

Botsende culturen *in het verpleeghuis*

Twee perspectieven op zorg

De zorg in verpleeghuizen is nog lang niet overal goed afgestemd op oudere migranten met dementie. Dit verhaal over een 78-jarige Turkse man met dementie laat zien hoe mantelzorgers vol compassie zorgen voor hun familielid, maar ook hoe beperkt de middelen zijn die verzorgenden tot hun beschikking hebben. De casus is gebaseerd op interviews met meerdere betrokkenen, maar wordt hier verteld vanuit het perspectief van twee personen: een dochter en een verzorgende.

De dochter: 'Mijn vader is meer dan veertig jaar geleden vanuit Turkije naar Nederland gekomen. Hij heeft zes kinderen, mijn oudste broer en ik zijn de voornaamste mantelzorgers. Zes jaar geleden is hij blind geworden aan één oog, waarschijnlijk veroorzaakt door hoge bloeddruk en diabetes. Drie jaar later kreeg hij klachten die uiteindelijk door dementie bleken te worden veroorzaakt. Het begon met waanideeën: mijn moeder ging vreemd, zei hij. Dat liep uit de hand en het huwelijk leed schipbreuk. Wij hadden als kinderen wel vermoedens

wat er mis kon zijn en hebben die ook met de huisarts besproken, maar dat ging heel moeizaam. Ten eerste was er een taalbarrière, mijn vader sprak toen al een stuk minder goed Nederlands. Maar het was ook een culturele kwestie. Hier in Nederland wordt overspel bijna als normaal beschouwd, in onze cultuur is dat absoluut niet zo. De huisarts vertelde ons echter dat overspel niet uitgesloten kon worden en daarom is de diagnose dementie toen nog niet gesteld.'

*‘Daarna
hadden we echt
zoiets van:
‘Wat nu?’*

‘Vervolgens vertrok mijn vader zonder iets tegen iemand te zeggen naar Turkije. Na een paar maanden kregen we van familie daar te horen dat het slecht met hem ging en dat hij helemaal blind was geworden. We hebben hem toen

opgehaald en naar mijn oudste broer gebracht. Daar heeft hij een half jaar gewoond en hebben we om beurten voor hem gezorgd. Het liefst wilden we dat hij thuis bleef bij zijn familie. Maar dat werd lastig toen hij 's nachts naar buiten ging omdat hij dacht dat het dag was. Uiteindelijk heeft de huisarts van mijn oudste broer ons verteld dat hij aan het dementeren was en niet meer alleen thuis kon blijven. Daarop is mijn vader met spoed in een verpleeghuis opgenomen.'

HET VERPLEEGHUIS EN DE ANGST

'In het begin is hij heel emotioneel geweest. Hij ging vaak terug in de tijd, maar besepte in het heden dat hij ziek was en oud werd. En nog steeds is hij regelmatig in paniek. Met de verzorgenden van de afdeling heb ik afgesproken dat ze mij te allen tijde kunnen bellen als hij gedesoriënteerd is en er niemand van ons bij hem is. Als hij terug in de tijd is, staat hij naar zijn idee bij de stallen in zijn dorp in Turkije en zegt hij: "Ik hoor de paarden niet, waar zijn ze? En waarom is de elektriciteit uit?" Hij beseft dan niet dat hij blind is en ik stel hem aan de telefoon gerust. Ook is het erg moeilijk voor hem >



bij het wakker worden niet te weten waar hij is en of het dag of nacht is. Dan roept hij in het Turks, maar niemand van de verzorgenden die het kan verstaan. Er is niemand die Turks spreekt, in het hele verpleeghuis niet.'

'Ieder weekend gaat hij naar mijn oudste broer. Dan is hij blij en opgewekt. Wanneer hij in het verpleeghuis is en wij er niet zijn, ligt hij het liefst op bed. "Slaap is mijn beste vriend," zegt hij dan. Het rumoerige geluid van de woonkamer vindt mijn vader niet prettig, hij verstaat het niet meer. Dan vraagt hij: "Wie zijn dat? Wat willen ze?" Dus blijft hij geïsoleerd op zijn kamer. Omdat hij graag slaapt denken de verzorgenden dat ze hem het best gewoon met rust kunnen laten. Ze vinden het vast makkelijk dat hij zoveel slaapt.' 'Mijn vader is een gelovig man. Soms is hij zich er ook heel erg van bewust dat hij wil bidden, maar dat doet hij niet als hij voelt dat hij niet rein is. We helpen hem daarom iedere middag of avond met douchen. Als ik dan na het douchen tegen hem zeg dat hij schoon is, schone kleren aan heeft en kan gaan bidden, doet hij dat ook. In zijn kamer hebben we een klok opgehangen die de gebeden voorleest. Zo hopen we dat hij aan de hand van de gebeden weet hoe laat het ongeveer is. Door rein te zijn en door de rituelen rond het bidden kan hij zich uiten. Bidden is voor hem een moment tussen hemzelf en God, het helpt hem om positief te blijven. Als hij dat mist, zal hij meer klagen en meer slapen.' 'Eerst schaamde mijn vader zich om gewassen te worden door zijn dochter of kleindochter, maar langzamerhand heeft hij zich daaraan overgegeven. Hij houdt ervan om met een grote washand met veel sop geschrobd te worden onder stromend water. Hem zo het gevoel geven rein te zijn, is een van de weinige dingen die we nog voor hem kunnen doen. Door de verzorgenden van de afdeling wil hij niet gewassen worden. Die komen dan met een kommetje met lauw water en een washandje, daar moet hij niets van hebben. De zorg die gegeven wordt, past niet bij hem als persoon.'



