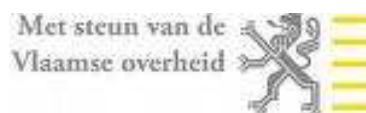




**DE INVLOED VAN ERVARINGSGERICHT LEREN TIJDENS EEN
INLEEFSESSIE IN STIMUL OP DE (ZORG)ETHISCHE
DESKUNDIGHEID VAN MEDEWERKERS IN DE OUDERENZORG**

Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Welzijn



Door Leen Stevens

Oktober 2009

Inhoudstabel

<i>Voorwoord</i>	III
<i>Inleiding</i>	1
1 Ervaringsgericht leren tijdens een inleefsessie in sTimul	2
1.1 Vzw sTimul: zorg-ethisch lab, een bewuste naamgeving	2
1.2 De infrastructuur in vzw sTimul: zorg-ethisch lab	2
1.3 Een inleefsessie in het zorgethisch lab: voorbereiding, verloop en opvolging	3
1.3.1 Voorbereiding op de inleefsessie	4
1.3.1.1 van de zorgverleners.....	4
1.3.1.2 van de studenten.....	5
1.3.2 Verloop van de inleefweedaagse.....	6
1.3.3 Reflectiegesprek.....	7
1.3.4 Opvolging tijdens de terugkomdag	8
2 Onderzoeksmethodologie	9
2.1 Probleemstelling	9
2.2 Onderzoeksdoelstelling	9
2.3 Kwalitatieve onderzoeksbenadering met fenomenologische oriëntatie	10
3 Bevindingen van het onderzoek	13
De voorbereiding op de inleefsessie	13
Nieuwsgierigheid en angst voor het vertrek...	15
Een vreemde omgeving en onbekende mensen	16
Ik stapte in mijn rol, want dat was de afspraak...	17
De manier waarop je moet eten raakt je als persoon...	18
Ik wist niet dat dit voor de bewoners zo belangrijk is...	20
De individuele aandacht miste ik wel in de gezamenlijke groepsactiviteit	24
Als je daar zit met een dekentje over u...	25
Ze wou altijd maar op de gang, weg en weer...	27
Stel je voor dat je dat dag in dag uit opnieuw moet beleven...	28

Zoveel belangrijker dan de eigenlijke zorg op zich.....	29
Stilstaan en terugkijken naar het gebeuren.....	30
De betekenis achterhalen van wat men heeft meegemaakt... ..	31
Inzien dat men mensen iets aandoet dat men zelf niet zou willen.....	32
De perceptie over zorg en zorg verlenen	33
Een appèl dat van binnenuit wordt gevoeld	34
Samen zoeken naar het meest menswaardig mogelijke in de context	35
4 Beschouwingen.....	37
4.1 Een sTimul-ervaring en ethische reflectie?	37
4.2 De rol van het lichamelijke ervaren in het ethisch bewust worden	40
4.3 Ethische bewustwording in stappen	42
4.4 Contextuele factoren	44
Besluit.....	46
Aanbevelingen.....	47

Voorwoord

Graag danken wij, vzw sTimul: zorg-ethisch lab het ministerie van welzijn voor de subsidie die wij mochten ontvangen voor het project “Stimuleren van ethische reflectie bij medewerkers in ouderenzorg door belevingsgericht werken.”

In het bijgevoegd onderzoeksrapport hebben wij een poging gedaan om de eerste effecten van een inleefweedaagse in kaart te brengen. We hebben een eerste reeks beschouwingen en daarnaast een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd. De subsidie heeft ons in staat gesteld om als organisatie een aantal krachtige punten te zien en pijnpunten te ontdekken. Wij sturen dan ook de inleefsessies bij door de resultaten van dit onderzoek te implementeren.

Inleiding

Vzw sTimul¹: zorg-ethisch lab werd in april 2008 opgericht als samenwerkingsproject tussen het onderwijs en de ouderenzorg. In een paar maanden tijd werd een oud kloosterpand in het West-Vlaamse Moorsele omgebouwd tot een experimenteel lab, waarin medewerkers uit de ouderenzorg zich tijdens een inleefsessie kunnen onderdompelen in het leven van een (rusthuis)bewoner en studenten volledig autonoom de zorg voor hen kunnen opnemen. Het aanscherpen en verder ontwikkelen van de zorgethische competenties van de deelnemers, in het kader van waardigheidondersteunende ouderenzorg, was het doel.

Anderhalf jaar later is de inleefsessie uitgegroeid tot een sterk didactisch leermiddel voor zorgverleners en aankomende zorgverleners van alle niveaus en disciplines in de zorg: studerende en werkende verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedici, artsen, zorgmanagers. Het domein wordt verbreed van ouderenzorg naar andere domeinen in de gezondheidszorg.

