgesteld kunnen worden;
- Hoe en wanneer de organisatie/contactpersoon bereikbaar is (ook voor familie/ mantelzorg) zowel binnen als buiten kantooruren en in noodgevallen;
- Wat de rechten en plichten zijn van de cliënt (inspraak, informatieplicht, zorg voor materialen in huis, privacy, recht om te klagen, schadevergoeding, cliëntenraad);
- Hoe de eigen bijdrage en de wijze van betaling zijn geregeld;
- Hoe er wordt omgegaan met sleutels van cliënten.

Het resultaat is dat de cliënt op de hoogte is van de afspraken die tussen hem en de zorgaanbieder gemaakt zijn, met de afspraken heeft ingestemd en dat de afspraken door de zorgaanbieder worden nagekomen.

Indien de cliënt dit wenst wordt de mantelzorg nadrukkelijk betrokken in het zorgproces. De zorgaanbieder vraagt de cliënt en de mantelzorgers naar de gewenste en mogelijke hulp van mantelzorgers. De zorgverlener stemt de professionele zorg hierop af. De zorgverleners leggen alle afspraken met cliënt en mantelzorg vast in het zorgleefplan. Indien gewenst en passend binnen de indicatieafspraken krijgt de mantelzorg ondersteuning. Bij signalen van overbelasting van de mantelzorgers, wijst de zorgverlener hen op ondersteuningsmogelijkheden voor cliënt en mantelzorg.

Kleinschalige woonvormen

Er is onderzoek¹ gedaan naar effecten van kleinschalig wonen op cliënten, mantelzorg/familie en medewerkers. Het blijkt dat de effecten 'neutraal tot licht positief' zijn, in vergelijking met grootschalige zorg.

Het onderzoek laat zien dat cliënten in kleinschalig wonen gemiddeld actiever zijn. Het lijkt erop of de cliënten (daardoor) vaker positief gestemd zijn.

Qua gedragsproblemen verschillen ze echter niet van cliënten in een grootschalige omgeving. Cliënten kunnen nog meer worden betrokken bij dagelijkse activiteiten dan nu het geval is.

Dat de verschillen tussen klein- en grootschaligheid zoveel kleiner zijn dan vaak wordt gedacht, kan komen omdat de principes van kleinschaligheid ondertussen ook in grootschalige voorzieningen steeds meer worden toegepast. Dat is natuurlijk alleen maar winst.

Effect op cliënten

Kleinschalig wonen is niet voor iedere cliënt de meest geschikte vorm. De onderzoekers waren het er over eens dat kleinschaligheid in elk geval geen oplossing is als:

- de cliënt niet houdt van wonen in een groep en geen behoefte heeft aan gezamenlijke activiteiten;
- de cliënt niet alleen kan of wil slapen (uitgegaan wordt van kleinschalige settings waarin elke cliënt een eigen slaapkamer heeft);
- er geen ruimte voor de cliënt is om zijn energie kwijt te raken.

Het ene gezin is het andere niet

'Het huishouden voeren als een gezin' lijkt te veronderstellen dat alle gezinnen dat hetzelfde doen. Maar niets is minder waar. Waar de ene cliënt zijn hele leven in een grote stad heeft gewoond en er een excentrieke levenswijze op nahield, heeft de ander zijn leven doorgebracht op het platteland, in een strengen sober milieu. Wat zou er gebeuren als zij samen opeens een gezin moesten vormen?

Somatische cliënten

Uit onderzoek blijkt dat ook somatische cliënten in een kleinschalige setting over enkele aspecten positiever zijn dan cliënten elders. Dan gaat het, net als in de psychogeriatric, om de ervaren beschikbaarheid van personeel, de lichamelijke verzorging en het mentaal welbevinden. De verschillen met reguliere zorg zijn echter nog kleiner dan in de psychogeriatric.

Behandeling

Het wel of niet inschakelen van behandelaren lijkt vooral een kwestie van visie. Sommigen zijn van mening dat cliënten minder behoefte aan behandeling hebben, doordat zij actiever zijn: als de cliënt elke dag een wandeling maakt en helpt bij het huishouden, is een onderhoudstraining door een fysiotherapeut overbodig.

Anderen zijn juist van mening dat in een kleinschalige setting het accent te veel wordt gelegd op het wonen, en dat de behoefte aan behandeling daardoor niet wordt onderkend.

Gebruik van psychofarmaca

Onderzoeksresultaten geven geen eenduidig beeld van het gebruik van psychofarmaca door cliënten in een kleinschalige setting. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik minder hoog is dan in een grootschalige setting maar dat neemt niet weg dat nog steeds 65% van de cliënten in kleinschalige woonsituatie psychofarmaca gebruikt.

Maaltijd absoluut succesnummer

Eten is in ieders leven belangrijk en een belangrijk sociaal moment. Daarom is een belangrijk aspect van kleinschalig wonen dat medewerkers zelf zo veel mogelijk met de bewoners koken.

¹ Kleinschaligheid: kansen maar geen tovermiddel, Actiz, 2012

Meestal kookt de verzorgende. Bewoners helpen met aardappelen schillen en groente schoonmaken. Bewoners koken vooral 'passief' mee, ze zijn betrokken op wat er in de keuken gebeurt, zintuigen worden geprikkeld en gestimuleerd door geuren en proeven. Het (samen) koken heeft een duidelijke plek en functie en is zeer belangrijk in het kleinschalig wonen.

Het is vaak zoeken naar de menu's, uitproberen wat de bewoners lekker vinden. Maaltijden en menu's kunnen daardoor per woning verschillen. Allereerst de variatie in de manier van koken (ook afhankelijk van de interesse en vaardigheden van de medewerker). De een doet er een uitje bij en de ander tomaat, de een kookt met gedroogde kruiden en de andere met verse.

Effect van kleinschaligheid op familie en mantelzorgers

Familie en mantelzorgers zijn positiever over kleinschalige zorg dan over grootschalige. Zij vinden kleinschalige zorg een betere garantie voor echte aandacht voor hun familielid, ze stellen het vaste team op prijs en waarderen de in hun ogen vriendelijkere aankleding van de ruimtes. Opvallend is dat hun feitelijke betrokkenheid bij de zorg gemiddeld niet groter is dan in grootschalige settings.

De familie ervaart in de kleinschalige woonunits een grotere beschikbaarheid van zorgmedewerkers, maar dat hoeft niet te komen omdat de formatie hoger is. De reden kan ook zijn dat de zorgmedewerkers het personeel voor de familie meer zichtbaar is.

De familie heeft in kleinschalige settings meer contact met de verzorgenden en beoordeelt dit contact ook positiever. De familie vindt dat verzorgenden beter naar de cliënten luisteren en dat er meer ruimte is voor hun eigen gevoelens.

Effect op medewerkers

Medewerkers in kleinschalige settings zijn iets positiever over hun werk dan medewerkers elders. Ze waarderen de ruimte om cliënten meer aandacht te geven en voelen zich weer professional.

Kleinschalig werken is niet voor iedere medewerker geschikt. Alle betrokkenen benadrukken dat in ieder geval opleiding, bijscholing en begeleiding van medewerkers essentieel zijn. Maar dan nog blijft gelden dat niet iedereen zich aangetrokken voelt tot de combinatie van zorgtaken en huishoudelijke taken en niet iedereen zich prettig voelt bij de zelfstandigheid die kleinschalig werken vereist.

Medewerkers zien ook nadelen

Medewerkers die bewust hebben gekozen voor kleinschaligheid, zien niet alleen maar voordelen. Zo ervaren ze de kwetsbaarheid van de personeelsbezetting, en missen ze soms collega's om mee te overleggen. De sociale steun van collega's ervaren zij daardoor soms als minder groot en informele communicatie wordt moeilijker. Kleinschalig werken betekent ook dat medewerkers moeilijker te vervangen zijn, en dat ze moeilijker iemand kunnen vragen om in te springen als ze even weg moeten.

Nieuwsbericht

19-08-2013

Zorgorganisatie Vierstroom in Gouda gaat familieleden van cliënten van verpleeghuizen van 'moreel verplichten' om een handje te helpen.

Na een succesvolle proef heeft de organisatie besloten het meewerken verplicht te stellen in alle zestien locaties. Vier uur per maand wordt de richtlijn. Vierstroom kan familieleden niet juridisch verplichten mee te helpen, maar gaat ze wel meedelen dat het vanaf nu de gewoonte is dat familie meehelpt. Staatssecretaris Martin van Rijn (Volksgezondheid) noemt de resultaten bemoedigend: familie, cliënten en medewerkers zijn enthousiast. 'Het welbevinden van cliënten lijkt tijdens het experiment gestegen. Dat is de winst. Want als ik iets merk tijdens werkbezoeken is het wel hoe groot de rol is die mantelzorgers en vrijwilligers spelen in het geluk van hun naasten. En dat geldt in een instelling echt niet minder dan thuis.'



In de Hogeweyk van verpleeghuis Hogewey hanteert men het leefstijlconcept. Cliënten kunnen kiezen uit zeven leefstijlen, zoals 'stads' en 'christelijk'. De inrichting van de woning, het dagritme en de activiteiten zijn helemaal op die leefstijl afgestemd. Wil je meer weten, kijk dan op www.dementiavillage.com of bekijk het filmpje op Youtube. Op het GVP deel van de website van BTS&G staat ook de link naar dit filmpje.



Opdracht: Kleinschalige woonvormen

Bespreek met drie andere cursisten de volgende vragen. Noteer kort jullie antwoorden / conclusies ten behoeve van de plenaire bespreking.

- In de tekst komen een aantal voordelen naar voren vanuit het perspectief van:
 - De cliënt / bewoner.
 - De familie (een dochter).
 - De medewerker.

Benoem de genoemde voordelen.

- Wat vind jij van de genoemde voordelen?
- Zie je meer voordelen voor de cliënt / bewoner, familieleden, medewerkers?
- Zie je ook nadelen voor de cliënt / bewoner, familieleden, medewerkers?
- Welke gevolgen zou een kleinschalige opzet hebben voor jouw rol als GVP?

Beargumenteer jullie antwoorden.

Beantwoord de volgende vraag individueel.

Ga uit van je eigen werksituatie met de cliëntengroep waarvoor jij GVP bent.

- Zie je toepassingsmogelijkheden van kleinschalig werken in je eigen werksituatie?

Wonen en leven in een groep

Doel: je wordt je bewust van de effecten van de omgeving op groepsleden en groepsleden op elkaar. Je leert met behulp van de sociogram methode de interactie tussen groepsleden in kaart te brengen.

Werken met groepen

Groepsdynamica is een belangrijk onderdeel van het werken met groepen. Het is bepalend of activiteiten wel of juist niet kunnen plaatsvinden, bepalend voor de kwaliteit van de samenwerking, bepalend voor de sfeer en nog tal van andere groepsprocessen.

Soms is vooraf te voorzien welke invloed de deelnemers binnen een groep op elkaar uitoefenen (bijvoorbeeld bij teams) soms niet (bij cliëntengroepen). In deze paragraaf gaan we nader in op punten, die belangrijk zijn voor jou als GVP als het gaat om het werken met groepen.

Sfeer roept emoties op

Sfeer komt tot ons via de zintuigen. Kleuren, geluiden, geuren en inrichting/aankleding dragen daar aan bij. Sfeer is merkbaar en voelbaar, het kan herinneringen en gevoelens oproepen. Sfeerbepaling zit in kleine dingen. De woongroep wordt zo ingericht dat het lijkt op een 'gewone' huiskamer of 'gewone' keuken, een plek waar de bewoners of cliënten zich thuis voelen. Sfeer kan bepaald worden door muziek en licht. Sfeer kan ook zomaar verdwijnen wanneer een bewoner schreeuwt of boos is. Hoe blijft de sfeer prettig, aangenaam? Intuïtie en ervaring van de GVP zijn belangrijk maar ook het steeds weer proberen aan te sluiten bij de leef- of belevingswereld van de bewoners of cliënt.

Interactie stimuleren

Een dementerende oudere leeft in een eigen belevingswereld. Die sluit niet altijd aan op onze werkelijkheid. Onze realiteit kan voor hem spanningen en onzekerheid oproepen, of angstaanjagend zijn. Het is voorwaarde als GVP een goed zicht te hebben op de levensloop van de bewoners van de woongroep. Het leven en de gebeurtenissen van toen bieden goede aanknopingspunten voor het voeren van gesprekken of het aanreiken van activiteiten. Probeer in die contactmomenten zoveel mogelijk ook de andere bewoners van de groep te betrekken, stimuleer het delen van herinneringen. Observatie en informatie zijn belangrijk om te weten welk gedrag een bewoner hanteert en kenmerkt. Soms zijn er grote verschillen tussen individueel gedrag en groepsgedrag. Zo kan iemand op zijn kamer stil en teruggetrokken zijn maar in de groep veel aandacht trekken en omgekeerd. De rol die de bewoner kenmerkt, hangt af van zijn of haar (letterlijke) plaats in de groep.

Voorbeeld: een cliënt houdt alles in de gaten en maakt altijd opmerkingen over het gedrag van de andere groepsleden. Wanneer de GVP deze cliënt bijvoorbeeld aan het hoofd van de tafel zet, zal die cliënt de sfeer gaan bepalen doordat hij/zij voortdurend kritiek op anderen zal hebben.

Geef de bewoners een plaats waar zij zich prettig voelen.

Het laten gebeuren

De GVP 'buigt' mee met wat er in de groep gebeurt. Dat betekent een positie op de achtergrond innemen en alleen dan ingrijpen als dat nodig is en zonder de aandacht naar zich toe te trekken. Als GVP moet je de neiging tot 'willen activeren' (doelgericht bezig zijn) loslaten en het 'laten gebeuren' in de plaats zetten. Daarin wel begeleiden, aanwezig zijn, maar niet actief en niet sturen.

Mevrouw Muns is zojuist opgenomen op een psychogeriatrische afdeling. Ze wordt door de GVP ontvangen, aan tafel gezet bij de dames Horst en Van Vliet, die meteen op haar beginnen te vitten. Mevrouw Muns kijkt wat angstig naar de GVP, die haar vervolgens aan de grote tafel zet, bij drie andere bewoners: mevrouw Beek, mevrouw Meesters en mevrouw De Jonge. Mevrouw Muns zit er nog wat aangeslagen bij en zegt bijna niets. Als ze aan mevrouw Beek vraagt hoe die heet, reageert deze niet op haar vraag. Nu voelt mevrouw Muns zich afgewezen. Ze weet niet dat de vriendelijke mevrouw Beek haar helemaal niet kan horen.

Rond 4 uur 's middags gaat het broeien bij de cliënten. Een paar zoeken hun heil op de gang en dolen schijnbaar doelloos rond. Mevrouw Muns vraagt aan een medewerker: 'Dag zuster, ik ben mevrouw Muns, en hier toevallig aanbeland. Kunt u me thuisbrengen. Ik moet nu echt weg'.

Gedrag staat niet los van de context

Als we een groep cliënten gadeslaan, is niet in één oogopslag te zien wat zich tussen hen allemaal afspeelt en wat daarvoor de aanleiding is. Er gebeurt veel tegelijk. Zaten de twee medebewoners inderdaad te vitten op mevrouw Muns? Of ging het om een vriendelijk bedoelde corrigerende opmerking die door mevrouw Muns als beledigend werd geïnterpreteerd? Of deed ze misschien onbewust iets wat de anderen stoorde? Doorbrak ze misschien een vast patroon, waaraan de anderen veel waarde hechten?

Veel van wat we zien, heeft allerlei mogelijke achtergronden, die we in de praktijk van alledag niet allemaal in overweging nemen. We nemen waar in grove schema's; enkele elementen uit de situatie worden gefilterd, zodat wat zich afspeelt op een eenvoudige manier te begrijpen is. Gedrag wordt bijvoorbeeld herleid tot een persoonlijkheidskenmerk. Een eenmaal waargenomen patroon of verklaring heeft de neiging zichzelf te versterken. Bijvoorbeeld het beeld dat mevrouw Muns krijgt van mevrouw Beek: 'Ze heeft een naar karakter, want ze negeert compleet mijn vraag.' Informatie die bij deze opvatting past, wordt vervolgens eerder waargenomen dan informatie die daar niet bij past. Gegevens die niet passen bij het oorspronkelijke beeld - bijvoorbeeld als mevrouw Beek zich bijzonder vriendelijk gedraagt naar een andere bewoner - wordt minder snel waargenomen dan bevestigende informatie. Gedrag van mensen kan dus eigenlijk nooit los van de context begrepen worden. Dit geldt natuurlijk ook voor het gedrag van cliënten binnen een instelling.