'Zijn familie begrijpt dat wel, maar het is de omgekeerde wereld: normaal gesproken nemen wij de regie over'

SCHULD EN SCHAAMTE

De verzorgende: 'Meneer Can verstaat ons steeds minder. En hij wordt boos als ik hem uitleg dat ik hem niet versta. Het is moeilijk om tegen de familie te zeggen dat het ons niet is gelukt hem te helpen met de verzorging, dat hij weer niet is gedoucht. Zijn familie begrijpt dat wel, maar het is de omgekeerde wereld: normaal gesproken nemen wij de regie over en zorgen wij overal voor. Maar bij hem lukt ons dat niet en dat geeft ons een naar gevoel. De familie is zo beleefd daar niets over te zeggen. Ik ben bang dat meneer Can wordt vergeten omdat hij veel op zijn kamer is, veel slaapt en zijn maaltijden niet altijd eet.' 'Af en toe is meneer Can incontinent en dan moet hij toch echt verschoond worden, ook al wil hij dat niet. Want je wilt niet dat er familie komt en dat hij dan ruikt. Soms wordt hij echter heel boos en slaat je met zijn blindenstok. Hij kan agressief zijn, al zegt hij daarna vaak ook wel dat het hem spijt. In het begin riep hij nog wel als wij hem moesten helpen,

maar dat doet hij nu niet meer. Dan vinden we hem opeens op de gang, hij loopt heel stil, dus dan hoor je hem bijna niet. Ook raakt hij steeds meer in de war. Soms zegt hij in gebrekkig Nederlands: "Ik denk dat ik hier ben." Dan hoor ik 's avonds van zijn familie dat hij denkt in de fabriek te zijn waar hij vroeger heeft gewerkt. We kunnen altijd 's avonds zijn familie bellen en dat doen we ook, maar een nadeel is dat de afdeling niet over een mobiele telefoon beschikt. Meneer Can moet dan eerst naar de verpleegpost om bij de telefoon te kunnen en het is niet eenvoudig om hem dat uit te leggen.' 'Meneer Can draait zijn dag- en nachtritme om en slaapt overdag veel. De nachtdienst heeft soms moeite met hem omdat hij veel zijn bed uit komt en overdag is het moeilijk een daginvulling voor hem te vinden. Hij lijkt onrustig te worden van activiteiten buiten de afdeling doordat hij niet weet wat er om hem heen gebeurt. Na zo'n activiteit lijkt hij alleen maar meer te gaan slapen en zich op zijn kamer terug te trekken. Alleen wanneer zijn familie komt, leeft hij op. Daarbuiten heeft hij nergens zin in, hij zegt altijd "nee" op alles wat je vraagt. Ik weet ook niet of hij bidt.' 'Om de communicatie met meneer Can te verbeteren en meer structuur aan zijn dag te geven heeft de stagiaire van de afdeling een spraakrecorder ontwikkeld, waarmee hij met behulp van verschillende 'tabbladen' begroet en aangesproken wordt in het Turks. De zinnen, zoals "Goedemorgen meneer Can, ik kom u ophalen om naar de woonkamer te gaan om te ontbijten", zijn ingesproken door zijn dochter. Dat leek een prima idee, maar we hebben het apparaatje niet lang gebruikt. Meneer Can dacht dat zijn dochter bij hem in de kamer stond en begon uitgebreid terug te praten in het Turks. Dat begrepen wij dan weer niet. Daarna hadden we echt zoiets van: "Wat nu?"'

WAT VERZORGENDEN KUNNEN DOEN

De familie zet de zorg voor meneer Can voort in het verpleeghuis, de verzorgenden voelen zich schuldig en schamen

zich dat zij niet in staat zijn hun normale zorgverlenende taken uit te voeren. Daarnaast is de familie teleurgesteld dat de zorg niet aansluit bij de persoonlijkheid van hun naaste en dat niet al het mogelijke wordt gedaan om hem een zinvolle dagbesteding te bieden ('de verzorgenden vinden het vast makkelijk dat hij zoveel slaapt').