In voorliggend rapport beschrijven we de invloed van ervaringsgericht leren tijdens een inleefsessie in *sTimul* op de zorg(ethische)deskundigheid van medewerkers in de ouderenzorg. Het is het resultaat van een exploratief, kwalitatief onderzoek waaraan vijftien medewerkers uit de ouderenzorg, die tussen januari en mei 2009 deelnamen aan een inleefsessie als simulant-bewoner, hebben meegewerkt.

Het eerste hoofdstuk is oriënterend en heeft als doel het onderzoeksterrein te verkennen. We schetsen bondig de vzw *sTimul*: zorg-ethisch lab en zoomen verder in op de inleefsessie als didactisch leermiddel. Vervolgens lichten we in het tweede hoofdstuk de onderzoeksdoelstelling toe en geven we weer hoe we methodologisch tewerk zijn gegaan. In het derde hoofdstuk beschrijven we op basis van de retrospectieve data hoe medewerkers in de ouderenzorg een inleefsessie hebben beleefd en hoe deze beleving hun zorg(ethische)deskundigheid beïnvloedt. In de beschouwing die volgt, blikken we kritisch terug op de onderzoeksbevindingen en formuleren we mogelijke implicaties voor *sTimul*, voor het beleid van zorginstellingen en voor de Overheid.

¹ Waar het wenselijk is en om de leesbaarheid te vergroten in dit rapport, zullen we het zorg-ethisch lab sTimul v.z.w. benoemen met de term: *sTimul*.

1 Ervaringsgericht leren tijdens een inleefsessie in *sTimul*

In dit oriënterende eerste hoofdstuk leggen we de focus op de inleefsessie als didactisch leermiddel in *sTimul*. Het leermiddel werd ontwikkeld uit de methodiek van het ervaringsgericht leren. Leren door gericht ervaren met als doel de zorg(ethisch)deskundigheid van de deelnemer te bevorderen. De standaardformule van een inleefsessie bevat twee simulatiedagen met één overnachting -de inleeftweedaagse-, een reflectiegesprek met een ethisch deskundige en een terugkomdag. We schetsen eerst bondig *sTimul* zelf en beschrijven vervolgens het verloop van een inleefsessie, van voorbereiding over uitvoering naar opvolging.

1.1 Vzw *sTimul*: zorg-ethisch lab, een bewuste naamgeving

VZW *sTimul*: zorg-ethisch lab situeert zich in Moorsele, West-Vlaanderen. De benaming '*zorgethisch lab*' werd bewust gekozen. *Lab* – als afkorting voor laboratorium – verwijst naar een infrastructuur voor empirisch onderzoek, een plaats waar door 'empirie' en 'ervaringsgericht leren' kennis kan worden opgedaan en ontwikkeld. Omdat in *sTimul* eerder kennis omtrent de ethiek van het verlenen en het ontvangen van zorg centraal staat – en niet zozeer de kennis omtrent zorgtechnische kwesties – is ervoor gekozen om te spreken van een *zorg-ethisch lab*. *Zorgethisch* verwijst naar het zorgethisch perspectief van waaruit wordt gekeken naar het gedrag van zorgverleners in de context van specifieke zorgrelaties. Men blijft hierbij dicht bij concrete zorgpraktijken en de wijze(n) waarop zorgverantwoordelijkheid gestalte krijgt; men kijkt met aandacht naar de contextuele en relationele factoren, het eigene van een situatie, hoe mensen samenwerken en welke emoties daar bij komen kijken. De activiteiten in *sTimul* vertrekken daarom steeds van de thema's die in zorgethiek centraal staan.

1.2 De infrastructuur in vzw *sTimul*: zorg-ethisch lab

Om ervaringgericht leren mogelijk te maken, bevat het zorgethisch lab te Moorsele de infrastructuur van een hedendaags woon- en zorgcentrum. Op de eerste verdieping werd een afdeling, zoals we ze terugvinden in een woon- en zorgcentrum voor ouderen in Vlaanderen, nauwkeurig maar op kleinere schaal nagebootst. Er zijn vier

éénpersoonskamers en twee tweepersoonskamers. De kamers werden ingericht volgens de laatste wettelijke richtlijnen in Vlaanderen, tzt ze zijn minimaal 30m² groot, alle voorzien van een afsluitbare badkamer met zitdouche, lavabo en toilet en toegankelijk voor een rolstoel en tillift. Verder is elke kamer uitgerust met een beloproepsysteem, één of twee hoog-laagbedden, een kleerkast, een geriatrische zetel met voorzettafel, een gewone zetel en een kleine tafel. De afdeling beschikt ook nog over een sanitaire ruimte met hoog/laagbad, een utility, opbergruimten (voor linnen, incontinentiemateriaal, fixatiemateriaal, e.a.) en een verpleegbalie, waar tevens de beloproepen worden ontvangen. Op het gelijkvloers bevindt zich een leefruimte waar de acht 'bewoners' de maaltijd kunnen nemen en waar tevens de animatie-activiteiten kunnen plaatsvinden. Er is een verdeelkeuken, waar het ontbijt en avondmaal worden bereid. Er zijn rolstoelen en looprekken, een actieve en passieve tillift en een personenlift.