Juist die 'context' willen we hier verkennen. Dit is van praktisch belang, want onze interpretaties van gedrag van en gebeurtenissen rondom een cliënt bepalen mede onze omgang met die cliënt en hebben daarna ook weer invloed op het gedrag van de betrokken cliënt. Het zogenaamde vitten van mevrouw Horst en mevrouw Van Vliet is in zekere mate bepaald door de normen en waarden die er in de groep leven, door het sociale gedrag en door hun eigen sociale behoeften. Onderdeel van de context is verder de fysieke omgeving. Hieronder verstaan we zaken als de grootte en vorm van de tafels en kenmerken van de ruimte, zoals licht en geluid.

Ook de reacties van medewerkers op het gedrag van cliënten bepalen hun gedrag. Want was het eigenlijk wel verstandig om mevrouw Muns direct van tafel te laten veranderen? Waren de afwijzende reacties van de dames Horst en Van Vliet te voorkomen of snel te stoppen geweest? Hoe dan? Het fenomeen 'hospitalisatie' toont aan dat de context een grote invloed heeft op het gedrag van mensen. Andere voorbeelden zijn het gebruik van kleuren, licht (lichttherapie) en geuren bij zintuigactivering.

Dé groep bestaat niet

Een mens is een groepsdier. Iedereen maakt gedurende zijn leven deel uit van verschillende groepen. Het ouderlijk gezin, de familie, de kleuterklas, de kinderen uit de straat. In het ouderlijk gezin ontwikkel je opvattingen over hoe mensen in een groep functioneren. Je leert de regels en vaardigheden om je in een groep staande te houden. Naast de familie is er de groep mensen van de buurt waarin je woont, de hobby- of sportclub, de gespreksgroep, de kerk of je werk. Tussen geboorte en dood kun je zo deel hebben uitgemaakt van tientallen groepen.

Ieder mens wordt gevormd in de groepen waarvan hij deel uitmaakt en geeft hieraan zijn inbreng. Soms als gevolg van onvermijdelijke en noodzakelijke redenen zoals in het gezin of op school. Soms met als achterliggend en bewust doel om iets te bereiken zoals je beroep.

De kleinste groep bestaat uit twee mensen. Voeg hier één persoon aan toe, en de groep verandert sterk, veel meer dan wanneer één persoon bij een groep van bijvoorbeeld tien personen wordt gevoegd. Meestal bedoelen we met het woord 'groep' meer dan twee personen, bijvoorbeeld tien tot dertig mensen. Maar het aantal zegt niet alles; niet iedere verzameling mensen is een groep. Een café,

zaal of bioscoop kan veel mensen bevatten; zij vormen een collectiviteit of menigte, maar (nog) geen groep. Daarvoor is meer nodig.

We spreken van een groep in de volgende situaties:

- Mensen zijn zich ervan bewust dat zij deel uitmaken van een groep. De leden praten over 'wij'.
- Mensen hebben in een groep regelmatig contact met elkaar, verkeren in elkaars aanwezigheid.
- Er is een gezamenlijk lot, kenmerk, belang of doel; de groepsleden hebben iets gemeen.
- Er zijn over en weer bepaalde verwachtingen over ieders gedrag (rollen).
- De geldende gedragsregels, normen en waarden worden bewaakt, bijv door de (formele) leider.
- Soms zijn er toelatingscriteria om bij een bepaalde groep te kunnen horen; dit kan het groepskarakter versterken.

Binnen groepen kunnen we de volgende fenomenen aantreffen.

- Individuen maken vaak onzichtbare afwegingen of het groepslidmaatschap past bij hun zelfbeeld, of hun zelfstandigheid gewaarborgd is, of de groep past bij het beeld dat anderen van hen hebben (status), of het lidmaatschap leidt tot tevredenheid en of men in de groep kan bereiken wat men wil.
- Het lid zijn van een groep kan helpen bij de eigen ontwikkeling, bijvoorbeeld als je merkt dat je deelname en bijdrage effect hebben en gewaardeerd worden.
- Door groepsdruk kunnen mensen hun eigen waarnemingen ontkennen en - tegen beter weten in - meegaan in de mening van de meerderheid (conformisme).
- Samen sta je niet altijd sterk. Er zijn zeker ook negatieve effecten aan groepsdeelname. Door groepsprocessen kunnen bepaalde personen weinig gezag krijgen, de schuld toegeschoven krijgen van wat niet goed gaat (zondebok). Ook kunnen individuen de groep gebruiken voor eigen doeleinden en andere leden daartoe beïnvloeden (manipulatie). Door botsing van karakters en rivaliteit, dominant gedrag, het vormen van klikjes, onduidelijkheid in rollen en verwachtingen kan bij individuen veel spanning ontstaan en kunnen de groeps sfeer en groepsprestaties achteruithollen.
- Een voortdurende uitdaging voor de groep is het vinden en vasthouden van een balans tussen de eigenheid van individuen en het groepsbelang. Mensen willen contact met anderen, mits hun gevoel van privacy maar niet in het gedrang komt.
- Een groep is aan verandering onderhevig (groepsdynamiek): leiders vallen weg, nieuwe leden dienen zich aan, rollen veranderen. De groep van vandaag is niet dezelfde als die van overmorgen. Bij een pas ontstane groep is de verdeling aanvankelijk nog niet helemaal duidelijk. Pas na enige tijd krijgt deze vorm.
- Hoe kleiner de afstand tussen de (potentiële) leden, hoe groter de kans op interactie. Men ziet elkaar meer, is meer blootgesteld aan elkaar en dat leidt weer sneller tot het gevoel een groep te zijn.

Op de vraag of cliënten in een verpleeg- of verzorgingshuis beschouwd kunnen worden als een groep, is geen algemeen antwoord te geven. Daarvoor zijn de verschillen tussen de diverse instellingen te groot. Er is weliswaar sprake van toelatingscriteria (denk aan de indicatiestelling), maar voor de gemiddelde cliënt zal het toetreden tot 'de groep verpleeghuis- of verzorgingshuisbewoner' als een onrecht of als een onvermijdelijk gegeven worden gezien. Ook het besef van iets gemeenschappelijks met elkaar hebben zal er niet altijd zijn, of een minder positieve inhoud hebben. Naarmate er meer sprake is van zelfstandig wonen, zal men zich minder groeps lid voelen.

Toch herkennen we veel groepsfenomenen in de manier waarop cliënten binnen een leef- of woongroep in een verpleeg- of verzorgingshuis met elkaar omgaan. Vaak zie je bijvoorbeeld dat groepsleden zich afzetten tegen de anderen of neerkijken op wat de anderen doen en laten. In bepaalde opzichten gaan groepsprocessen in een woonzorgcentrum of verpleeghuis ook weer véél verder dan daarbuiten. Mensen blijven veelal bij elkaar tot de dood hen scheidt. Ze zien elkaar soms de hele dag door, slapen soms bij elkaar op de kamer, gebruiken soms de maaltijden samen,

activiteiten en uitjes worden soms samen ondernomen, gebruiken soms dezelfde sanitaire voorzieningen. Zij staan kortom bijna 24 uur bloot aan elkaars beïnvloeding en leveren aan het groepsproces ieder hun eigen aandeel.

Binnenkomst op kousenvoeten

Een nieuw groepslid komt vaak op kousenvoeten binnen; daar zijn meestal ook goede redenen voor. Door de kat uit de boom te kijken, kunnen de risico's worden ingeschat: wat kun je wel en niet doen, wat zijn de 'sancties', wie zijn degenen met invloed? Bovendien kan de nieuwkomer zo achterhalen wat de afspraken, regels, waarden en normen zijn, hoe de lijntjes lopen, wie bevriend is met wie, wie wat bepaalt, en ook hoe de contacten met leden van buiten de groep lopen. De eerste afwegingen en verkenningen worden gemaakt. Wat wil en wat kan ik hier, voldoet deze groep aan mijn verwachting? Wie zijn de andere groepsleden, welke normen gelden? Word ik geaccepteerd door de leider en medegroepsleden en accepteer ik hen? Wordt er naar elkaar geluisterd?

De groep houdt de nieuweling natuurlijk ook in de gaten. Wil ik deze persoon er wel bij hebben? Bij het antwoord op die vraag kunnen uiteenlopende argumenten de doorslag geven. Kan hij of zij iets aan onze groep bijdragen? Wat is de invloed van de nieuwkomer op de groepsprestaties of de sfeer? Hoe ziet iemand eruit? Ieder mens heeft zijn eigen sjablonen waarmee mensen worden ingeschat. Voor mevrouw Horst zou een van de maatstaven waarmee zij nieuwkomers inschat bijvoorbeeld kunnen zijn: iemand die rond zich heen kijkt, is een nieuwkomer en een potentiële dief. Haar oordeel op grond van deze grove vuistregel heeft de neiging zichzelf te versterken, door het selectief waarnemen van het doen en laten van de ander.

Ook materiële voorzieningen die gedeeld moeten worden kunnen de acceptatie van nieuwkomers beïnvloeden. Als in een verpleeghuis een extra persoon aan tafel aanschuift, maar het aantal sneden brood neemt niet (zichtbaar) toe, kan dit de acceptatie van de nieuwkomer schaden. Hetzelfde geldt voor de stoel en de ruimte die iemand 'inpikt'. Wie kent niet de 'strijd' om de stoelen bij het koffiedrinken?

De druk van de groep

Soms presteren mensen in een groep beter dan dat zij alleen zouden doen (sociale facilitatie). Dit is vooral het geval bij automatische en goed beheerste taken. Bij slecht beheerste taken komen mensen onder groepsdruk (stress) juist slechter uit de verf dan waartoe zij alleen in staat zouden zijn (sociale inhibitie).

Bij sommige taken kan één persoon het verloop voor de anderen bepalen, zoals bij een wandeltocht. Bij andere bezigheden komt het er minder op aan hoe snel of goed ieder individu is, bijvoorbeeld bij gezamenlijk koken en afwassen. Elke taak kan een eigen groepsdruk en individuele stress geven. Bij een wandeltocht bijvoorbeeld kan een tragere persoon zich opgejaagd voelen, terwijl de anderen zich juist afgeremd weten. De groepsdruk kan dan hoog zijn om de minimaal aanvaarde prestatie te leveren, en de afwijzing van groepsleden kan abrupt en sterk zijn als dit bij herhaling niet lukt. Iets soortgelijks kan in zorginstellingen gebeuren bij kaartmiddagen of in gespreksgroepen: de deelnemers stellen als norm dat er foutloos gekaart wordt of zinvol gesproken. Bij bezigheden waar de prestatie minder belangrijk is en de individuele bijdrage minder herkenbaar, kan bij sommigen de neiging ontstaan het zelf rustig aan te doen, zodat de ander wat meer bijdraagt (social loafing of duikgedrag). Die ander kan zich daardoor weer gebruikt voelen.

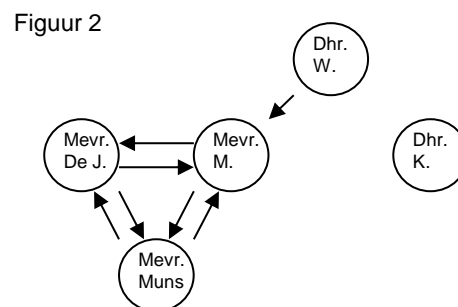
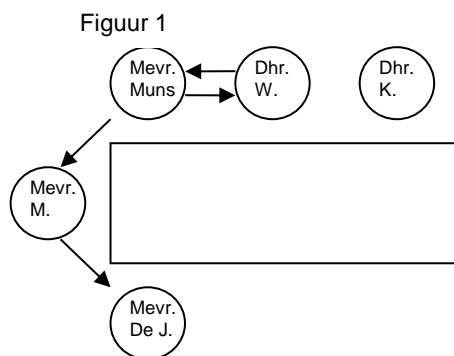
Sociogrammen

Een methode om relaties en interactiepatronen in een groep weer te geven is met behulp van een sociogram. Een vertrekpunt kan bijvoorbeeld zijn hoe groepsleden over elkaar denken. Zij kunnen zelf schematisch weergeven met wie ze bijvoorbeeld het meest gemeen hebben of met wie zij graag omgaan. Ook kan worden aangegeven met wie iemand juist helemaal geen binding heeft, of een negatieve relatie. Dezelfde vragen kunnen ook via observatie worden beantwoord. Hoe vaak zoeken bijvoorbeeld cliënten in een huiskamer contact met welke andere cliënt of verzorgende? Zijn er groepjes, paren, geïsoleerden? Zijn er 'sterren': mensen van wie naar veel anderen interactie uitgaat én

terugkomt? Wie vormen een ketting van communicatie: een aantal mensen met minder intensieve contacten en/of eenrichtingsverkeer?

Een sociogram geeft een oppervlakkige weergave van groepsdynamica. Voor een beter beeld van wat zich binnen een groep afspeelt, is aanvullende observatie en informatie nodig. Dit illustreren we hierna via twee sociogrammen.

Mevrouw Muns zit aan de tafel met de dames Meesters en De Jonge en met de heren Kool en Willems. Mevrouw Muns zit naast meneer Willems en aan het hoofd van de tafel zit mevrouw Meesters. Mevrouw Muns is wat losgekomen en begint een praatje met haar tafelgenoten. Mevrouw Muns maakt regelmatig contact met meneer Willems en minder met de anderen. Dit kan een gevolg zijn van de plaats die zij hebben aan tafel. Ook kan het een gevolg zijn van teleurstellende ervaringen in het verleden die zij had in het contact met vrouwen in haar familie. Mevrouw Muns heeft ook contact met mevrouw Meesters, maar minder. Dit hangt waarschijnlijk samen met de hardhorendheid van mevrouw Meesters. Mevrouw Meesters heeft op haar beurt contact met mevrouw De Jonge. Mevrouw Muns heeft geen contact met mevrouw De Jonge, waarschijnlijk omdat de tafel breed is en er een plant op tafel staat. Het sociogram is weergegeven in figuur 1 op de volgende pagina. Er is een totaal ander beeld tijdens een activiteit waar geen tafel bij nodig is en de cliënten zelf een plaats in de ruimte kunnen kiezen (zie figuur 2 op de volgende pagina).



Het zijn de kleine dingen

Niet alleen de grootte, ook de vorm van de tafel maakt uit. Een ronde tafel stimuleert de interactie, zorgt ervoor dat ieder in elkaars zicht zit. In een prettige sfeer en bij een gezamenlijke activiteit, zoals een gezelschapsspel, kan een ronde tafel een ideale uitgangspositie zijn. Na conflicten, of doordat men genoeg heeft van elkaar, kan het aanhoudend in elkaars blikveld zitten juist stress oproepen en tot ruzie leiden, of uitlokken dat mensen in zichzelf gekeerd raken. Een grote rechthoekige tafel heeft weer andere effecten. De neiging om met degene naast je contact te leggen is niet zo groot, omdat je die persoon niet ziet. Soms ontstaat hier het hoofd-van-de-tafeleffect. Wie aan het hoofd van de tafel zit, is voor ieder voortdurend te zien en kan daarmee de interactie sterk bepalen. Het kan veel uitmaken wie aan welke plaats aan welke tafel zit. De afstand tussen de tafels onderling en de positie van de tafel in een huiskamer drukken eveneens een stempel op gedrag en stemming van mensen.

Levensruimte

Mensen hebben behoefte aan een eigen ruimte die zij zelf kunnen controleren. Als je op het strand komt, is de eerste handeling het markeren van het eigen gebied met je badhanddoeken, koelbox, strandstoel of zelfs strandtent. Ieder van ons heeft ook een zogenaamde persoonlijke ruimte ('life-space' of 'life bubble'). Dat is een denkbeeldige lege cirkel om je heen waardoor je je prettig voelt. Zodra iemand binnen die cirkel komt kan er een onprettig gevoel ontstaan. Mensen die veel behoefte hebben aan persoonlijke ruimte, voelen zich bijvoorbeeld onprettig in een lift.