Schuldgevoelens beperken de verzorgenden in hun handelen. Zij zouden juist van de familie kunnen leren hoe zij beter voor meneer Can kunnen zorgen en daar nieuwe mogelijkheden in kunnen ontdekken. Hij wil niet door de verzorging gewassen worden, zegt hij. Maar misschien wel als een mannelijke verzorgende dat doet op de manier die hij gewend is. Ook is het mogelijk de zorg beter aan te laten sluiten op de wensen, behoeften en gewoonten van meneer Can door het zorgleefplan cultuurspecifieker te maken. Een probleem is dat je over het algemeen als cliënt een assertieve houding moet hebben om invloed te kunnen uitoefenen op het zorgleefplan. En dat is nu juist vaak niet de attitude van oudere migranten. Een cultuurspecifiek zorgleefplan zorgt er dan voor dat de wensen van migrantenouderen wel aan bod komen. Om de benodigde informatie boven tafel te krijgen is inbreng van de familie cruciaal. Maar er bestaan ook een aantal goede voorbeelden van aan de cultuur aangepaste zorgleefplannen. Zo is op de site van Zorg voor Beter (www.zorgvoorbeter.nl) het leerproduct 'Handleiding Zorgleefplan' van verpleeghuis Şefkat te vinden. Deze zorginstelling is gericht op Turkse en Marokkaanse ouderen die intensieve zorg nodig hebben. Het bijzondere aan de handleiding van verpleeghuis Şefkat is dat daarin interculturele communicatie is opgenomen, zoals praten over gevoelige onderwerpen. Dat kan bijvoorbeeld mentaal welbevinden zijn of een mogelijke bovennatuurlijke verklaring voor ziektes als dementie. In de handleiding krijgen zorgmedewerkers het advies dergelijke onderwerp niet meteen bij de hoorns te vatten, maar uit te stellen tot een later, passender mo-

ment. Dit geldt ook voor het bespreken van toiletgang en urineverlies. Incontinentie is voor niemand prettig, maar kan in andere culturen behalve schaamte ook een gevoel van onreinheid oproepen. En onreinheid, zo blijkt uit de casus van meneer Can, kan ook invloed hebben op de religieuze beleving. Verder kunnen oudere migranten negatieve levenservaringen hebben (bijvoorbeeld migratiestress, oorlog of een zwaar arbeidsverleden). Heimwee naar familie in het land van herkomst kan eveneens een grote rol spelen. Het is belangrijk hiermee rekening te houden.

Op de website Djalan Pienter, een samenwerkingsverband tussen woonzorgcentrum Raffy en Stichting Pelita (www.djalanpienter.nl), staat een cliëntprofiel voor iemand met een Indische achtergrond (inclusief verdiepingsvragen die geïntegreerd kunnen worden in het zorgleefplan). En ten slotte is op de site van Actiz Kleurrijke Zorg (www.actiz-kleurrijkezorg.nl) een soortgelijk profiel te vinden dat per thema van het zorgleefplan een opsomming van verdiepingsvragen bevat die geschikt zijn voor cliënten met diverse culturele achtergronden. Zorgmedewerkers kunnen ook meer te weten komen over de achtergrond van de cliënt door een huisbezoek af te leggen voordat de opname heeft plaatsgevonden. Zo krijgen zij een indruk van de thuissituatie en kunnen zij familieleden betrekken bij het creëren van een leefomgeving in het verpleeghuis die voor de cliënt herkenbare elementen bevat.

UITDAGINGEN VOOR HET MANAGEMENT

Het management van verpleeghuizen kan meer doen om het personeelsbeleid af te stemmen op de steeds groter wordende populatie migrantenouderen. Zorgmedewerkers uit het land van herkomst hebben een grote voorsprong als het gaat om taal en cultuur en kunnen ander personeel wegwijs maken in de behoeften en voorkeuren van cliënten met andere culturele achtergronden. Uit onderzoek blijkt echter dat het werven en aanstellen van der-

gelijke medewerkers moeizaam verloopt. In dat geval zou het aanstellen van stagiaires met een andere culturele achtergrond ook een goede oplossing zijn.

Wat betreft de religieuze beleving van cliënten kan het management actief investeren in banden met moskeeën, zelforganisaties of welzijnsinstellingen in de buurt of de gemeente. Zo voldoen zij niet alleen aan de wensen van de cliënt, maar worden vrijwilligers uit buurt of gemeente ook meer betrokken bij het verpleeghuis. Ten slotte kan het management adviezen inwinnen bij organisaties waar kennis over oudere migranten is gebundeld (zoals Pharos – www.pharos.nl). ♦

TEKST KRISTA COPPOOLSE, JACOMINE DE LANGE, LEONTINE GROEN-VAN DE VEN EN CAROLIEN SMITS

BEELD THINKSTOCK

Krista Coppoolse is onderzoeker en docent van de Bachelor Medische Hulpverlening, Hogeschool Rotterdam.

Jacomine de Lange is lector Transitie in Zorg, Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam.

Leontine Groen-van de Ven is docent bij de bacheloropleiding verpleegkunde en onderzoeker bij het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, Hogeschool Windesheim Zwolle.

Carolien Smits is lector Innoveren in de Ouderenzorg, Hogeschool Windesheim Zwolle.

De interviews waarop dit artikel is gebaseerd, zijn gehouden in het kader van een onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming in zorgnetwerken van ouderen met dementie. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Hogeschool Windesheim, in samenwerking met het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.