Het zorgethisch lab bevindt zich niet in, maar wel direct aanpalend aan een reëel woon- en zorgcentrum voor ouderen. Dit biedt de mogelijkheid om voor specifieke diensten, zoals bij voorbeeld de levering van warme maaltijden en van vers linnengoed, aan te sluiten bij het woon- en zorgcentrum.

1.3 Een inleefsessie in het zorgethisch lab: voorbereiding, verloop en opvolging

Het ervaringsgericht leren tijdens een inleefsessie in *sTimul* berust op simulatie en reflectie. De deelnemers zijn zowel studenten als professionals uit het zorgwerkveld, waardoor elke inleefsessie een dubbele dimensie heeft. Mensen met ervaring in het werkveld – zorgverleners² – krijgen de kans om zich in te leven in het profiel van een senior-bewoner en kunnen de specifieke rol die hieraan is verbonden, gedurende twee dagen en een nacht simuleren in concrete zorgsituaties. Studenten verpleegkunde, verzorging, maar ook kinesithérapie, logopedie, ergotherapie, en zelfs geneeskunde... kunnen tijdens deze inleeftweedaagse in team en volledig autonoom de totaalzorg plannen en opnemen voor deze simulant-bewoners.

² We gebruiken de term zorgverlener voor iedereen die aan een inleefsessie deelneemt als simulant-bewoner, en willen hierdoor de discipline of functie die de deelnemer heeft in de zorginstelling bewust opzij zetten.

Direct aansluitend op de simulatieactiviteiten van de inleef tweedaagse volgt het reflectiegesprek, waarin beide groepen in een 'veilige' context kunnen reflecteren op hun ervaringen en belevingen als simulant-bewoner en als simulant-zorgverlener.

Twee tot drie maanden later volgt de terugkomdag.

Hoe de deelnemers worden voorbereid en begeleid door de educatief medewerkers van *sTimul* wordt hierna beschreven.

1.3.1 Voorbereiding op de inleefsessie

1.3.1.1 van de zorgverleners

De voorbereiding van de zorgverleners die aan een inleefsessie wensen deel te nemen in de rol van oudere zorgontvanger, start met een algemene personeelsvergadering in de zorginstelling. In deze vergadering licht een educatief medewerker van *sTimul* eerst de doelstellingen van het zorgethisch lab toe. Via een korte voorstelling van de onderzoeksresultaten van het Europese waardigheidsonderzoek wordt verduidelijkt dat waardigheidsondersteunende zorg aan kwetsbare ouderen wordt gerealiseerd in dagelijkse zorginteracties. Met voorbeelden uit dit Europese onderzoek wordt geïllustreerd hoe deze zorg staat of valt met de mate waarin de zorgverlener de kwetsbare situatie van de zorgontvanger begrijpt en navenant handelt. Vervolgens wordt aan de hand van korte videofragmenten met getuigenissen van zorgverleners die al een inleefsessie meemaakten, uitgelegd wat de bedoeling is van de simulatie en reflectie tijdens de inleef tweedaagse: het perspectief en kwetsbaarheid van kwetsbare ouderen beter begrijpen en reflecteren op de eigen zorgpraktijken in het licht van waardigheidsondersteunende zorg. Nadien wordt het concrete verloop van een inleefsessie uiteengezet en wordt er tijd voorzien voor vraagstelling.

Na deze toelichting selecteert men in de zorginstelling de zorgverleners die aan een inleefsessie zullen deelnemen. Ook de hoofdverpleegkundigen en leidinggevenden worden gemotiveerd om deel te nemen. Een educatief medewerker van *sTimul* stelt de groepen samen van telkens acht 'simulant-bewoners'. Men zorgt er voor dat maximum twee zorgverleners uit dezelfde instelling deelnemen aan dezelfde inleef tweedaagse.