Er is veel onderzoek gedaan naar de beleving van de persoonlijke ruimte. Een van de bevindingen is dat mensen met agressie- en geweldsproblemen doorgaans meer - tot wel driemaal zoveel als gemiddeld - persoonlijke ruimte nodig hebben om zich prettig te voelen. Achterdochtige mensen ervaren zeer regelmatig dat hun persoonlijke ruimte wordt geschonden, omdat die erg ruime grenzen heeft. Manische mensen vallen op door het frequent schenden en overschrijden van persoonlijke ruimtes van anderen. Bij iemand in je nabijheid die je als gelijke ervaart, is je persoonlijke ruimte kleiner (kun je die ander dicht bij je verdragen) dan bij iemand die je als anders ervaart. Voor het omgaan met cliënten in een instelling betekent dit dat je goed moet aftasten waar de persoonlijke ruimte van iemand begint. Veel conflictgedrag van cliënten in groepen is te begrijpen als je kunt nagaan of er schendingen van de persoonlijke ruimte hebben plaatsgevonden.

Zet mensen in één ruimte dicht op elkaar, en de kans neemt toe dat ze elkaar aanvliegen, in zichzelf keren (te beschouwen als een verkapte vorm van vluchten) of daadwerkelijk vertrekken. Mensen hebben behoefte aan een plek waar zij zich kunnen afzonderen, maar waar zij ook onzichtbaar en onhoorbaar zijn voor anderen. Wanneer je terugdenkt aan de tekst over het 'woon en leefklimaat', zie je ook dat dat als erg belangrijk wordt ervaren door cliënten. Schenden van deze privacy geeft spanning.

Een hoge dichtheid van mensen op elkaar versterkt vaak de sfeer die in de groep heerst. Dicht bij elkaar zitten zal prettig worden gevonden zolang de sfeer goed is en de aanwezigen tussen mensen zitten die zij graag mogen, zij het voor een beperkte tijd. Voorbeelden van aangenaam op elkaar gepakt zitten zie je in een café of bij toeschouwers van een sportwedstrijd. In een drukbevolkte ruimte wordt onvrede of ongemak echter versterkt en ontstaat een licht ontvlambare situatie.



Oefening: sociogrammen

Doel

Na afloop van deze oefening heb je:

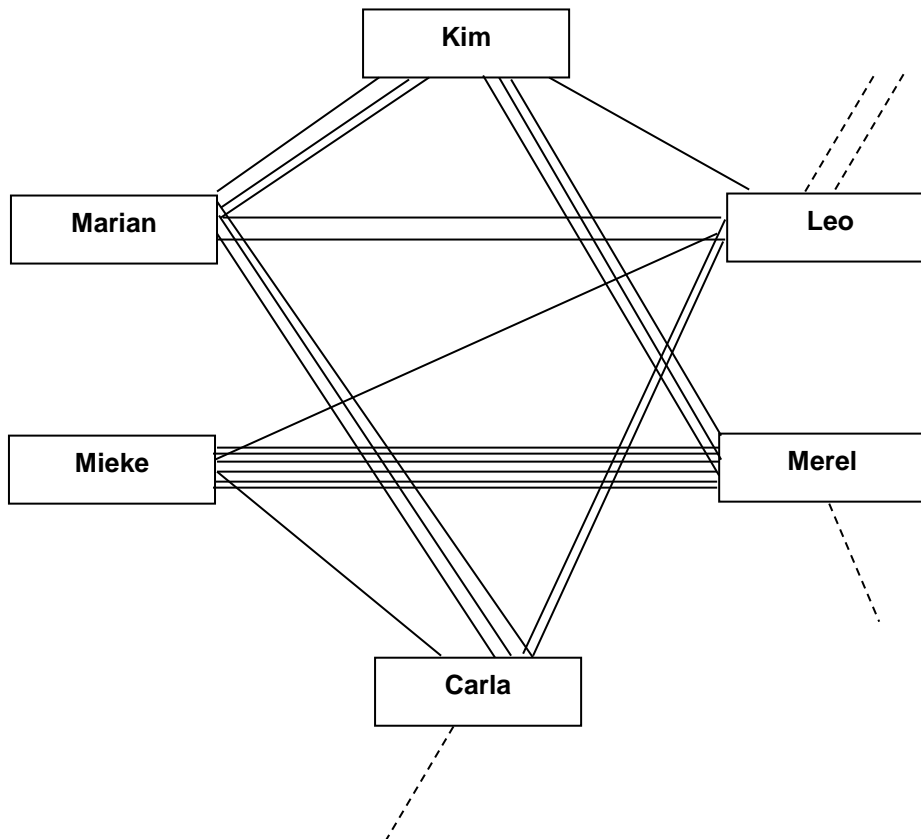
- inzicht in de sociogram-techniek en weet je hoe deze te gebruiken
- interactiepatronen in een groep in kaart gebracht
- geleerd interpersoonlijke factoren te herkennen en aan te dragen die van invloed zijn op de interactiepatronen

De docent legt de oefening uit.

Voorbeeld sociogram

In onderstaand sociogram is de interactie tussen de diverse personen in kaart gebracht. Het is in één opslag duidelijk dat de meeste interactie tussen Mieke en Merel plaats heeft gevonden. Leo is het minst in de discussie betrokken geweest. Opvallend is verder dat er geen interactie tussen Marian en Mieke en Merel en Leo heeft plaats gevonden.

Een stippellijn duidt op een opmerking die niet specifiek aan een persoon gericht is, maar aan de groep als geheel.



Kwaliteit van de zorgverleners

Vakinhoudelijk handelen: 1.3.3 De GVP is in staat om verschillende benaderingen te hanteren, te improviseren en om zo nodig ander zorgaanbod te initiëren en te organiseren.

Zorgverleners richten zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor de betrokken cliënt. Zij werken cliëntgericht, zijn deskundig en zijn een betrouwbare ondersteuner die de cliënt op een goede manier bejegt. Zij signaleren tekorten en niet-passende zorg en zoeken daarbij naar oplossingen.

Cliëntgericht

Voor verantwoorde zorg zijn vakbekwame zorgprofessionals nodig, die werken vanuit een gevoel en interesse voor het wel en wee van de cliënt. Een belangrijk onderdeel daarvan is het adequaat kunnen omgaan met de gezondheidsrisico's die de cliënt loopt, op een manier die recht doet aan het eigen leven van de cliënt.

Het is een vorm van 'vraaggerichtheid' die zich alleen in een goede zorgrelatie kan uitkristalliseren. Het gaat verder dan waar de cliënt misschien letterlijk om vraagt.

Cliënten in de zorg zijn nu juist meestal niet mondig, maar kwetsbaar in hun afhankelijkheid. Ze kunnen soms beperkt communiceren en hun eigen situatie slecht overzien. Daarom is het nodig dat zorgverleners actief betrokken zijn op het leven van cliënten in hun eigen sociale setting – een extra dimensie van zorgprofessionaliteit in de verpleging, verzorging en zorg thuis!

Deskundig

- De zorgverlener werkt vakkundig, zelfstandig, methodisch en resultaatgericht volgens het zorgleefplan;
- De zorgverlener past richtlijnen/protocollen toe, die gebaseerd zijn op actuele kennis volgens professionele, geautoriseerde, algemeen aanvaarde standaarden;
- De zorgverlener blijft binnen de grenzen van zijn bekwaamheid en bevoegdheid en verwijst zo nodig door naar andere disciplines;
- De zorgverlener is in staat om adequaat samen te werken met collega's, andere disciplines, mantelzorgers, vrijwilligers, zodat de continuïteit in zorg gewaarborgd is;
- De zorgverlener overlegt met familie/verwanten als de cliënt dat wil of als de cliënt minder in staat is de eigen situatie te overzien.

Goede bejegening

- De zorgverlener houdt zich aan de gedragscode over de omgang met de cliënt;
- De zorgverlener respecteert de eigen levenssfeer van cliënten en draagt zorg voor een goede bejegening;
- De zorgverlener respecteert de privacy van de cliënt en bemoeit zich niet ongevraagd met diens privé-zaken;
- De zorgverlener tutoyeert de cliënt niet zonder toestemming;
- De zorgverlener gaat professioneel in op vervelende ervaringen van de cliënt met de organisatie;
- De zorgverlener staat open voor vragen en kritiek over de zorgverlening.

Betrouwbaar

- De zorgverlener is in staat een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen;
- De zorgverlener houdt zich aan afgesproken werkzaamheden en afgesproken tijden;
- De zorgverlener gaat vertrouwelijk om met privégegevens van de cliënt;
- De zorgverlener gaat zorgvuldig om met eigendommen van de cliënt.

Signalering van tekorten of niet passende zorg

Zorgverleners signaleren het als de zorg niet meer voldoende of passend is. Zij voeren hierover overleg met het team (de bij de cliënt betrokken zorgverleners) en hun leidinggevende.

Als het nodig of wenselijk is, maken zij afspraken over aanpassingen en verbeteringen die passen binnen het indicatiebesluit. Als het nodig is, helpen zij de cliënt bij het aanvragen van een herindicatie. Zorgverleners leggen signalen en eventuele afspraken over aanpassingen en verbeteringen vast in het zorgleefplan.


GEZONDHEIDSZORG
COLLEGE

HOUDINGSKAART

DE ZORGVRAGER
CENTRAAL!


Maak contact voor je handelt

Zie de persoon
Verdiep je in achtergrond
en behoeften
Geef aan wat
je komt doen




Toon respect

Toon geduld, begrip,
belangstelling.
Zorg voor privacy




Richt je op kwaliteit van leven

Met aandacht voor:
Lichamelijk welbevinden
Woon- en
leefomstandigheden
Participatie
(daginvulling,
sociaal netwerk)
Mentaal
welbevinden




Lever zorg op maat

Sluit aan bij de beleving
van de cliënt
Ondersteun Eigen
Regievoering
Laat de cliënt (waar dat
kan) eigen
keuzes maken



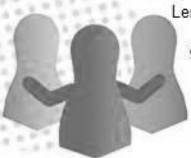
Communiceer helder

Geef duidelijke informatie
Gebruik LSD
Check of de cliënt je begrepen heeft
Maak afspraken




Werk goed samen

Zorg voor continuïteit, goede overdracht
duidelijke communicatie
werkoverleg
Uitwisselen van ervaringen
Leren van elkaar
Vraag en
geef feedback




Ken jezelf

Reflecteer op eigen handelen
Ken je mogelijkheden en
beperkingen
Blijf bekwaam



Ga ervoor!

Je kunt er elke dag mee beginnen
Denk in oplossingen
Fouten maken mag
Vier successen





Je kunt bovenstaande houdingskaart downloaden via de GVP inlogomgeving



Opdracht: Ondersteuning Eigen Regievoering

1. Hoe kun je de eigen regievoering van cliënten bevorderen?
2. Een cliënt of mantelzorger kan opmerken: 'Leuk dat jullie dat zo noemen, maar het komt er op neer dat ik zoveel mogelijk zelf moet doen. Hoe reageer je hierop?
3. Hoe zit het met het bevorderen van de eigen regievoering bij licht dementerende cliënten?
4. Meer denken in kwaliteiTJD. Wat denk je daarvan?



Opdracht: Hoe staat het met mijn cliëntgerichtheid?

- Vul onderstaande vragenlijst zo eerlijk mogelijk in en beantwoord daarna de open vraag aan het eind.
- Vorm een groepje van drie.
- Geef jouw ingevulde vragenlijst aan iemand anders in het groepje. Zorg dat ieder de lijst van een ander heeft.
- Bespreek met elkaar de ingevulde lijsten en geef antwoord op de volgende vragen:
 - Hoe cliëntgericht is ieder?
 - Bespreek met elkaar alle antwoorden waar geen 'ja' is ingevuld. Wat valt daarbij op?
 - Ieder formuleert voor zichzelf een leerpunt als het gaat om cliëntgerichtheid.

	ja	soms/ beetje	niet zo	nee
1. Ik weet wat de cliënt belangrijk vindt / wat voor de cliënt belangrijk is.				
2. Ik doe niets wat de cliënt niet wil.				
3. Ik pas regelmatig mijn afspraken over de zorg / dienstverlening aan, aan wat de cliënt nodig heeft.				
4. Ik weet op welke punten ik onvoldoende aansluit bij de vragen van de cliënt / datgene wat de cliënt nodig heeft.				
5. Als een collega een cliënt niet cliëntgericht behandelt, bespreek ik dat met mijn collega.				
6. Uitgaande van de cliënt, denk ik dat ik goed tegemoet kom aan de vragen van de cliënt.				
7. Als een cliënt iets nodig heeft of wil wat wij nog niet bieden, probeer ik dat te realiseren.				
8. Cliëntgerichtheid betekent voor mij dat ik mede verantwoordelijk ben voor alles wat wij aan zorg / dienstverlening bieden.				

Cliëntgerichtheid voor mij betekent dat ik:

.....

Signaleren van wensen, vragen en problemen

Cliëntgerichtheid en goed signaleren horen bij elkaar. Het is gemakkelijk als cliënten aangeven wat zij willen, maar soms is dat door zijn beperkingen niet mogelijk. Soms durven cliënten hun wensen, vragen of klachten niet kenbaar te maken. Dat heeft te maken met persoonlijkheid, maar ook met eerdere (negatieve) ervaringen, afhankelijkheid (en dat niet willen zijn) en andere oorzaken. Bij het aangeven van klachten ligt het vaak nog moeilijker. We gaan daar straks verder op in. (Tijdig) signaleren is belangrijk voor preventie. Opmerken dat het niet goed gaat, dat zich wellicht een probleem gaat voordoen. Als GVP ben je misschien de eerste die iets opmerkt, of iemand anders.

*'Signaleren betekent dat je dingen opmerkt die doorgegeven moeten worden.
Je moet kunnen afwegen of iets de moeite waard is om door te geven.
Je moet kunnen inschatten wat belangrijk is en wat je zelf aan kunt of niet.
Altijd gaat het om de vraag: is dit normaal of is dit afwijkend?
Is wat ik opmerk een signaal van een positieve of een negatieve verandering
of behoort het opgemerkte tot de normale situatie van de cliënt?'*

Door tijdig bepaalde zaken te signaleren en te handelen, kan worden voorkomen dat er problemen ontstaan of ernstiger vormen gaan aannemen. In dat geval is er sprake van preventie. Een indirecte bron van signaleren biedt de rapportage. Later tijdens de opleiding komen we daarop terug.

Kort gezegd gaat het bij signaleren om:

- het voorkomen van (ernstige) problemen of (grote) onvrede;
- het vaststellen van veranderingen in de cliëntsituatie (wensen en vragen) en aansporen tot actie;
- het bieden van de juiste dienstverlening op het juiste moment aan de cliënt.

Grenzen aangeven

Als je altijd toegeeft aan de wensen, vragen en de wil van de cliënt lijkt het op 'U vraagt, wij draaien'. Ook bij familie gebeurt het dat zij hoge verwachtingen hebben ten aanzien van de mogelijkheden of dat zij voortdurend meer vragen dan afgesproken is. Dan is het belangrijk om grenzen aan te geven. Grenzen aan wat mogelijk is binnen de organisatie.

Daarnaast kan het voorkomen dat een cliënt of familie vragen of wensen uiten aan verschillende medewerkers, totdat er een is die doet wat ze willen. Het gebeurt maar al te vaak, dat 'snel even iets wordt gedaan.' En dat kan collegiale verhoudingen verstoren: 'Bij Marian kan het wel en bij u niet'. Het is dus noodzakelijk dat dergelijke situaties in een teamoverleg aan de orde komen, om afspraken hierover te maken en je daaraan te houden.

Grenzen aangeven is ook belangrijk wanneer je een vraag krijgt die strijdig is met jouw waarden en normen (denk aan intimiteit en seksualiteit).

Tot slot is het belangrijk om grenzen aan te geven bij bijvoorbeeld agressief en claimend gedrag.

Omgekeerd kan het zijn dat je onbedoeld en onbewust grenzen van cliënten passeert.

Voorbeeld: voor mannen kan het schokkend zijn om van onderen gewassen te worden door een (jonge) vrouw, in hun ogen een meisje.

Belangrijkste regel: Geef aan wat wel en niet acceptabel is en wijs het gedrag af en niet de persoon.

Bedreigingen en valkuilen bij cliëntgerichtheid

Regels en procedures

Er kunnen bepaalde regels zijn, een bepaalde werkwijze of procedure die moet worden gevolgd. Vergeten wordt dat deze zijn gemaakt als middel en niet als doel. Of: als we dit voor die cliënt gaan doen dan moeten we dat voor alle cliënten gaan doen en dat kan niet. Dus.....

Drukke en onderbezetting

Door drukte of (tijdelijke) onderbezetting kan het aantal mogelijkheden (tijdelijk) minder zijn.

Tegenstrijdige waarden en normen

Soms vraagt de cliënt iets waar je moeite mee hebt omdat het indruist tegen jouw waarden of normen. Of soms wil je dat een cliënt iets doet of nalaat omdat dat jouw waarden en normen zijn.

Twijfel over de mogelijkheden tot zelfbeschikking

Een wens kan niet gerealiseerd worden, zoals een psychogeriatrische cliënt die naar huis wil.

Cliëntgerichtheid wordt een doel op zichzelf

Sommige cliënten hebben behoefte aan een voorspelbaar bestaan met een eenvoudig ritme. Zelfstandigheid maakt ze onzeker of bang. Cliëntgerichtheid moet niet, het kan.

Onzekerheid

Cliëntgericht werken kan hoog gespannen verwachtingen geven bij cliënten: 'Ik hoef maar te vragen wat ik wil?' Anderzijds kan het onzekerheid geven bij medewerkers. Wat kan (mag) wel en wat niet.

Gelijkwaardigheid is eenvoudig

Cliëntgericht werken is gebaseerd op de gedachte van emancipatie, gelijkwaardigheid en gelijkheid in rechten en plichten. Dat betekent dat medewerker en cliënt op voet van gelijkheid overleggen. Dat is gemakkelijk gezegd, maar hoe reëel is dat? Zijn de rollen (rol van cliënten van medewerker) niet zo verschillend, dat er altijd een mate van ongelijkheid blijft? Er zijn nu eenmaal elementen in de onderlinge verhouding cliënt-medewerker die een werkelijke gelijkheid in de weg staan. De cliënt kan niet zonder ondersteuning zijn leven inrichten.



Opdracht: Hoe zou je zelf willen?

Bespreek onderstaande vragen in kleine groepjes met elkaar en ga na welke overeenkomsten er zijn tussen de opvattingen binnen je groepje?

1. Stel je voor dat je verblijft (of je krijgt thuis zorg van) de organisatie waarvoor je werkzaam bent. Hoe zou jij dan het liefst willen wonen en leven? Wat zou je belangrijk vinden? Wat staat voor jou dan op de eerste plaats en wat daarna?
2. Wat verwacht je van medewerkers? Hoe zou je willen dat er met je wordt omgegaan?
3. Verplaats je nu in de schoenen van een cliënt. Hoe is het om cliënt te zijn van de organisatie waarvoor jij werkt? Heeft de cliënt écht de regie? Wat vind je goed aan de dienstverlening, wat zou je anders willen?

Normen en waarden

Wil je cliëntgericht werken, dan moet je weten hoe de belevingswereld van de cliënt er uit ziet. Inzicht krijgen in zijn doen en laten, denken en voelen. De cliënt begrijpen maakt dat de zorgvraag beter beantwoord kan worden. Je inleven in de cliënt is een sleutel voor het begrijpen van het gedrag en daardoor weer de sleutel om je eigen gedrag te veranderen.

De beleving van een situatie is persoonlijk, subjectief. Eenzelfde situatie kan door verschillende mensen verschillend worden beleefd en kan los staan van iets wat objectief vast te stellen is. Een simpel voorbeeld: objectief gezien kan het warm zijn, terwijl een cliënt het toch koud heeft.

Bij het verlenen van zorg- en diensten spelen je persoonlijke en professionele waarden en normen een rol. Het is belangrijk dat je je van deze waarden en normen bewust bent.

Normen: *zijn de opvattingen over hoe je je wel of niet behoort te gedragen*

Waarden: *zijn de maatstaven waarmee men het gedrag van zichzelf en van anderen beoordeelt*

Professionele en persoonlijke normen en waarden

Elke cliënt heeft zijn eigen normen en waarden en krijgt te maken met de waarden en normen van andere cliënten, maar ook van hulpverleners: jou en je collega's. Andersom geldt dat jij te maken krijgt met de normen en opvattingen van cliënten en je collega's, maar zelf ook allerlei normen hebt. Denk bijvoorbeeld aan jouw normen van hygiëne, hoe jij vindt dat mensen met elkaar om moeten gaan, je opvattingen over wat goed is voor de ander, je opvattingen over seksualiteit, enzovoort.

Zo heeft ieder geheel eigen normen en waarden. Er bestaat dus altijd een variatie (of verschil) tussen mensen. De een legt bijvoorbeeld de nadruk op de norm dat je altijd de waarheid moet spreken, terwijl een ander geen kwaad ziet in een leugentje om bestwil.

In de relatie tussen jou en de cliënt/mantelzorg neemt ieder (bewust of onbewust) eigen waarden en normen mee. Deze overlappen elkaar voor een deel, maar kunnen op belangrijke punten uit elkaar lopen. Als dat het geval is, kan er een dilemma ontstaan.

Professionele normen zijn normen die voor iemand gelden omdat hij een specifieke functie of beroep vervult. Deze verplichtingen gelden voor ieder lid van een beroepsgroep ten aanzien van professioneel handelen en verantwoordelijkheden. Het kan gaan om technische vaardigheden en normen die te maken hebben met de houding. Bijvoorbeeld dat je als hulpverlener het welzijn van de cliënt moet bevorderen, en dat je betrouwbaar moet gaan met informatie over de cliënt. De professionele normen bij een diabetes cliënt kunnen haaks staan op wat een cliënt prettig vindt.

Persoonlijke normen en waarden verwijzen meestal naar hoe men met elkaar moet omgaan, wat een goed leven is, enzovoort. Voor een deel horen ze bij onze cultuur en voor een deel krijgen we ze mee in onze opvoeding en de omgeving waarin we opgroeien.

Het is belangrijk dat je je bewust bent van je eigen waarden en normen en de mate waarin deze een rol spelen bij de wijze waarop je werkt. Het is ook belangrijk dat je open staat voor de waarden en normen van de cliënt.

Cliënten met een andere culturele achtergrond

In onze multiculturele samenleving neemt als gevolg van vergrijzing het aantal allochtone ouderen uiteraard ook toe. Zij maken maar beperkt gebruik van zorgvoorzieningen en er zijn grote verschillen tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Er zijn maar beperkt onderzoeksgegevens beschikbaar.

Veel Marokkaanse ouderen verwachten mantelzorg van de kinderen

Driekwart van de Marokkanen is van mening dat hun kinderen voor hen moeten zorgen als zij op leeftijd zijn. Turkse ouderen hebben ook een voorkeur voor familiezorg, zij het wat minder uitgesproken dan Marokkanen. Wat dit betreft hebben autochtone ouderen de minst hoge verwachtingen van hun kinderen. Surinamers, Antillianen en Molukkers nemen een tussenpositie in, met aan de ene kant de Turken en Marokkanen en aan de andere kant de autochtonen.

Veel informele hulp bij Marokkaanse en Turkse ouderen

Ongeveer de helft van de zelfstandig wonende Marokkaanse 55-plussers en 30% van de Turkse ouderen ontvangt informele hulp, veelal van thuiswonende kinderen of de partner. Bij andere ouderen ligt het aandeel dat deze hulp ontvangt lager: 21% van de Surinamers, 10% van de Antillianen, 17% van de Molukkers en 10% van de autochtonen. Onbekend is in hoeverre de hulp die Marokkaanse en Turkse ouderen krijgen leidt tot overbelasting van hun helpers en een verminderde participatie in andere activiteiten zoals werk of opleiding.

Weinig thuiszorg bij allochtonen

Bijna één op de vijf Surinamers en autochtonen maakt gebruik van de thuiszorg. Bij de Turken, Marokkanen, Antillianen en Molukkers liggen de percentages ouderen met thuiszorg lager, variërend van 1% tot 8%. Het geringe gebruik van thuiszorg kan samenhangen met de ruimschoots aanwezige informele hulp. Ook zijn lang niet alle ouderen bekend met de thuiszorg. Sommigen weten niet hoe deze hulp kan worden aangevraagd, anderen vinden de prijs te hoog. Wie eenmaal thuiszorg ontvangt is daar wel heel vaak tevreden mee: de hulp voldoet aan de verwachtingen, er wordt genoeg tijd en aandacht aan de ouderen besteed en medewerkers houden rekening met zaken die voor het geloof en cultuur van belang zijn. Driekwart van de Turkse ouderen ervaart taalproblemen in hun contacten met de thuiszorg. Een derde van hen vindt dat zij gediscrimineerd worden.

Verzorgingshuizen niet in trek bij allochtone ouderen

Er zijn, op de Surinamers na, bijna geen allochtone ouderen te vinden in verzorgingshuizen. Dit komt voor een deel doordat de groep relatief jong is, vaak samenwoont of een beroep op de kinderen doet. Voor een deel komt dit door een negatieve houding ten opzichte van verzorgingshuizen: men wil daar liever niet wonen. Turkse, Marokkaanse en Molukse ouderen stellen verder specifieke eisen aan een verzorgingshuis die voortkomen uit hun culturele achtergrond

Culturele verschillen worden als belangrijkste verklaring gegeven. Om mensen met andere gewoonten, waarden en normen te begrijpen is een open, onderzoekende houding en kennis nodig. Het is onmogelijk om kennis te hebben over alle in Nederland voorkomende culturen. Dat zijn er erg veel. Je kunt op verschillende manieren aan kennis komen:

- Via de cliënt;
- Via de familie;
- Door het lezen van boeken;
- Door op internet informatie te zoeken.

In deze opleiding beperken we ons tot een beperkt aantal verschillen die cultureel bepaald zijn en van invloed zijn op de wijze van dienstverlening.

Opvattingen over ziekte en ziektebeleving

Het geloof en het levensverhaal van een cliënt kunnen bepalend zijn voor zijn ideeën over gezondheid, ziekte, ziektebeleving en geneeswijzen. Sommige bevolkingsgroepen uiten lichamelijke klachten soms nadrukkelijk om aan te geven hoe serieus de klacht is. De familie bezoekt een zieke veel, ook om hem te helpen ontspannen. De hoop op genezing is voor hen altijd belangrijk, ook als iemand terminaal is. Houd rekening met een cliënt die geen informatie wil over diagnose, behandeling of prognose bij een

ernstige ziekte of de naderende dood. Het is erg belangrijk om deze wens te respecteren. Je kunt wel de familie informatie geven en vragen.

Naast door een arts voorgeschreven medicijnen kunnen sommige cliënten huismiddelen gebruiken of therapieën volgen vanuit hun eigen cultuur. Vraag de cliënt of familie om uitleg als je het niet begrijpt. Medicijnen innemen gedurende bijvoorbeeld de ramadan is voor een moslim niet altijd mogelijk.

Opvattingen over hygiëne

In verschillende culturen vind je regels en gewoonten over hygiëne. Veel moslims reinigen zich vijf keer per dag voor het gebed. De onderarmen, de handen, het gezicht en de voeten worden 'ritueel' gewassen. Soms willen cliënten zichzelf wassen of vragen familie dat te doen. Dat is omdat men vindt dat een niet-moslim, een moslim niet 'rein' kan maken. Je schoenen uittrekken voordat je de kamer binnenkomt is in veel culturen normaal in verband met het schoonhouden van de woonruimte, waarin ook wordt gebeden. Bij de meeste Surinamers mag je meestal wel in huis komen met schoenen aan, maar eigenlijk nooit in de slaapkamer.

Opvattingen over rituelen bij een overlijden

Rond de dood zijn er veel verschillende rituelen in diverse culturen, evenals de manier waarop mensen daarmee omgaan. In sommige culturen staan grote families enkele dagen aan het ziekbed van een stervend familielid en na het overlijden volgen er enkele dagen van rouw. Soms gaat dat om dertig tot vijftig familieleden. Anderen nemen in kleine kring, ingetogen afscheid van hun dierbare.

Voedingsgewoonten

Bij de bereiding van voedsel bestaan bepaalde gewoonten en/ of religieuze voorschriften. Vraag altijd aan een cliënt of er bepaalde wensen zijn op het gebied van voeding en voedingsvoorschriften. Maak goede afspraken over wat wel en niet gegeten mag worden. Noteer het en geef het door aan de keuken. Voedsel uit een gemeenschappelijke keuken wordt niet altijd vertrouwd. Kijk dan niet gek op als familie eten meebrengt. Wist je dat...

- Hindoestaanse ouderen vaak vegetariër zijn, dus geen vis of vlees eten? Ook moeten voedingsmiddelen goed schoongemaakt worden.
- Voor veel Chinezen voeding direct gekoppeld is aan gezondheid? Ze drinken geen koude drank, maar gekookt water of Chinese thee. Rijst is de basis van hun maaltijden maar zij bereiden dat op een bepaalde manier.
- Voor een groot aantal moslims het belangrijk is dat het eten 'halal' wordt bereid? Er moet geslacht worden volgens islamitische voorschriften. Varkensvlees is verboden. Een varken beschouwt men als een onrein dier, omdat het van de grond eet en een alleseter is. Alcoholische drank is verboden.
- Sommige Joodse mensen koosjer eten? Koosjer betekent 'toegestaan'. Vlees van koeien en schapen is toegestaan, omdat het herkauwers zijn en ze gespleten hoeven hebben. Ook is het belangrijk dat vlees en melk bij het koken en eten strikt van elkaar gescheiden wordt gehouden.

Leefsfeer

Een afgesloten keuken, een bidet in de badkamer en een wc die niet naast de keuken zit, is belangrijk voor onder anderen Turken, Marokkanen en Chinezen. De mogelijkheid om zelf te kunnen koken is voor veel Chinese ouderen belangrijk. Zij houden van veel planten in hun nabije omgeving.

Familie

Sociale aandacht is voor mensen van levensbelang. De betrokkenheid van familie bij hun ouders of een ouder familielid, verschilt per bevolkingsgroep. Familieleden van bijvoorbeeld Surinaamse, Marokkaanse, Antilliaanse en Turkse cliënten doen over het algemeen meer met hun oudere familielid dan Nederlandse families. Zij vinden het heel moeilijk als hun ouders in een verpleeghuis terechtkomen. 'Je hoort zelf voor hen te zorgen' is hun opvatting. Maar soms is er teveel zorg nodig en zit er niets anders op dan dat hun vader of moeder naar het verpleeghuis verhuist.

Activiteiten

In Marokko is het traditie dat oudere vrouwen sprookjes en levensverhalen vertellen. Als die interesse ruimte krijgt, gaat er een wereld open. Muziek, handwerken en andere creatieve activiteiten worden door ouderen uit allerlei culturen gedaan. Of als men het zelf niet meer kan, zijn het lezen van een boek, het bekijken van foto's of een bezoek aan een museum uitstekende manieren om met een eigen hobby bezig te zijn. Andere mannen ontmoeten om thee te drinken is voor veel Turkse en Marokkaanse mannen een belangrijke bezigheid.

Omgangsvormen

Genegenheid tonen in het openbaar, zoals zoenen of vriendschappelijk aanraken, wordt afgekeurd in Indonesië en Suriname. 'Nee' zeggen wordt als onbeleefd gezien, onder andere door mensen uit Indonesië, Turkije en Marokko. Ze willen de ander niet in verlegenheid brengen.

Vreemden een hand geven, wordt in diverse culturen om religieuze redenen niet op prijs gesteld.

Er zijn in Nederland een aantal verzorgingshuizen voor bepaalde bevolkingsgroepen zoals Beth Shalom (Joodse ouderen, Amsterdam) en Patria (Indische en Molukse ouderen, Bussum). Soms wordt rekening gehouden met bepaalde leefstijlen van bevolkingsgroepen, zoals bij verpleeghuis Hogewey (Indische ouderen, Weesp).



Opdracht: Ieder zijn normen en waarden

Beantwoord onderstaande vragen individueel.