Ruim twee weken voor de inleef tweedaagse ontvangt elke zorgverlener een fictief bewonersprofiel. Dit profiel betreft een fictieve naam, een kort fictief zorgdossier waarin specifieke aandoeningen worden vermeld, samen met een aanduiding in welke fase van een

ziekte- of aftakelingsproces deze fictieve persoon zich bevindt. Door middel van het profiel wil men de rol verduidelijken die de zorgverlener als simulant-bewoner op zich kan nemen tijdens de inleefweedaagse. Hij kan het profiel en de rol verder afstemmen op de eigen grenzen en voorkeuren en het leerproces dat men voor zich voorop stelt. Men bepaalt zelf welke zorgen zullen worden toegediend: hygiënische zorg, algemeen dagelijkse begeleiding, gebruik van incontinentiemateriaal, mogelijke toepassing van specifieke fixatiemiddelen, maaltijdzorg en –begeleiding, animatie, toediening van medicatie, enzovoort. Om de zorgverlener de kans te geven zich goed in te leven in de kwetsbaarheid van een oudere persoon, is het belangrijk dat het bewonersprofiel goed herkenbaar is en de rol hieraan verbonden hem of haar goed ligt.

Naast het overbrengen en bespreken van het profiel en de rol, ontvangt elke deelnemer aan een inleefsessie ook een reflectiedocument. Dit is een persoonlijk en vertrouwelijk document dat de zorgverlener moet helpen om, door middel van een aantal vragen, beklijvende ervaringen tijdens de inleefsessie te noteren en vast te houden voor verdere persoonlijke reflectie. Gevraagd wordt om de eerste vraag schriftelijk te beantwoorden op de vooravond van de inleefweedaagse.

1.3.1.2 van de studenten

De andere educatief medewerker van het zorgethisch lab legt zich ondertussen toe op de voorbereiding van de studenten die tijdens de inleefweedaagse zullen optreden als simulant-zorgverleners. Ruim twee maanden voor de inleefweedaagse, start de voorbereiding in de school, in overleg met de docenten ter plaatse.

Tijdens de eerste voorbereidende vergadering legt de educatief medewerker de bedoeling van de inleefweedaagse uit. Dit gebeurt op een gelijkaardige manier als bij de toelichting van de zorgverleners. De klemtoon ligt nu echter op het creëren van leerkansen met het oog op het ‘oefenen’ van een houding van betrokkenheid en het afstemmen van het handelen op deze houding binnen een ‘veilige’, pedagogische context. Veel aandacht gaat naar de zorgethische invalshoek en de zorgvisie van waaruit de studenten kunnen werken. Na deze eerste informatievergadering krijgen ze de opdracht zich mentaal zo goed mogelijk voor te bereiden op de inleefweedaagse in ‘hun’ woon- en zorgcentrum. Ze zullen hierbij ondermeer zelfstandig verantwoordelijkheden moeten verdelen, zorgactiviteiten kiezen en plannen, zorgen voor animatie en ontspanning ... Er wordt hen gevraagd een draaiboek te maken

waarin de organisatie en de visie van waaruit men de zorg wil verlenen duidelijk staan geëxpliciteerd. De taak van de educatief medewerker en de begeleidende docenten bestaat erin om de studenten via het stellen van vragen zo goed mogelijk te ondersteunen tijdens deze voorbereiding. Twee weken voor de inleef tweedaagse ontvangen de studenten de 'basisprofielen' van 'hun' bewoners. Voor elke bewoner moet dan nog een zorgdossier worden opgesteld. Het draaiboek en de acht zorgdossiers worden meegenomen naar de inleef tweedaagse.

1.3.2 Verloop van de inleef tweedaagse

Zowel de studenten met hun begeleidende docenten, als de zorgverleners, worden tegen 8u30 verwacht in *sTimul*. Ze worden afzonderlijk onthaald door de twee educatief medewerkers met wie ze het voorbereidend traject hebben afgelegd. Het doel en de verwachtingen tav de inleefstage worden nog eens afgetoetst en er wordt ruimte voorzien voor praktische afspraken en vragen. Nadien worden de studenten rondgeleid door het zorgethisch lab, opdat zij alle ruimtes voldoende zouden kennen en op de hoogte zijn waar zij het nodige zorgmateriaal kunnen vinden. Daarna krijgen ze de tijd om alles in gereedheid te brengen voor de simulatie-oefening.

De simulant-bewoners blijven intussen in de leefruimte van het zorg-ethisch lab, waar ze zich voorbereiden op hun rol. Het materiaal dat hiervoor nodig is, wordt uitgedeeld. Het kan bij voorbeeld gaan om een ouderdomsimulator voor de simulant-bewoner die het profiel heeft van een door ouderdomsreuma mobiel verzwakt en kromgebogen persoon, een gezichtsbeperkende bril voor degene die visueel beperkt is, een rolstoel of roulator voor de mobiel beperkte oudere, enzovoort.

Na het onthaal, dat ongeveer een uur duurt, worden de simulant-bewoners en de simulant-zorgverleners aan elkaar voorgesteld. Eerst stellen de simulant-bewoners zich zelf in hun rol voor, opdat de simulant-zorgverleners hen kunnen koppelen aan de basisprofielen die ze reeds op voorhand kregen. Daarna stellen de simulant-zorgverleners zich in hun functie binnen het simulatiegebeuren voor aan de simulant-bewoners. Na deze voorstelling worden de simulant-bewoners, onder begeleiding van de educatief medewerker, naar hun respectievelijke kamer gebracht. Met elke simulant-bewoner wordt op de kamer een kort anamnesegegesprek gevoerd, zodat de simulant-zorgverleners zicht krijgen op de verschillende zorgvragen en wat men wil beleven. In een kort teamoverleg dat daarop volgt,

worden de zorgvragen en het draaiboek van die dag nog eens overlopen, waarna het signaal wordt gegeven dat de simulatie definitief van start kan gaan. De dag kan verder georganiseerd worden volgens het draaiboek dat de studenten tijdens de voorbereiding hebben opgesteld.

Belangrijk is dat noch de twee educatief medewerkers, noch de begeleidende docenten tussenkomen of de simulatie onderbreken. Zelfs wanneer zij observeren dat één en ander moeilijk loopt of zelfs helemaal misloopt, is het niet aan hen, maar wel aan de studenten zelf om de nodige maatregelen te treffen. Alleen tijdens de vooravond van de eerste avond, leggen de educatief medewerkers de simulatie voor één uur helemaal stil. Tijdens dit uur krijgen de studenten de tijd om in een teamoverleg het simulatiegebeuren te evalueren en eventueel bij te sturen. De simulant-bewoners kunnen tijdens dit uur uit hun rol stappen en zich even ontspannen. Na dit uur kondigen de educatief medewerkers de herstart van de simulatie aan. Vaak neemt een 'avondshift' van de simulant-zorgverleners op dat ogenblik de avondverzorging over. Ook de nacht verloopt zoals in een woon- en zorgcentrum, zij het dan wel volgens het draaiboek (cf. zorgvisie en taakverdeling) dat de studenten hebben voorbereid.

Na het middagmaal van de tweede dag stopt de simulatie. Zowel de simulant-bewoners als de simulant-zorgverleners hebben de tijd om in te pakken en definitief uit hun rol te stappen. Na dit uur volgt het reflectiegesprek.

1.3.3 Reflectiegesprek

De namiddag van de tweede dag van de inleeftweedaagse staat volledig in het teken van de reflectie op de tijdens de simulatie opgedane ervaringen. Om 13u30 komen de simulant-bewoners en de simulant-zorgverleners eerst afzonderlijk samen, elk met een educatief medewerker. Via groepsgesprek worden ervaringen gedeeld en wordt op deze ervaringen gereflecteerd. De educatief medewerker fungeert hier als moderator en faciliteert het gesprek vanuit de basisvraag: 'Wat heeft deze simulatie aan mij gedaan?'.

Na anderhalf uur worden beide groepen samengebracht. Opnieuw worden ervaringen gedeeld, niet met de bedoeling om te evalueren, wel met de bedoeling om kritisch te kijken naar hoe de zorg werd beleefd, naar hoe de zorg concreet gestalte kreeg. Ook geeft men aandacht aan hoe de aard van de relaties en de contextuele factoren de zorginteracties hebben bepaald, naar het eigene van een specifieke situatie, naar hoe mensen

samenwerken en welke emoties daar bij komen kijken. Beide educatief medewerkers vragen door op de concrete ervaringen, en grijpen deze aan bij het reflecteren en achterhalen van de betekenis die men geeft aan de gebeurtenissen als simulant-bewoner of als simulant-zorgverlener.

Als afsluiting van deze reflectie wordt aan alle deelnemers gevraagd om aan te geven wat zij vanuit de simulatie-ervaring persoonlijk hebben ervaren als bijzonder relevant om mee te nemen naar de praktijk en waardigheidsondersteunende goede zorg te bevorderen. Op deze manier tracht men om simulatie-ervaringen in een breder zorgethisch kader te plaatsen en werkpunten te formuleren voor de eigen zorgpraktijk. Na het reflectiegesprek, omstreeks 16u30, wordt de inleeftwoedaagse afgerond.