1. Geef voorbeelden van voor jou belangrijke normen en waarden (bijvoorbeeld wat betreft geloof, relaties, hygiëne, omgangsvormen enz.).
 2. Wat doe jij als een ander daar geen rekening mee houdt?
 3. Neem een cliënt in gedachten waarvoor jij GVP bent. Wat weet je over zijn normen en waarden? Komt dat overeen met jouw normen en waarden? En als dat niet zo is, hoe ga je daarmee om?
 4. Bespreek de volgende vragen met drie van je collega's:
 - In welke mate zijn normen en waarden belangrijk voor cliënten?
 - Wordt daar in de dagelijkse praktijk voldoende rekening mee gehouden?
 - Indien nee, hoe zou je daar verbetering in kunnen brengen?
-

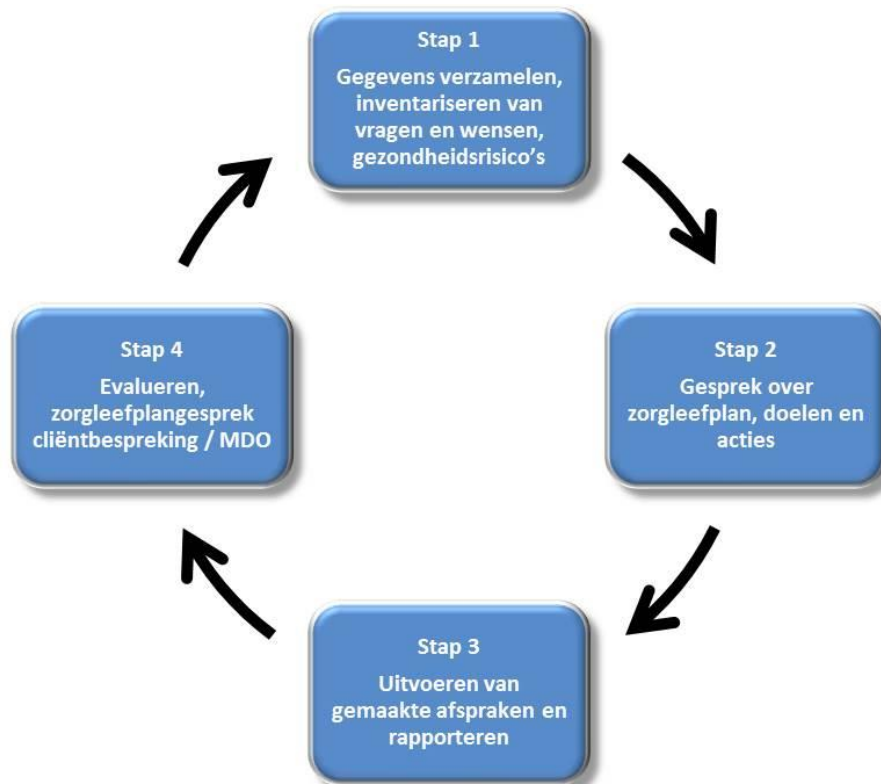
Informatie verzamelen

Vakinhoudelijk handelen: 1.1. De GVP-er is in staat om tijdens de intake/kennismaking op een methodische wijze gegevens over de totale (uitgangs-) situatie van de cliënt, met betrekking tot de 4 levensdomeinen, te verzamelen. Zij maakt daarbij gebruik van diverse bronnen: cliënt/naasten, medische anamnese, observaties, collega's en anderen.

Methodisch handelen

Het werken met zorgleefplannen vraagt van ieder een bepaalde zelfde houding. Om te komen tot een (elektronisch) cliëntdossier is een systematische denk- en handelwijze nodig: het 'methodisch werken'. Methodisch werken is op zich niets bijzonders, je gaat immers nooit iemand helpen zonder dat je weet waarom en waarvoor. In het dagelijkse leven handel je ook vaak methodisch. Als je thuis een kamer gaat behangen, dan denk je: wat zal ik erop plakken, hoe zal ik het doen, wat gaat het kosten, wanneer zal ik het doen? Het **wat, hoe, wanneer en door wie** komt in het dagelijkse leven vanzelfsprekend aan de orde.

Bij methodisch werken ga je niet intuïtief in op een behoefte van een cliënt, maar je handelt **bewust** naar een **bepaald doel** en hanteert **een methodische en systematische** aanpak. We onderscheiden hierbij verschillende stappen:



Stap 1: het verzamelen van gegevens en inventariseren van de vragen en wensen

Je vraagt je af wat er aan de hand is en verzamelt informatie met het doel om de totale situatie van een cliënt in beeld te brengen. Je wilt een goed beeld krijgen van de vragen, wensen en gezondheidsrisico's die spelen op één of meer levensdomeinen. Naast goed luisteren is ook goed observeren belangrijk.

Enkele bronnen zijn:

- de cliënt zelf;
- de partner, familie of zorgvrager;
- informatie van andere disciplines (bijv. huisarts);
- schriftelijke informatie (overdracht, verslagen etc.);
- de indicatie;
- observaties (eigen of van anderen).

Stap 2: het zorgleefplangesprek en het bepalen van doelen en acties

Nadat de vragen en wensen duidelijk zijn, is de volgende stap het bepalen van doelen en acties. Dit vindt onder andere plaats tijdens een *zorgleefplangesprek* met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger en / of een *cliëntbespreking* (mono- of multidisciplinair).

In sommige werksituaties of bij minder complexe situaties is alleen een zorgleefplangesprek met de cliënt al voldoende. In andere situaties kun je een (al dan niet multidisciplinair) overleg houden met collega's of telefonisch collega's of disciplines raadplegen. Soms kun je het combineren (cliënt of wettelijk vertegenwoordiger aanwezig bij de cliëntbespreking, zie lesdag 7).

Eventuele doelen bespreek je met de cliënt eigenlijk meteen al bij stap 1 en dit breng je in bij een cliëntbespreking.

Een doel (hierop komen we nog terug):

- geeft aan wat je samen wilt bereiken;
- moet haalbaar en toetsbaar zijn;
- is zo concreet mogelijk.

Wanneer de doelen zijn vastgesteld, worden afspraken gemaakt.

wat	moet er gebeuren
wanneer	moet dit gebeuren
door wie	en
hoe	moet het gebeuren.

Stap 3: het uitvoeren van de gemaakte afspraken en rapporteren

Een goede verslaglegging van de voortgang (rapportage) is belangrijk en is altijd gekoppeld aan de vastgestelde doelen en acties van het zorgleefplan. Het geeft een duidelijk beeld van het verloop van de dienstverlening: welke veranderingen zijn er? Gaat de cliënt achteruit of vooruit?

Stap 4: de evaluatie, zorgleefplangesprek, cliëntbespreking / MDO

In deze stap ga je na of en in hoeverre de gestelde doelen zijn bereikt en of je ze moet bijstellen.

Dit vindt plaats tijdens een zorgleefplangesprek met de cliënt en / of een cliëntbespreking / MDO.

De reactie / beleving van de cliënt staat daarin centraal. Hoe reageert de cliënt, wat vindt hij prettig en wat vervelend? Hoe ervaart de mantelzorg het? Is deze tevreden over de manier waarop een en ander is verlopen? Zijn alle afspraken nagekomen en zo nee wat was hiervan de reden? Wat vinden de betrokken hulpverleners ervan?

Tijdens de evaluatie besteed je aandacht aan het resultaat (doel) en het verloop (proces).

Eventueel stel je doelen en activiteiten bij en formuleer je nieuwe.

Methodisch werken met het zorgleefplan komt dus neer op:

eerst **inventariseren**
dan **samen afspraken maken**
dan **uitvoeren**
daarna **nagaan of alles goed is gegaan.**

De cyclus van methodisch werken begint daarna weer opnieuw.

Het (elektronisch) cliëntdossier, waarvan het zorgleefplan een onderdeel is, bestaat uit delen. In onderstaande lijst staan er een aantal genoemd (maar dat kunnen er meer of minder zijn), gekoppeld aan de stappen binnen de methodische cyclus.

	Stap in het proces	Mogelijke delen in een (elektronisch) cliëntdossier
1	Gegevens verzamelen, vragen en wensen inventariseren gezondheidsrisico's inventariseren	<ul style="list-style-type: none"> • Personalialia / administratieve gegevens • Verslag eerste gesprek • Algemene typering cliënt / levensloop • Observatieverslag(en) • CIZ indicatie / overdracht • Medicijnlijst
2	Bepalen doelen en acties	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgleefplan • (eventueel een ADL-lijst) • Verslag afronding gesprek zorgleefplan
3	Uitvoeren van acties	<ul style="list-style-type: none"> • Rapportage • Registratielijsten (temp lijsten, lijsten middelen en maatregelen, vochtlijst e.d.)
4	Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgleefplan • Verslag cliëntbespreking / MDO • Formulier voor ontslaggesprek / einde dienstverlening

Drie fases

Het opstellen van een zorgleefplan door de GVP is geen éénmalig gebeuren bij de start van de dienstverlening, maar is een doorlopend proces. Het zorgleefplan ontstaat al werkende, en blijft een levend werkdocument dat mee beweegt met het wel en wee van de cliënt. Ook het meer vaste gedeelte met de 'houdbare' gegevens (b.v. personalialia) over de cliënt vult zich langzaam: als de zorgrelatie groeit leer je de cliënt steeds beter kennen. Het is dus niet zo dat je tijdens een eerste gesprek alle gegevens moet zien te verzamelen en het zorgleefplan gereed moet hebben.

1. Eerste gesprek: concept zorgleefplan (zie ook schema verderop)

Het eerste gesprek of kennismakingsgesprek vindt plaats voor of aan het begin van de zorg- en dienstverlening aan de cliënt, en bij psychogeriatrische cliënten met familie en/of vertegenwoordiger. Dit gesprek is een eerste oriëntatie naar de verwachtingen van de cliënt over de dienstverlening, zijn behoeften en wensen. Het beeld zal na één gesprek niet volledig zijn en zich toespitsen op actuele wensen en gezondheidsproblematiek.

Het eerste gesprek moet in ieder geval voldoende zicht krijgen op zijn belangrijkste wensen en vragen en zijn gezondheidsrisico's. Dit is de basis voor het concept zorgleefplan en uitgangspunt voor de te starten dienstverlening.

2. Oriëntatiefase: binnen zes weken een zorgleefplan

In de eerste weken na de start van de dienstverlening krijg je beter zicht op het eigen leven van de cliënt, en samen met de cliënt (familie, vertegenwoordiger) breng je de gewenste ondersteuning verder in beeld. Gesprekken, observaties tijdens de dienstverlening en hoe het gaat met de cliënt tijdens de dag zijn belangrijke informatiebronnen.

Uiteraard inventariseren en bundelen we in deze fase de bevindingen van alle betrokken disciplines.

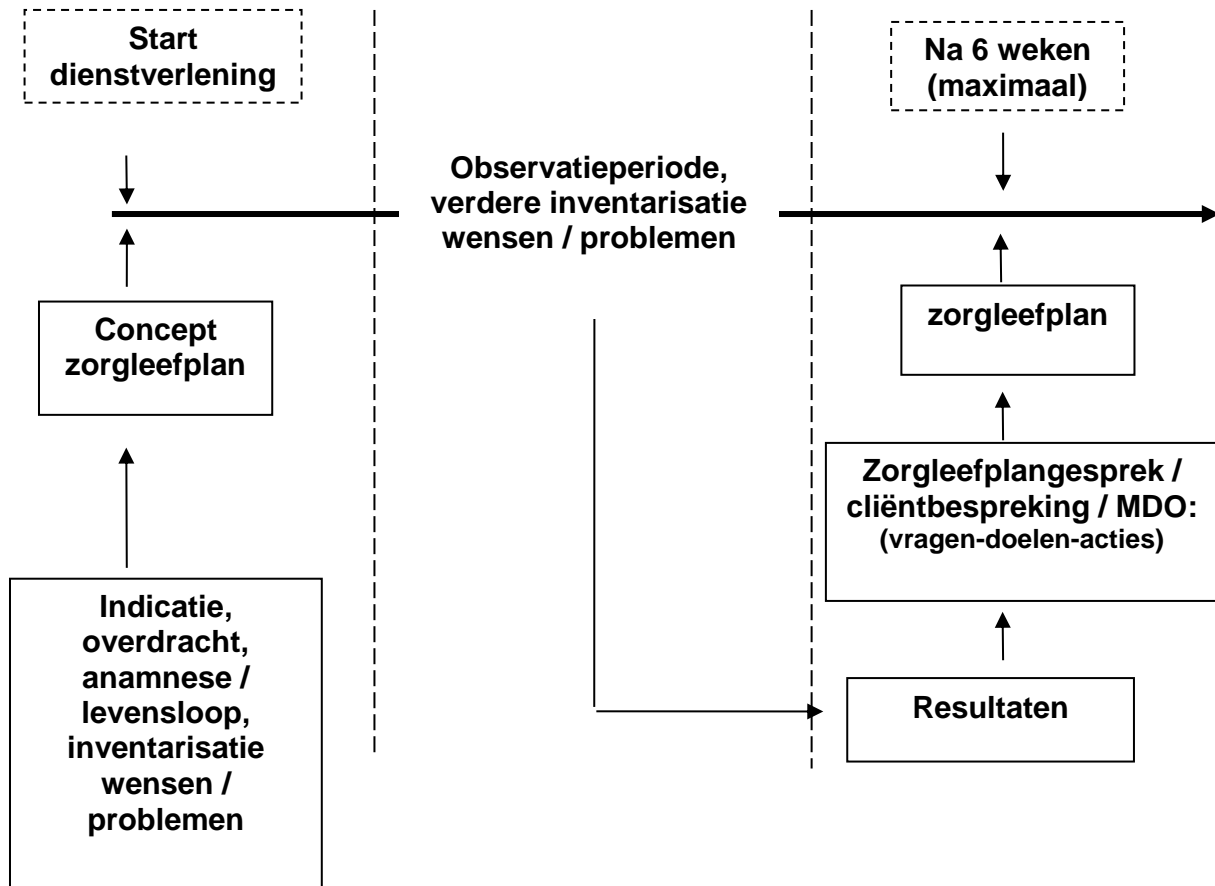
3. Zorgleefplangesprek en cliëntbespreking

Na de oriëntatiefase is er een bespreking over het zorgleefplan waarbij alle bevindingen op tafel komen. Hier wordt duidelijk wat de cliënt nodig heeft en graag wil, en worden in samenspraak met cliënt of vertegenwoordiger doelen opgesteld en dienstverleningsactiviteiten (specifieke handelingen) afgesproken.

Tijdens een Mono- of multidisciplinaire (MDO) cliëntbespreking, waarbij een cliënt of contactpersoon aanwezig kan zijn, wordt het zorgleefplan doorgesproken en afspraken vastgelegd (zoals inhoud, tijdstip, manier waarop), waarmee het zorgleefplan een feit is.

De bovenstaande stappen worden voor nieuwe cliënten binnen (maximaal) zes weken uitgevoerd, waarna de cyclus van het evalueren en bijstellen start, en blijvend doorlopen wordt. De frequentie daarvan wordt bepaald door de veranderlijkheid van de vraag.

Blijf alert op het verschil tussen zaken die van dag tot dag kunnen verschillen en waar je dus dagelijks rekening mee moet houden, en veranderingen die aanleiding geven het zorgleefplan van een cliënt bij te stellen (b.v. slaapt de cliënt af en toe minder goed als deze zich zorgen maakt over iets, of is deze in de ochtend eigenlijk structureel moe?).



Stap 1: Informatie verzamelen

Het goed verzamelen van informatie is belangrijk, immers op basis daarvan wordt het zorgleefplan opgesteld. Je verzamelt gegevens van en met de cliënt door middel van het lezen van verslagen (indicatie, overdracht), door observaties en door gesprekken over de huidige situatie van de cliënt. Het verzamelen van gegevens is een proces.

Uiteraard breng je bij een extramurale cliënt met een beperkte zorgvraag niet de hele leefsituatie en levensloop van de cliënt in kaart. Bij een psychogeriatrische cliënt is dit juist zeer belangrijk. Stem je wijze van informatie verzamelen dus af op de cliëntengroep en de zorgvraag/ indicatie.

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de verwachtingen van de cliënt / mantelzorgers over de dienstverlening en het gesprek te richten op het verzamelen van die informatie die van belang is om een verantwoorde dienstverlening te kunnen bieden.

Wijze van gespreksvoering

Tijdens de contacten is een prettige sfeer belangrijk. Dan bouw je een vertrouwensrelatie op, waardoor cliënt / mantelzorg zich veilig voelt en leg je een basis voor goede samenwerking. Door aan te geven wat hij aan dienstverlening mag verwachten, voorkom je teleurstelling. Belangrijk is:

- je voorstellen en introductie van het gesprek;
- persoonsgegevens: controleren en aanvullen, denk ook aan de contactpersonen;

- levensloop en levenssituatie;
- verwachtingen van de cliënt;
- doorlopen van de indicatie;
- wat heeft de cliënt tot nu toe allemaal zelf gedaan en op welke manier?;
- wat zijn de wensen en behoeften betreffende wonen, zorg- en dienstverlening?;
- is er een sociaal netwerk en welke bijdragen leveren zij?