1.3.4 Opvolging tijdens de terugkomdag

De reflectie op de simulatie-ervaringen blijft niet beperkt tot het reflectiegesprek van de tweede dag van de inleeftwoedaagse. Met de studenten wordt in daarvoor voorziene lessen verder gewerkt en naargelang de school en de keuze die docenten maken, worden beleefde ervaringen in diverse lessen aangewend als uitgangspunt voor verdere reflectie en dialoog. Voor de simulant-bewoners is een tweetal maanden na de inleeftwoedaagse een terugkomnamiddag, waarin zij met andere simulant-bewoners via groepsgesprek opnieuw ervaringen kunnen uitwisselen. Anders dan in het reflectiegesprek tijdens de inleeftwoedaagse, komt de klemtoon nu eerder te liggen bij de vraag 'Wat is na deze inleeftwoedaagse concreet met mij gebeurd? Wat blijft er over na mijn *sTimul*ervaring?'. De confrontatie met de zorgpraktijk in het woon- en zorgcentrum komt ruim aan bod. Ook wat in deze context aanwezig is aan bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot wat vanuit de inleeftwoedaagse werd ervaren als relevant voor het verlenen van waardigheidsondersteunende zorg, wordt ter sprake gebracht. Er wordt doorgedacht en gesproken over wat zorgverleners persoonlijk en in het team kunnen ondernemen om verder te groeien in zorgethisch denken en handelen.

2 Onderzoeksmethodologie

2.1 Probleemstelling

De activiteiten die in vzw *sTimul*: zorg-ethisch lab worden ontwikkeld en aangeboden, hebben alle tot doel de morele competenties van de hulpverleners aan te scherpen en verder te ontwikkelen. Door middel van ervaringsgericht leren tijdens de inleefsessie in *sTimul*, hopen we de zorg(ethisch)deskundigheid van de deelnemer te bevorderen en waardigheidondersteunende (ouderen)zorg te bevorderen.

Om te weten hoe medewerkers in de ouderenzorg de gebeurtenissen als simulant-bewoner tijdens een inleefsessie beleven en hoe dit hun zorg(ethisch)deskundigheid beïnvloedt, werd voorliggend onderzoeksproject opgezet.

2.2 Onderzoeksdoelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van de invloed van de gebeurtenissen en ervaringen als simulant-bewoner tijdens een inleefsessie in het zorg(ethisch) lab *sTimul* op de zorg(ethisch)deskundigheid van medewerkers in de ouderenzorg.

Om dit inzicht te verwerven, willen we onderzoeken hoe medewerkers in de ouderenzorg de gebeurtenissen tijdens een inleefsessie beleven en welke betekenis ze geven aan hun ervaringen en belevingen. Niet het zoeken naar verklaringen, maar welke invloed deze beleving heeft op hun zorg(ethisch)deskundigheid in het licht van waardigheidondersteunende ouderenzorg, is de focus van het onderzoek.

We richten de onderzoeksdoelstelling niet naar één bepaalde groep, bij voorbeeld verpleegkundigen uit de ouderenzorg, maar opteren er bewust voor om de brede waaier van medewerkers in de ouderenzorg in de studie op te nemen.

De onderzoeksvraag luidt: Hoe beleven medewerkers in de ouderenzorg een inleefsessie in *sTimul* als simulant-bewoner en wat beïnvloedt hun zorg(ethisch)deskundigheid?

2.3 Kwalitatieve onderzoeksbenadering met fenomenologische oriëntatie

Om inzicht te krijgen in hoe medewerkers in de ouderenzorg een inleefsessie in *sTimul* als simulant-bewoner beleven, en welke invloed deze beleving heeft op hun zorg(ethisch)deskundigheid in het licht van waardigheidondersteunende ouderenzorg, ligt een kwalitatieve, belevingsgerichte onderzoeksbenadering voor de hand. We opteren hierbij voor een fenomenologische oriëntatie, omdat we de beleving vanuit het perspectief van de respondenten willen bestuderen en voldoende ruimte willen laten voor de wijze waarop ze betekenis geven aan de gebeurtenissen en situaties die ze meemaken tijdens een inleefsessie.

De dataverzameling vindt plaats tussen januari 2009 en augustus 2009. Tachtig medewerkers uit de ouderenzorg worden op het einde van hun inleefsessie door de onderzoeker of de directeur van *sTimul* geïnformeerd over het onderzoeksproject en uitgenodigd om mee te werken. Er worden geen exclusiecriteria vooropgesteld. Omwille van de haalbaarheid en de tijd die we ter beschikking hebben voor het onderzoek, stopt de rekrutering wanneer 15 medewerkers in de ouderenzorg zich hebben aangemeld en bereid zijn om mee te werken aan het onderzoek. De karakteristieken van de 15 respondenten, die deelnemen aan de studie, wordt weergegeven in de volgende tabel.

Volgnummer interview	Functie	leeftijd	Soort instelling	Datum interview	Tijd na inleefsessie
I1	zorgkundige		WZCa	1. 23/01/09 2. 11/08/09	0 dagen 28 weken
I2	kinesitherapeut		WZCb	1. 23/01/09 2. 11/08/09	0 dagen 28 weken
I3	zorgkundige		WZCb	1. 23/01/09 2. 18/08/09	0 dagen 29 weken
I4	Hoofd onderhoud		RHa	1. 27/01/09 2. /	4 dagen
I5	onderhoud		RHa	1. 27/01/09 2. /	4 dagen
I6	onderhoud		RHa	1. 27/01/09 2. /	4 dagen
I7	Logistiek mw		WZCb	1. 3/02/09 2. 28/07/09	0 dagen 25 weken
I8	Leerkracht zorgkundigen		onderwijs	1. 3/02/09 2. /	0 dagen /
I9	zorgkundige	38 j.	RHa	1. 3/02/09 2. 20/07/09	0 dagen 24 weken
I10	docente		onderwijs	1. 23/02/09 2. /	6 dagen /
I11	verpleegkundige	53 j.	onderwijs	1. 23/03/09	0 dagen /
I12	verpleegkundige	45 j.	RHb	1. 30/04/09 2. 28/07/09	2 dagen 13 weken
I13	verpleegkundige		WZCb	1. 4/05/09 2. /	3 dagen /
I14	verpleegkundige		WZCc	1. 20/05/09 2. 19/08/09	1 dag 13 weken
I15	verpleegkundige		WZCc	1. 20/05/09 2. /	1 dag /

Figuur 1 Karakteristieken respondenten

De data worden op een systematische manier verzameld via semi-gestructureerde, narratieve interviews met de respondenten. De individuele gesprekken gebeuren binnen de week na de inleeftweedaagse. De concrete datum en de plaats waar het gesprek kan doorgaan, wordt bepaald door elke respondent, in overleg met de onderzoeker. Tijdens dit gesprek wordt de respondent uitgenodigd om te spontaan te vertellen over wat er van de inleefsessie het meest is bijgebleven. Via de doorvraagmethode wordt op de aangebrachte

gebeurtenissen dieper ingegaan en probeert de onderzoeker te achterhalen hoe de respondent de gebeurtenissen heeft ervaren en beleefd.

Met zeven van de vijftien respondenten wordt drie tot zes maanden later nog een tweede gesprek gevoerd. De bedoeling hiervan is om de invloed van de tijd en de context op de beleving en zorg(ethisch)deskundigheid van de respondenten te kunnen bestuderen.

Alle gesprekken worden op band opgenomen en nadien getranscribeerd en geanalyseerd. Hiervoor volgen we een fenomenologisch-hermeneutische analysemethode. We trachten zo dicht mogelijk bij de data te blijven om de beleefde ervaringen, opvattingen en ideeën, zoals die tijdens de gesprekken werden uitgedrukt door de respondenten, zo nauwkeurig mogelijk te kunnen reconstrueren. Niet het zoeken naar verklaringen, maar het zoeken naar de betekenis die ze geven aan de gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt, is de focus bij de analyse.

De validiteit van de analyse wordt bewaakt door onderzoekerstriangulatie en peerreview.

3 Bevindingen van het onderzoek

Medewerkers in de ouderenzorg worden tijdens een inleefsessie in *sTimul* op een vrij indringende wijze geconfronteerd met zichzelf, met eigen kwetsbaarheid en waarden. Hoe dit zich voordoet, en welke betekenis ze geven aan hun ervaringen en belevingen, zullen we hierna beschrijven. We hebben bij deze beschrijving de tijdslijn van een inleefsessie gevolgd van de voorbereiding tot de terugkomdag. De citaten uit de interviews, die in cursief werden toegevoegd, zijn ondersteunend en illustratief.

De voorbereiding op de inleefsessie

Alle respondenten komen een eerste keer in contact met *sTimul* via de algemene personeelsvergadering in de instelling waar ze werken. Na deze informatievergadering worden ze aangesproken door een leidinggevende en gevraagd om deel te nemen aan een inleefsessie als simulant-bewoner. Respondenten vertellen dat de vraag naar deelname aan een inleefsessie niet vrijblijvend is. Sommigen kunnen kiezen, maar voor anderen is de deelname verplicht, omdat de inleefsessie kadert in een kwaliteitsverbeterproject, dat het instellingsbeleid heeft vooropgesteld.

Maar ondanks het verschil in de keuzemogelijkheid, getuigt elke respondent van een grote bereidheid en engagement om zich voor te bereiden op de deelname aan een inleefsessie.