Bij psychogeriatrische cliënten komt de informatie van de familie en is het belangrijk(er) om de eerste weken zorgvuldig te observeren.

Er zijn drie methoden om een gesprek te voeren. Deze methoden zijn:

- Gestructureerd: je hanteert een vragenlijst en houdt je letterlijk aan de tekst. De cliënt geeft antwoord op de door jou gestelde vragen.
- Niet-gestructureerd of open: vaak staat alleen de beginvraag vast waarna de volgorde van de vragen door de cliënt worden bepaald.
- Semi-gestructureerd: de vragen staan deels vrij en de volgorde is vrij.

Aan elke vorm kleven voor- en nadelen. Het semi-gestructureerde gesprek verdient sterk de voorkeur.

Gestructureerd	Semi-gestructureerd	Niet gestructureerd
Onpersoonlijk	←————→	Sterk persoonlijk
GVP leidt het gesprek	←————→	Cliënt leidt het gesprek
Vraag – antwoord	←————→	Gesprek
Kort	←————→	Lang
Gericht	←————→	Ongericht

Aandacht voor gewoonten, interesse en levensloop

Cliëntgerichtheid en aandacht voor beleving staan centraal bij de dienstverlening aan cliënten. Het leven van een cliënt begint niet op het moment dat hij in zorg komt. Zeker als hij daar lang van afhankelijk wordt of binnen een instelling moet verblijven, is het belangrijk uit te gaan van de persoon. Gewoonten zijn voor veel cliënten belangrijk. Besteed er aandacht aan ook al vind jij bepaalde gewoonten onzin. Ze hebben vaak een belangrijke plek (en een belangrijke functie) in het leven van de cliënt.

Bij de beperkingen gaat het erom dat je aandacht hebt voor wat dat betekent voor het dagelijks doen en laten van de cliënt. Ga uit van de cliënt en zoek samen naar (nieuwe) mogelijkheden om zoveel mogelijk het leven voort te zetten zoals de cliënt dat gewend was.

Aandacht voor verwachtingen

Soms hebben cliënten of familie bepaalde verwachtingen over de dienstverlening of is men heel stellig in bepaalde opvattingen of wat moet of niet moet. Op dat moment komen tact en inlevingsvermogen om de hoek kijken. Voordat je hier tegenin gaat, is het beter eerst rustig door te vragen naar de redenen. Je kunt te maken krijgen met bezwaren en weerstanden. Benoem deze weerstanden en erken dat deze begrijpelijk zijn. 'Dat is een belangrijk punt. Ik vind net als u dat wij uw moeder niet moeten lastig vallen met vervelende dingen van vroeger'.

De cliënt of familie wenst soms meer zorg of activiteiten dan mogelijk (indicatie) of goed is voor de cliënt (verlies zelfstandigheid en eigen regie). De mogelijkheden zijn niet onuitputtelijk en dat moet je duidelijk maken wat soms lastig kan zijn. Geef indien mogelijk keuzemogelijkheden of alternatieven.

Hier kan je kennis over de sociale kaart van de regio van belang zijn. Schakel eventueel je leidinggevende in.

Typering van de cliënt

Afhankelijk van de cliëntgroep is dit summier en compact (bijvoorbeeld extramuraal) of heel uitgebreid (intramuraal).

Meestal kan de cliënt zelf het best vertellen hoe hij zijn leven wil inrichten. Dat vraagt van jou dat je oprecht interesse toont in hem en vragen stelt om je een beeld te vormen van zijn leven.

Familie kan de cliënt soms helpen om te verwoorden hoe hij gewend is / was te leven. Ook uit je eigen observaties en van collega's en andere disciplines, komt bruikbare informatie.

Vooraf bij gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld een verhoogde kans op decubitus) moet je je eigen vakkennis en die van andere disciplines benutten.

Vooraf bij intramurale cliënten moet je je cliënt goed leren kennen! Wie is de cliënt? Wat is typerend voor zijn levensstijl? Hoe ziet zijn dagelijks leven eruit? Wat is zijn dagritme? Wat zijn belangrijke gewoonten en voorkeuren? Waar geniet hij van? Wat ergert hem? Hoe is het met zijn gezondheid? Hoe kom je aan informatie over hem?

Zelfredzaamheid

Er vindt een ingrijpende kanteling in 'de zorg' plaats. Het voeren van de eigen regie en het benutten van de eigen kracht van de cliënt en zijn of haar omgeving (familie, mantelzorger) staan daarin centraal. Het (nog) meer beroep doen op de bijdrage vanuit dit netwerk van de cliënt is daar een belangrijk onderdeel van. 'Samen zorgen' is het uitgangspunt. Niet alleen in de thuiszorg maar ook in de intramurale setting.

Het behoud of versterken van de zelfredzaamheid is uitgangspunt van je zorgleefplan.

Zelfredzaamheid betekent gepaste zorg: niet minder en niet meer dan nodig is. In het zorgleefplan maak je hierover afspraken met je cliënt (en familie/mantelzorger).

Werk ergens naartoe met je cliënt: bepaal een of meerdere doelen met je cliënt/familie en bespreek wat ervoor nodig is om die doelen te bereiken.

Er zijn een aantal hulpmiddelen ontwikkeld om de zelfredzaamheid in kaart te brengen, zoals de Zelfredzaamheidsmeter en de Zelfredzaamheidsradar.

Een deel uit de zelfredzaamheidsmeter

Levensdomein 5: Lichamelijk functioneren				
	Er is sprake van lichamelijke problemen/(chronische) ziekte(n) die regelmatig behandeling of verpleging vereisen. De persoon ervaart ernstige gezondheidsbeperkingen.	Er is sprake van lichamelijke problemen/(chronische) ziekte(n) en enige gezondheidsbeperkingen. Er is soms behandeling of verpleging nodig.	Er is sprake van enige lichamelijke problemen of chronische ziekte. De persoon heeft hier weinig last van en ervaart geen of weinig gezondheidsbeperkingen.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen. De persoon functioneert fysiek gezien goed.
Zelfredzaamheid	1 - niet 1	2 - beperkt 1,5 2	3 - voldoende 2,5 3	4 - volledig 3,5 4
	Heeft geen of weinig inzicht in de eigen ziekte.	Heeft beperkt inzicht in de eigen ziekte.	Heeft inzicht in de eigen ziekte en kan zelf goed bepalen wanneer en of behandeling nodig is.	Heeft geen problemen bij het lichamelijk functioneren.
Eigen regie	1 - geen 1	2 - beperkt 1,5 2	3 - volledig 2,5 3	4 - niet van toepassing



Lees meer over de 'Zelfredzaamheidsmeter en zelfredzaamheidsradar' via
Ga naar de website van BTSG en log in op de GVP pagina.
Wachtwoord: *GVPopleiding*

In gesprek met de familie

Er zijn natuurlijk grenzen aan het uitgangspunt dat de cliënt zelf zoveel mogelijk gegevens aandraagt. Allerlei communicatie problemen of -stoornissen kunnen een rol spelen en soms kan de cliënt in het geheel geen antwoorden geven. In dat geval geeft de wettelijk vertegenwoordiger (contactpersoon) antwoorden of beslist deze voor de cliënt. Een en ander is wettelijk geregeld in de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, zie ook eerder in deze map).

Via de rechter kan iemand benoemd worden, maar het kan ook minder officieel. De cliënt stelt dan een verklaring op waarin hij iemand aanwijst voor de momenten dat hij niet zelf kan beslissen. Binnen de meeste organisaties is het opstellen van een dergelijke verklaring een vast onderdeel van de procedure. Wanneer er niets op papier staat, wordt de naaste bij de besluitvorming betrokken. In eerste instantie is dat de partner, een ouder, een kind, een broer of een zus.

Bij psychogeriatrische cliënten is de familie vaak de meest belangrijke bron van informatie.

Het kan voorkomen dat een cliënt je geen informatie wil geven, terwijl hij geen communicatiestoornissen of geheugen problemen heeft. Je kunt dan niet alsnog de informatie bij een familielid gaan halen. Cliënten zijn wettelijk tegen dergelijke zaken beschermd. Je dient dus de mening van de cliënt te respecteren. Een zelfde redenering geldt richting wettelijk vertegenwoordiger als deze geen informatie wil geven. Als GVP is het belangrijk dat je op dergelijke zaken let.

Het is belangrijk dat je weet wie je voor je hebt. Gaat het om de echtgenoot of een vriend, een dochter of de schoondochter? Vergissingen hierin - een zus die je voor een dochter aanziet - zijn heel pijnlijk. Hoe meer tijd er overheen gaat voordat je weet wie wie is, hoe moeilijker het is om het na te vragen.

Bij een dergelijk gesprek kun je als hulpmiddel een checklist gebruiken. Probeer ook hier een beeld te krijgen van voor de hand liggende onderwerpen als vroeger werk en interesses, huidige mogelijkheden en wensen, belangrijke levensgebeurtenissen en zintuiglijke en motorische belemmeringen. Maar minder voor de hand liggende onderwerpen zijn vaak net zo belangrijk. Waaraan stoorde de cliënt zich vroeger? En waarvan genoot hij of zij juist? Het kopje koffie of de sigaar? Welke omgangsvormen en bejegening 'vallen' goed en welke juist niet? Wat gaf hem of haar steun op moeilijke momenten? Houdt hij of zij van een grapje of juist niet?

TIP: je kunt familieleden van psychogeriatrische cliënten vragen zelf een typering van de cliënt te geven aan de hand van richtlijnen die jij geeft. Dat geeft hen de tijd om er aandacht aan te besteden en kan de betrokkenheid vergroten.

Controle op volledigheid, juistheid en betrouwbaarheid

Cliënten, familie en collega's kunnen je veel informatie geven en, daarvan ga je uit, zij doen dat zo duidelijk en oprecht mogelijk. Toch doe je er goed aan om regelmatig de verkregen informatie op volledigheid, juistheid en betrouwbaarheid te controleren.

De twee voor de hand liggende manieren zijn:

- Het zelf nagaan van de informatie en / of
- Het verzamelen van dezelfde informatie bij meerdere bronnen.

Aandacht voor gezondheidsrisico's / risicosignalering

Er wordt verwacht dat je tijdens het gesprek met de cliënt aandacht aan gezondheidsrisico's (zoals valgevaar, rondom medicatie, over- ondergewicht etc.) besteedt en de conclusies opneemt in het zorgleefplan. Dat wil zeggen dat als er sprake is van een risico je een plan van aanpak opneemt in het zorgleefplan (= doel(en) en actie(s)).

Naast het bespreken van deze onderwerpen, is hier ook je professionele blik van belang. Wat signaleer jij aan bijvoorbeeld risicofactoren als het gaat om vallen? Merk jij op dat iemand magerder wordt?

Tips en aandachtspunten bij een gesprek

Introductie

- Jezelf voorstellen, geef de duur van het gesprek aan en hoe en wanneer je bereikbaar bent. Laat een kaartje met de belangrijkste gegevens achter!

Tijdens het gesprek

- Doe niet te gewichtig, maar laat ook niet over je heen lopen.
- Geef eventueel aan dat er later nog contact komt en dat je daartoe initiatief neemt.
- Maak aantekeningen van het gesprek, zonder te overdrijven.
- Schep reële verwachtingen ten aanzien van wat je wel en niet zult doen.

In gesprek met familie:

- Probeer minder in het oog springende zaken als kleine ergernissen, prettige ervaringen, wensen in bejegening en dergelijke boven water te krijgen.
- Informeer de verwanten tussendoor; ook ongevraagd en als er geen opzienbarend nieuws is.
- Bij te grote verwachtingen van familie probeer je die met de nodige tact te temperen.
- Bedank de familie voor het gesprek, geef aan wat je met de informatie doet en hoe het contact in de toekomst zal verlopen.

Omgaan met stellige meningen en weerstand

- Probeer de achtergronden hiervan te achterhalen.
- Bestrijd bezwaren niet.
- Geef aan hoe je rekening met hun bezwaren houdt.
- Zoek samen een oplossing.
- Stel voor iets voor een beperkte tijd te proberen om vervolgens samen terug te blikken en een beslissing te nemen.
- Benut je eigen kennis over de cliënt als het gaat om wensen en vragen.



Opdracht: Informatiebronnen

Astrid werkt als GVP. Als zij 's morgens op haar werk komt ligt er een briefje van een van haar collega's. Er is een aanvraag voor dienstverlening aan een nieuwe cliënt gekomen. Het gaat om het echtpaar Claassen. Mevrouw lijdt aan een dementieel syndroom en meneer Claassen kan de zorg niet meer alleen aan. Hij heeft dat altijd met 'hart en ziel gedaan'. De huisarts heeft het CIZ ingeschakeld.

1. Welke informatiebronnen raadpleeg jij als het gaat om een nieuwe cliënt en welke informatie heb jij nodig als het gaat om een nieuwe cliënt?
Komt het wel eens voor dat je merkt dat er informatie ontbreekt en zo ja om welke informatie gaat dat dan?
Wat doe je om deze informatie alsnog te achterhalen?
2. Verplaats je in de situatie van Astrid. Benoem aandachtspunten die van belang zijn bij het voeren van het eerste gesprek met het echtpaar. Welke hulpmiddelen gebruik je daarbij?



Opdracht: Gegevens verzamelen

Lees onderstaande stellingen en schrijf bij elke stelling of je het ermee eens of oneens bent en beargumenteer dit. Ga uit van je eigen werksituatie.
Beantwoord daarna ook de vraag die er staat.

Bespreek vervolgens in een groepje elkaars meningen en antwoorden.

- 1) Gegevens verzamelen moet je volgens een systeem doen (zoals bijvoorbeeld SAMPC of de methodiek van ActiZ).
Welk systeem hanteer jij?
- 2) Gegevens over de levensloop van een cliënt heb je altijd nodig.
Welke levensloopgegevens verzamel jij?
- 3) Het is de taak van elke discipline om aanvullingen of gegevens door te geven.
Gebeurt dat ook binnen jouw werksituatie?
- 4) Gewoontes en interesses van een cliënt zijn net zo belangrijk als de daadwerkelijke behoefte aan zorg.
In welke mate en hoe hou jij hier rekening mee binnen je werk?
- 5) De verwachtingen van een cliënt of familie zijn vaak hoger dan we waar kunnen maken.
Hoe ga jij hier mee om?

Samenwerken met mantelzorgers

Samenwerking: 3.3 De GVP is in staat samen te werken met mantelzorgers en vrijwilligers en betreft hen als zijnde bron van kennis over de cliënt (levensloop, persoonlijkheid, gewoontes en wensen).

Het kan de kwaliteit van leven van cliënten ten goede komen, als naast professionele zorg mantelzorg een rol kan blijven spelen op een aanvaardbaar niveau. Dat wil zeggen met waarborgen voor de kwaliteit van zorg en zodanig dat mantelzorgers niet overbelast raken.

In de thuissituatie hebben partner en andere familieleden een grote en belangrijke rol. Zij moeten alle ruimte krijgen om een bijdrage aan de zorg te kunnen leveren. In toenemende mate wordt gerekend op- of in ieder geval gestreefd, naar een actieve betrokkenheid van mantelzorgers. In het maken van afspraken over het zorgleefplan moeten zij dus ook een plaats hebben. Binnen de thuiszorg ligt dit voor de hand en is het vaak noodzakelijk.

Vanuit de visie van cliëntgericht werken, wordt een beroep gedaan op het zelfzorgvermogen van cliënten. De professionele zorg is ondersteunend. Dat geldt ook richting mantelzorgers. Het onderschrijven van deze visie betekent voor de familie dat zij de keuzes van de cliënt – met daaruit voortkomende risico's – moeten respecteren. Dit is niet altijd eenvoudig en vergt een goede verstandhouding met de mantelzorgers om in een open sfeer keuzes met elkaar te bespreken.

Verschillende rollen

Mantelzorgers hebben verschillende rollen. Het is de kunst de verschillende rollen te herkennen en je te realiseren dat elke rol een andere manier van samenwerken vraagt.

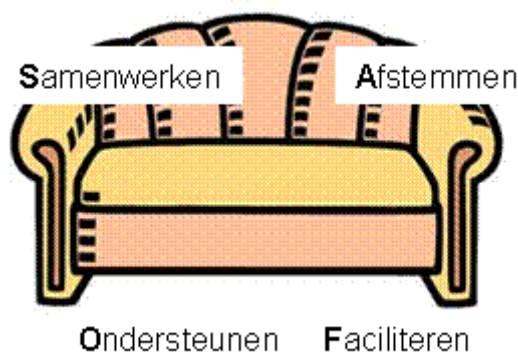
De mantelzorger is iemand:

- die de cliënt goed kent.
Hij weet wie de cliënt is en hoe hij leefde in zijn eigen leefomgeving. Zeker als de cliënt dat zelf niet kan verwoorden, is de mantelzorger de bron van informatie over de cliënt. Veel mantelzorgers zijn ook de belangenbehartiger van de cliënt.
- die mogelijk zorg verleent of in ieder geval heeft verleend.
Hij of zij helpt bij het eten en/of bij het naar het toilet gaan. In die rol is hij een collega-zorgverlener. Iemand die met jou samenwerkt om goede zorg te verlenen. Hij is ervaringsdeskundige en kan veel vertellen of hoe een en ander het best kan worden gedaan.
- mogelijk zelf steun nodig heeft.
Veel mensen die langdurige zorg verlenen ervaren stress. Omdat ze het te druk hebben en/of verdriet hebben over hun familielid of vriend. Zij hebben behoefte aan uitleg ("Hij herkent me niet meer?"), troost, of begeleiding om de eigen grenzen te bepalen.
- die partner, zoon/ dochter of vriend(in) van de cliënt is.
Je kunt met de cliënt en zijn mantelzorger nadenken over wat er nodig is om die relatie in stand te houden, weer invulling te geven.

Welke van bovenstaande rollen het meest voorkomt, kan van tijd tot tijd verschillen, want iedereen heeft zijn kwetsbare en sterke momenten.

Elke rol is gekoppeld aan een werkwoord waarvan de beginletters het woord SOFA vormen en dat staat voor:

S amenwerken	De mantelzorgers als samenwerkingspartner
O ndersteunen	De mantelzorgers als schaduwcliënt
F aciliteren	De mantelzorgers als persoonlijk betrokkene
A fstemmen	De mantelzorgers als ervaringsdeskundige



SOFA staat als beeld voor het samenspel met de mantelzorg:

- Een plek om je comfortabel te voelen en een luisterend oor te vinden bij de professionele hulpverleners;
- Een plek om naast elkaar te zitten voor overleg of te vragen hoe het gaat;
- Een plek om even uit te rusten;
- Een plek om samen na te denken over besluiten die bepalend zijn voor de kwaliteit van leven van zowel de cliënt als de mantelzorgers en die het leven ingrijpend kunnen beïnvloeden.

Verschillende taken als GVP

In het samenspel heb je als professional verschillende rollen, namelijk als zorgverlener, vertrouwenspersoon en adviseur. Binnen deze rollen zijn een aantal taken te onderscheiden: afstemmen, samenwerken, ondersteunen en faciliteren (zie schema). Deze verschillende taken zijn te onderscheiden maar niet van elkaar te scheiden en lopen in elkaar over.

Aan de basis van al het handelen ligt communicatie. Een heldere en open communicatie is een voorwaarde voor alle elementen van het samenspel met de mantelzorgers.

Goede afstemming tussen hulpverlener(s) en mantelzorgers is de basis voor een goed samenspel. Samenwerking en ondersteuning zijn benoemd als verschillende elementen, maar zij lopen vaak door elkaar heen. Afhankelijk van de situatie krijgt het samenwerken met of het ondersteunen van de mantelzorgers minder of meer accent.

Bij deze drie elementen van het samenspel hou je steeds oog voor de aard van de oorspronkelijke relatie tussen mantelzorgers en cliënt (partner, kind, ouder, vriend). Je faciliteert hen om deze relaties zo veel mogelijk voorop te laten staan.

Cliënt- én familiegericht

Vanuit de cliënt bekeken zijn meer mantelzorgers belangrijk dan alleen de eerste contactpersoon met wie afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de financiën of het zorgleefplan. Bij de dagelijkse dienstverlening en meer persoonlijke activiteiten spelen alle familieleden met wie de cliënt een warme

band heeft een belangrijke rol. De zorgverlening moet daarom niet alleen cliëntgericht, maar ook familiegericht zijn. Daarvoor zijn drie belangrijke argumenten:

- Uit onderzoek blijkt dat elk individueel kind meer zorg verleent als zijn broers en zussen meedoen. Met elkaar gaat het makkelijker. Zorg en aandacht kan dus het best worden verdeeld over de verschillende familieleden
- Een tweede reden is dat de mensen die er voor de cliënt toe doen een diepgaande invloed hebben op diens gezondheid en gevoel van welbevinden. Mantelzorgers zijn dus bondgenoten als het gaat om het verhogen van de kwaliteit van leven en het gevoel van veiligheid van de cliënt.
- Ten slotte komt meer familie gerichtheid in de zorgverlening ook de communicatie ten goede. Dat voorkomt misverstanden, spanningen en conflicten. En omdat die tijd, energie en geld verslinden, gaat met familiegerichte zorg de kost voor de baat uit.

Meer en meer zorginstellingen gaan ertoe over voorzieningen te creëren die het voor mantelzorgers dan ook aantrekkelijker maken om op bezoek te komen met als doel het versterken van de sociale netwerken.

Een intensievere betrokkenheid van mantelzorgers geeft hen tevens de gelegenheid om iets concreets te doen voor het welzijn van hun zorgbehoevende mantelzorger. Mantelzorgers kunnen actief betrokken zijn op allerlei aspecten van het dagelijkse leven. Belangrijk is dat de bijdragen van de mantelzorgers op vrijwillige basis gebeuren en aansluiten bij wat voor de cliënt prettig is. Het voortzetten van contacten is een belangrijk uitgangspunt maar gaat niet vanzelf. Soms ervaren mantelzorgers een soort 'barrière' (bij henzelf) als hun mantelzorger in een zorginstelling gaat wonen. Mantelzorgers kunnen bijdragen aan een huiselijke sfeer en de mogelijkheden qua activiteiten verruimen. Het is belangrijk dat de mantelzorgers in beeld blijft en dat ze bij hun mantelzorger blijven komen om bijvoorbeeld koffie te drinken, gewoon zoals THUIS.

Goed samenwerken gaat niet vanzelf

Mantelzorgers zijn degenen die vaak jarenlang de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de cliënt hebben gehad. Zij hebben zich zorgen gemaakt, boodschappen gedaan, ADL-hulp geboden, zorg gecoördineerd, nachten gewaakt. Zij hebben geprobeerd zo goed mogelijk te zorgen voor hun familielid of vriend(in). Voor hen is het niet altijd even gemakkelijk de zorg (gedeeltelijk) aan professionals te moeten overlaten, ook al hebben ze aan den lijve ervaren dat de zorg voor hen te zwaar werd.

Soms ook ervaren zij de komst van professionele hulpverlening als een grote opluchting en het moment om de zorg los te laten. De inbreng kan dan tot een minimum terugvallen.

Mantelzorgers zijn vaak kritisch en worden nogal eens als 'lastig' ervaren. Het is belangrijk om een goede samenwerkingsrelatie met hen op te bouwen zonder jezelf weg te cijferen. Er zijn een aantal belangrijke uitgangspunten die een positieve bijdrage kunnen leveren aan een goede samenwerkingsrelatie:

1. Maak verwachtingen bespreekbaar

Samenwerkings- en communicatieproblemen tussen jou en mantelzorgers komen vaak voort uit verschillende verwachtingen die men van elkaar heeft. Deze verwachtingen moeten vanaf het begin duidelijk en helder zijn. Als mantelzorgers een bijdrage leveren in de zorg, dan worden hierover afspraken gemaakt en vastgelegd in het zorgleefplan.

2. Spreek elkaar aan

Als er afspraken zijn gemaakt moet je elkaar daarop kunnen aanspreken dat geldt ook richting mantelzorgers. Zodra je stilzwijgend taken overneemt van mantelzorgers, bijvoorbeeld omdat dat sneller gaat, dat je hem wilt ontlasten, de mantelzorger het laat afweten of je bang bent voor negatieve reacties, dan verandert het verwachtingspatroon bij mantelzorgers. Dit is vaak een sluipend proces.

3. Hou regelmatig contact

Regelmatig contact met mantelzorgers is van groot belang om de taakverdeling up-to-date te houden. Niet alleen bij incidenten of als het verkeerd gaat, maar ook als het goed gaat (=positieve feedback voor medewerkers en mantelzorg).

4. Aandacht voor- en in stand houden van het sociale netwerk

Verantwoordelijk zijn voor een bepaalde taak betekent niet dat je die altijd zelf moet uitvoeren. Familie kan het sociale netwerk van de cliënt (vriend, buurvrouw, nichtje, kleinkind) inschakelen om de taken te verrichten. Daarvoor is nodig dat je het sociale netwerk van de cliënt kent. Breng samen met cliënt en de mantelzorger diens sociale netwerk in kaart. Met behulp van deze netwerkkaart kunnen bestaande contacten worden versterkt en nieuwe worden aangegaan.

Het is zinvol om meteen overleg te hebben met de mantelzorger(s) om onder andere over de verdeling van taken van gedachten te wisselen.

Familieparticipatie

Familieparticipatie krijgt meer aandacht. Families willen hun naasten niet meer 'aan de poort afleveren'. Ze willen betrokken zijn en blijven bij de het dagelijks leven van hun familielid en zicht hebben op de kwaliteit van de dienstverlening.

Als cliënten zoveel mogelijk hun gewone leven moeten kunnen leiden, dient er letterlijk en figuurlijk ruimte voor familie en vrienden te zijn. Niet alleen de centrale mantelzorger of de eerste contactpersoon, maar ook het bredere netwerk van een cliënt moet zich welkom voelen. Een manier om de drempel te verlagen is bijvoorbeeld een internetcafé. Rond vier uur 's middags zitten daar steeds vaker kleinkinderen achter de computer als ze na school even bij opa of oma langskomen. Maar meer betrokkenheid van mantelzorgers is niet alleen leuk voor de cliënt, zij is ook noodzakelijk om de kwaliteit van de dienstverlening overeind te houden. Zorgorganisaties zullen in de toekomst geen hoogwaardige zorg kunnen bieden zonder de blijvende betrokkenheid en inzet van mantelzorgers. De signalen hiervan worden steeds sterker.

Binding en betrokkenheid

Familierelaties vormen een sterk bindende factor. Wie langdurige zorg nodig heeft, is voor behoeften als plezier, betekenisvolle activiteiten en contacten, intimiteit, geborgenheid en geestelijk welzijn aangewezen op de aandacht van mensen die nabij staan. Voor de groep zeer kwetsbare cliënten zijn dat hoofdzakelijk familieleden. De inbreng en de betrokkenheid van familieleden is dus erg belangrijk. Lag aanvankelijk de nadruk op de centrale mantelzorger, nu verlegt de aandacht zich naar het familieperspectief. Dit komt nog duidelijker naar voren met de opmars van kleinschalig wonen en de vermaatschappelijking van de langdurende zorg. Meer aandacht voor het familie perspectief is een kwaliteitsslag die zorgorganisaties in staat stelt hun cliënten een veiliger leefwereld te bieden en tegelijkertijd de omslag te maken van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven. Introductie van het familieperspectief zorgt er ook voor dat familieleden met elkaar beter de lasten kunnen delen en dat zorgverleners een breder beroep kunnen doen op de inzet en de mogelijkheden van familieleden. Familieparticipatie geeft familie en vrienden inbreng en invloed en draagt ertoe bij de kwaliteit van leven van mensen die zorg nodig hebben te bevorderen. Kortom, een familievriendelijke omgeving loont.



Voor meer informatie over 'Familieparticipatie' ga je naar:
Ga naar de website van BTSG en log in op de GVP pagina.
Wachtwoord: *GVPopleiding*



Opdracht: Betrokkenheid mantelzorgers

Er wordt steeds meer nadruk gelegd op inzet en betrokkenheid van mantelzorgers. Hoe doe jij dat in de praktijk?

1. Maak je verwachtingen bespreekbaar?
2. In hoeverre betrek jij mantelzorgers bij de zorg? Worden hierover afspraken gemaakt?
3. Zouden mantelzorgers meer ingezet kunnen of moeten worden en zo ja bij welke zaken?
4. Hoe zou je dat kunnen realiseren?
5. Spreek jij mantelzorgers aan wanneer afspraken niet worden nagekomen? Indien nee, wat vind je daaraan moeilijk?

De betrokkenheid van vrijwilligers

Vrijwilligers in de thuissituatie hebben indirect en/of direct met mantelzorgers te maken. Indirect komen ze met elkaar in aanraking, omdat vrijwilligers mantelzorgers tijdelijk vervangen en de mantelzorgers de mogelijkheid bieden om even op adem te komen, boodschappen te doen of naar de kapper te gaan. In directe zin komen ze met mantelzorgers in contact als deze ook in de thuissituatie zijn als de vrijwilliger er is en ze gesprekken met elkaar kunnen voeren. In veel gevallen zullen dit partners van cliënten zijn. De mantelzorger is ook belangrijk voor de vrijwilliger om meer te weten te komen over de zorgvrager als deze minder goed in staat is om zijn of haar wensen en behoeften duidelijk te maken.

In tegenstelling tot thuiszorgmedewerkers of huisartsen zijn vrijwilligers veelal veel langer in de thuissituatie aanwezig. Ze hebben de tijd en ruimte om verhalen aan te horen. Dat betekent dat vrijwilligers ook veel signalen kunnen opvangen dat het niet goed gaat met de mantelzorger (zie ook 'Verschillende rollen van vrijwilligers').

Wat willen mantelzorgers van vrijwilligers?

Mantelzorgers willen van vrijwilligers voornamelijk ondersteuning bij gezelschap houden van de cliënt/zorgvrager, emotionele steun en bij recreatieve activiteiten buitenshuis. Ook zorg tijdelijk van de mantelzorger overnemen en hulp bij vervoer vinden ze belangrijk.

Mantelzorgers waarderen de inzet van vrijwilligers bijzonder. Ze geven hen gemiddeld het rapportcijfer 8,3. Ze laten hun waardering blijken door de vrijwilligers mondeling te bedanken of door een aardigheidje te geven. Ze vinden dat de vrijwilligers bijvoorbeeld goed kunnen luisteren. Ze geven ook aan dat ze door de steun van de vrijwilligers de zorg voor hun naaste beter aan kunnen (uit: Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg). Mantelzorgers geven aan dat ze het heel belangrijk vinden dat het klikt tussen de zorgvrager en de vrijwilligers.

Vrijwilligersorganisaties zouden dan ook zorgvuldig aandacht moeten besteden aan de match.

Verschillende rollen van vrijwilligers

Vrijwilligers in de zorg hebben verschillende rollen bij het omgaan met mantelzorg(ers):

- Partner in de zorg - in sommige situaties zullen mantelzorgers en vrijwilligers samen zorg verlenen aan cliënten/naasten, bijvoorbeeld in kleinschalige woonvormen en hospices.
- Vervanger van de mantelzorger - als de mantelzorger tijd voor zichzelf wil hebben om even bij te tanken, een boodschap te kunnen gaan doen, om een hobby uit te oefenen, om te kunnen werken of op vakantie te kunnen, kunnen vrijwilligers ingezet worden om de zorg tijdelijk over te nemen van de mantelzorger.
- Signalerend - juist omdat vrijwilligers - vooral de vrijwilligers in de thuissituatie - vaak langer aanwezig zijn dan beroepskrachten kunnen ze mogelijk eerder zien dat het niet goed gaat met de mantelzorgers. De signalen van (over)belasting die ze oppikken, kunnen ze voorleggen aan de mantelzorger: "Ik merk dat u erg vermoeid bent". Ze kunnen de mantelzorger ook adviseren om mantelzorgondersteuning in te schakelen.

- Uitlaatklep - de vrijwilliger kan ook een uitlaatklep betekenen voor de mantelzorger. De mantelzorger kan niet altijd met zijn gevoelens bij de zorgbehoevende terecht. Mantelzorgers willen familie en vrienden ook niet altijd belasten met "klaagzangen". En bij beroepskrachten durven mantelzorgers ook niet altijd aan te kloppen. Enerzijds niet omdat ze ook afhankelijk van hen zijn en anderzijds omdat beroepskrachten gewoonweg hier de tijd niet voor hebben. Vrijwilligers kunnen dan juist wel dat luisterend oor bieden en emotionele steun geven.

Mogelijke knelpunten in de relatie vrijwilligers en mantelzorgers

In sommige situaties kunnen vrijwilligers zichzelf in een spagaat voelen als de wensen en behoeften van zorgvragers en hun mantelzorgers niet overeenkomen. Bijvoorbeeld als de zorgvrager eigenlijk geen ondersteuning van een vrijwilliger wil, maar de mantelzorger zo zwaar belast is dat ze eigenlijk de zorg niet meer aankan. Of als de vrijwilliger vindt dat de mantelzorger zich eigenlijk veel te weinig laat zien en de zorgvrager daar bij de vrijwilliger zijn beklag over doet. Of de vrijwilliger signaleert dat er mogelijk sprake is van ouderenmishandeling.

Een ander knelpunt kan zijn dat mantelzorgers vrijwilligers graag willen bedanken voor hun steun, maar vrijwilligers volgens hun vrijwilligerscontact eigenlijk geen bedankjes mogen ontvangen.

Je mogelijke rol als GVP

Je kunt een bijdrage leveren als GVP om de omgang met mantelzorgers door vrijwilligers goed te laten verlopen en de rol van vrijwilligers te coördineren.

- Regelmatig contact
Als vrijwilligers actief zijn (ingezet zijn) bij een situatie met (over)belaste mantelzorgers is het zinvol als je met enige regelmaat contact hebt met de vrijwilliger om te vragen hoe het gaat met de vrijwilliger en met de mantelzorger.
- 'Achterwacht'
Vrijwilligers moeten weten dat ze met vragen over omgaan met mantelzorgers altijd terecht kunnen bij iemand, hetzij via de telefoon, hetzij via mail.
- Adviseren en verwijzen
Als vrijwilligers signaleren dat een mantelzorger zwaar belast is en ze dit melden moet je advies kunnen geven, door kunnen verwijzen naar een vorm van mantelzorgondersteuning, deze inschakelen of anderszins actie ondernemen.
- Contact onderhouden
Het is zinvol dat je contacten onderhoudt met de diverse organisaties voor mantelzorgondersteuning, zodat ze mantelzorgers gericht kunnen verwijzen en goed op de hoogte blijven van activiteiten en projecten. Het kan zijn dat binnen de organisatie waar je werkt daar een specifiek iemand is aangesteld.



- www.mantelzorg.nl – Hier vind je meer informatie over wat mantelzorg is, mantelzorg en wonen, vervangende zorg, et cetera.
 - www.werkenmantelzorg.nl - website over mantelzorg en werk. Hier is meer informatie te vinden over het combineren van mantelzorg en een betaalde baan. Er staan zowel tips voor werkgevers als voor mantelzorgers op.
-



Opdracht: samenwerking met vrijwilligers

Beantwoord onderstaande vragen en wissel die met elkaar uit.

1. Geef uit eigen ervaring een voorbeeld van goede samenwerking met een vrijwilliger. Waar ligt het aan dat de samenwerking goed loopt?
2. Wat doe jij om samenwerking met vrijwilligers goed te laten lopen? Wat heb je daarvoor nodig?
3. Wat verwacht je van vrijwilligers?

Het geven van instructie

- 1 Het gaat om het doorgeven van informatie (gegevens, termen, feiten enz.) die collega's, mantelzorgers of vrijwilligers gewoon moeten weten, of om
- 2 Het geven van uitleg, verduidelijken hoe iets uitgevoerd moet worden, of verklaren van wetmatigheden of problemen (hoe komt het dat mevrouw om vier uur onrustig wordt).

De GVP bepaalt vooraf wat wel en niet aan bod komt in de instructie. Wat is relevant en wat niet, welke fasering ga je gebruiken. De informatie wordt op systematische wijze gegeven en bijvoorbeeld op een flap-over geschreven. Je kunt hulpmiddelen gebruiken zoals een video, afbeeldingen etc.

Een instructie bestaat uit de volgende onderdelen:

- Introduceer de werkwijze, het proces of de procedure.
- Laat de benodigde hulpmiddelen zien.
- Geef een overzicht van de opeenvolgende stappen die je gaat nemen.
- Demonstreer de werkwijze of de procedure terwijl je vertelt wat er gebeurt.
- Geef een samenvatting en beantwoord vragen.

Gebruik hierbij:

Eenvoud	korte zinnen, bekende woorden, verklaar vaktermen
Goede structuur	overzichtelijk, logische opbouw, hoofd en bijzaken onderscheiden
Beknoptheid	alleen wat belangrijk is wordt kort en krachtig uiteengezet
Aantrekkelijkheid	wat houdt aandacht vast(?) afwisseling, enthousiasme, voorbeelden, aansluiten bij ervaringen van collega's, mantelzorgers of vrijwilligers

Rond af met het maken van afspraken over rapportage en evaluatie van de (nieuwe) werkwijze.

Samen oefenen

Na een instructie en/of demonstratie zoals hierboven beschreven, ontvangen collega's, mantelzorgers of vrijwilligers de informatie en toon het voorbeeld. Dit is al heel verhelderend, zelf doen is voor veel van onze collega's nog duidelijker.

Na een instructie voordoen, kun je de ander uitnodigen het "na te doen". Je instructie geeft een overzicht van de opeenvolgende stappen die je collega's vervolgens nadoen.

Afhankelijk van de situatie oefent de ander "op" jou (in een één op één instructie) of op een andere collega (in een groepsinstructie).

Het opzetten van een klinische les

Bij het opzetten van een klinische les of een bijscholing maak je gebruik van intern aanwezige kennis. Die kennis zet je in met een bepaalde bedoeling. Die bedoeling kan voor een klinische les anders zijn dan voor een bijscholing en hetzelfde geldt voor de inhoud en opzet.

Doelstellingen van de klinische les zijn:

- het bevorderen van de integratie tussen theorie en praktijk;
- het scherpen van het opmerkingsvermogen van medewerkers (oog krijgen voor de behoefte van de cliënten);
- het verduidelijken van het handelen, hierbij komen medische, psychische, somatische, sociale, pedagogische en levensbeschouwelijke aspecten aan de orde;
- het toetsen en aanvullen van ervaringskennis en het verbeteren van de attitude;
- het leren bespreekbaar maken van eigen handelen.

De inhoud van de klinische les kan gericht zijn op:

- het primaire proces
Hierbij staat het methodisch handelen centraal. Met een bepaalde cliënt als onderwerp, doorloop je gedeeltelijk of geheel het primaire proces. Maak gebruik van elkaars ervaringen, meningen, inzichten, moeilijkheden en gedragingen (Zie ook intervisie/casuïstiek).
- ziektebeelden
Hierbij gaat het om het verduidelijken van een ziektebeeld met de daarbij behorende behandeling. Behandeling, kennis en inzicht in de ziekte, koppel je aan de omgang met cliënten.

Richtlijnen voor het opzetten van een klinische les

Bepaal de inhoud: welke leervragen zijn er, waarom dit onderwerp, wat wordt als moeilijk ervaren, waarover moet men meer weten

Houd rekening met het niveau van de aanwezigen.

Formuleer wat je wilt bereiken binnen de beschikbare tijd.

Bouw de klinische les als volgt op:

- Stap 1: Inleiding
Doelstelling uitleggen en vragen of het duidelijk is.
Zijn er nog vragen uit de voorbereiding (als die er was)?
Duidelijk maken van spelregels, hoe wordt er gewerkt, wat wordt er van deelnemers verwacht?
- Stap 2: De eigenlijke les.
Er zijn een aantal aandachtspunten afhankelijk van de werkwijze binnen de klinische les:
 - Bij doceren: schema maken van de leerstof
 - Bij groepsgesprek: voorbereiden welke denkvragen je kunt stellen en welke deelonderwerpen aan bod moeten komen
 - Bij discussie: welke stellingen wil je poneren, wat voor alternatief heb je achter de hand, indien het gesprek vastloopt.
 - Bij gemengde vormen: welke volgorde? bijvoorbeeld eerst theorie, vanuit de theorie een stelling poneren en vervolgens discussie.

Denk eraan om regelmatig samenvattingen te geven en vragen te stellen.

- Stap 3: Terugkijken
Korte samenvatting geven van het voorgaande.

Bespreking van de bevindingen; productevaluatie.

Hieraan kan gekoppeld worden hoe, waar en wanneer in de praktijk deze les gebruikt gaat worden.

Intercollegiale toetsing

Maatschappelijk handelen: 5.2 De GVP is in staat het vakgebied uit te dragen, onder andere door middel van instructie, advies en voorlichting tijdens het werk.

Intercollegiale toetsing is een methode om de kwaliteit van het professionele handelen te bevorderen. Een aantal beroepsbeoefenaren (in dit geval een groep GVP) verbetert gezamenlijk en op basis van een gelijkwaardige inbreng de kwaliteit van de eigen beroepsuitoefening. Een belangrijk element daarbij is dat je samen aangeeft en afspreekt aan welke criteria de dienstverlening moet voldoen. De kern van intercollegiale toetsing is: het samen als GVP beoordelen van het handelen in de praktijk aan de hand van criteria, gevolgd door het zelf aanbrengen van veranderingen die je samen systematisch evalueert. Dit is dus meer dan een keer met elkaar meelopen of je indruk aan een collega vertellen. Het is ook anders dan een visitatie waarbij anderen (niet collega's) een toetsing komen uitvoeren

Hoe gaat intercollegiale toetsing in zijn werk?

Samen met collega's spreek je af dit de komende tijd met elkaar en bij elkaar te gaan doen. Door loop nu de volgende stappen:

Kies een onderwerp

Inventariseer met elkaar de onderwerpen die voor kwaliteitstoetsing in aanmerking komen. Daarbij kun je gebruik maken van meerdere bronnen en de actualiteit. Een onderwerp zou kunnen zijn de zorgleefplannen maar je kunt ook onderwerpen ontleen aan de indicatoren voor verantwoorde zorg. Het moet gaan over een onderwerp waar je als GVP een rol in hebt. Je kunt dus ook heel goed het profiel GVP als bron van onderwerpen gebruiken.

Kies de manier van toetsing

Soms zijn er instrumenten voorhanden (scorelijsten) die je kunt gebruiken en vaak meerdere manier om elkaar te toetsen. De wijze van toetsing van het gekozen onderwerp en de keuze voor de inzet van één of meer (meet)instrumenten hangt nauw samen met het soort onderwerp en het doel dat je met elkaar en met dit onderwerp wil bereiken.

Het doel van de toetsing moet nauwkeurig omschreven worden om tot een haalbaar resultaat te komen en om achteraf te kunnen nagaan of het doel is behaald. Doelen kunnen worden bepaald vanuit het perspectief van de zorg- of hulpverlener (de GVP) en vanuit het perspectief van de cliënt.

Bepaal de normering

Stel vast op basis van welke criteria bepaald kan worden of het doel bereikt is. Het gaat om een wenselijk niveau van dienstverlening. De criteria of eisen dienen zodanig geformuleerd te worden dat 'goed handelen' zo precies mogelijk omschreven is. Richtlijnen hiervoor kun je samen formuleren of gebaseerd worden op landelijk opgestelde richtlijnen (beroepsgroep) aangepast aan de eigen situatie. Een voorbeeld van normen: de Normen voor verantwoorde zorg

Uitvoering toetsing

Bepaal samen de wijze van gegevens verzamelen. Hoeveel gegevens verzamel je, bij wie en wanneer? Spreek ook af hoe je gegevens verwerkt (verzamelstaten, bepaalde formulieren, via de computer e.d.).

Beoordelingsplan

De verzamelde gegevens uit de praktijk moeten beoordeeld worden. Hiervoor moet de werkelijkheid (Wat heb je gevonden? Wat is exact gedaan?) vergeleken worden met de wenselijkheid (de eerder

afgesproken normering), zodat kan worden nagegaan of de huidige manier van handelen overeenkomt met de afgesproken criteria. Indien er verschil is tussen de wenselijke en de werkelijk verleende dienstverlening, dan ga je kijken naar de oorzaken van de gevonden resultaten (wat is de oorzaak van het verschil). Op deze manier worden aanwijzingen gevonden voor noodzakelijke veranderingen en kan een veranderplan worden opgesteld.

Verbeteren

In deze fase worden de resultaten van datgene wat naar voren is gekomen in de eerdere stappen, omgezet in verbeteracties. Deze kunnen liggen op de wijze van taakinfilling, maar ook op vaardigheden e.d.

Follow-up

Na een van te voren afgesproken periode vindt een evaluatie plaats. Goede en directe feedback over het eigen functioneren is van belang voor het invoeren van veranderingen. De evaluatie wordt in de eerste plaats gericht op de uitvoering van de kwaliteit verbeterende activiteiten zoals die zijn afgesproken of voorgenomen (procesevaluatie). Daarnaast moet ook een evaluatie van het resultaat worden uitgevoerd (productevaluatie). Mogelijk moeten doelen bijgesteld worden, bepaalde knelpunten besproken worden of moeten bepaalde onderdelen van het proces alsnog ingevoerd worden.



Bekijk de handleiding 'Intercollegiaal overleg'
Ga naar de website van BTSG en log in op de GVP pagina.
Wachtwoord: *GVPopleiding*

Bijlage: Informatiebronnen

Tijdschriften

Tijdschrift voor Verzorgenden (TvV) zie ook www.tvvonline.nl

Richt zich op verzorgenden en helpenden. Praktijkgerichte beschrijvingen, theoretische deskundigheidsbevordering en uiteenlopende achtergronden.

Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvZ)

Richt zich op verpleegkundigen. Het blad beschrijft verpleegkundige ontwikkelingen in binnen- en buitenland.

Nursing zie www.nursing.nl

Maandblad voor de Activiteitssector (AS)

Richt zich op activiteitenbegeleiders. Nieuws en actualiteiten in het vakgebied. Het vertelt ook de persoonlijke verhalen van activiteitenbegeleiders. Bovendien biedt het praktijkgerichte hulp, die activiteitenbegeleiders helpt hun werk te professionaliseren.

Denkbeeld

Thema's uit de psychogeriatric <http://mijn.bsl.nl/mijn-bsl/tijdschriften/12428---denkbeeld/671108.html#inhoudsopgave>

Websites

www.btsg.nl

In de '**Kennisbank**' vind je informatie over veel onderwerpen te raadplegen. Daarnaast kun je online vragenlijsten invullen om je kennis of vaardigheid te testen.

verzorgende.startpagina.nl (startpagina)

www.gezondheidsplein.nl

Informatie over allerhande aandoeningen (soms zeer uitgebreid!), een medicijn-gids (van de ziekenhuizen) en filmpjes over aandoeningen.

www.alzheimer-nederland.nl en www.alzheimer.nl

Informatie over de ziekte van Alzheimer wat deels te downloaden is.

www.venvn.nl (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)

Downloadbare richtlijnen (zoals bijvoorbeeld voeding, Parkinson) en informatie.

www.loc.nl (Landelijke Organisatie Cliëntenraden)

Informatie vanuit het oogpunt van cliënten over het leven in zorginstellingen. Van informatief tot praktisch.

www.verenso.nl (Belangenvereniging van specialisten ouderengeneeskunde)

Daar is de richtlijn rondom decubitus preventie te vinden en te downloaden maar ook andere richtlijnen (zoals slikproblemen, probleemgedrag etc.).

www.zorgservice.nl (ConsuMed Kwaliteit in medische informatie).

Informatie over ziektebeelden, medicijnen en tal van video's over ziekten aan aandoeningen.

www.parkinson-vereniging.nl/

Site van de Parkinson Patiënten Vereniging met veel informatie over de ziekte van Parkinson.

www.zorgvoorbeter.nl

Een site waar je actuele informatie kunt vinden over allerlei verbeterprogramma's. Veel informatie te lezen en downloaden over bijvoorbeeld decubitus, valpreventie, verantwoorde zorg, zeggenschap, vrijheidsbeperkende maatregelen

www.innovatiekringdementie.nl

Een site met informatie over nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Tevens over het programma 'Ik bind hou vast' over het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

www.zorgplanwijzer.nl

site met informatie over alles wat met het werken met zorg(leef)plannen te maken heeft. Veel te downloaden informatie.

www.moderne-dementiezorg.nl

Site met informatie over dementie

www.cva-samenverder.nl

De Nederlandse CVA vereniging

www.vilans.nl

Een uitgebreide site met zeer veel informatie en links naar andere informatieve sites.