“... en ik stond daar positief tegenover om te gaan, omdat we toch altijd kunnen bijleren, en het was vooral de ervaring op zich die ik belangrijk vond...”

uit interview 13

De respondenten vinden dat de voorbereiding best gebeurt door een medewerker uit de instelling, die zelf eerder al een inleefsessie heeft meegemaakt en daardoor goed weet wat het inleefgebeuren inhoudt, hoe dit georganiseerd wordt, hoe het er aan toe gaat. Het zijn vooral concrete en praktische vragen die men beantwoord wil weten. De voorbereidingsbundel die men tijdens deze voorbereiding krijgt, wordt door de meeste respondenten gelezen. Indien mogelijk wordt de informatie verder aangevuld met wat collega's vertellen over wat ze zelf hebben meegemaakt. Men kan zich hierdoor een beter beeld vormen van de doelstelling en wat men kan en mag verwachten van een inleefsessie.

*“de persoon die mij moest informeren, was niet echt op de hoogte van hoe dat het daar allemaal werkte, omdat die persoon er op dat moment zelf ook nog niet was geweest (...)
want ge zit met zodanig veel vragen, zo van die praktische vragen ... hoe zit dat dan met 't slapen en zo... die persoon kon niet 100% antwoord geven omdat ze het zelf nog niet had meegemaakt... en dan ga je natuurlijk een rondvraag doen in de groep bij diegenen die al geweest zijn, en die hebben dan heel veel verteld (...) maar best is dat je iemand hebt waaraan je heel veel vragen kan stellen, zodat je niet overal en bij iedereen moet gaan vragen van: hoe ging dat bij u en vertel een keer...”*

uit interview 2

De doelstelling en de verwachtingen van de medewerker in de ouderenzorg ten aanzien van de inleefsessie worden verder concreet en tastbaar gemaakt met het bespreken van het bewonersprofiel. Een aantal respondenten krijgen verschillende profielen aangereikt waartussen men kan kiezen, anderen krijgen eerder een beperkte keuze. We horen in de getuigenissen dat het belangrijk is wanneer men het profiel kan bespreken en verder kan aanvullen en afstemmen op het eigen werkdomein. Men zoekt naar wat men het meest interessant vindt om te kunnen ervaren.

“... ik had een profiel gekregen - we hadden een 6 à 8tal profielen waartussen we konden kiezen - dat heel wat fysische kwaaltjes met zich meebracht, zoals de ziekte van Parkinson, zware artrose van de onderste ledematen, een COPD... dingen die herkenbaar zijn en waar wij veel mee te maken hebben en zo'n dingen vond ik dan voor mij persoonlijk het meest interessant, om te kunnen ervaren...”

uit interview 2

Verschillende respondenten nemen de tijd om in het werkveld te kijken naar bewoners die passen in het profiel dat men wil opnemen, te observeren hoe ze zijn, hoe ze zich gedragen en welke kenmerken hen typeren. Dit bevordert het inzicht in de reële situatie van de bewoner. Het versterkt de interesse en betrokkenheid van de medewerker om zich zo goed mogelijk voor te bereiden op het bewonersprofiel en de rol die men wil simuleren.

“ik kan me voorstellen dat het enorm moeilijk is om u in te leven in iemand met een bepaald ziektebeeld dat je nog nooit gezien hebt Ik had het geluk dat iemand van mijn dienst MS heeft en ik heb me haar dus vooraf wel voorgesteld, het is het voordeel als je iemand kent,

want dan leef je naar die rol toe en je weet ook min of meer wat je te wachten staat...”

Uit interview 13

Het profiel, en de rol die hieraan is verbonden, worden verder afgestemd op de eigen wensen en grenzen en op het leerproces dat men zich voorop stelt. Alle respondenten getuigen over het belang om vooraf goed na te denken over welke zorgen men tijdens het inleefgebeuren toegediend wil krijgen en de grens die men hierbij wil trekken: hygiënische zorg, algemeen dagelijkse begeleiding, gebruik van incontinentiemateriaal, mogelijke toepassing van specifieke fixatiemiddelen, maaltijdzorg en –begeleiding, animatie, toediening van medicatie, enzovoort.

Eén respondent wijst op de valkuil wanneer men teveel in het profiel en de rol wil steken. Ze vindt het belangrijk om een goed evenwicht te zoeken tussen wat men wil ervaren aan zorg en wat men wil en kan beleven aan emoties.

“... ik wou mijn profiel niet overladen en vond het belangrijk om een goed evenwicht te zoeken tussen wat ik wou ervaren aan zorg en wat ik wou en zou kunnen beleven aan emoties als gevolg van die zorg. Ik wou ruimte laten om te voelen, om stil te staan bij het gebeuren, om te beleven wat er in en rond mij zou gebeuren...”

uit interview 11

Nieuwsgierigheid en angst voor het vertrek...

De avond voor het vertrek naar de inleeftweedaagse wordt aan de deelnemers gevraagd om volgende vragen in de voorbereidingsbundel te beantwoorden: “Met welk gevoel vertrek je naar *sTimul*? Is dit positief of negatief, nieuwsgierig of eerder angstig? Wat zijn je verwachtingen?”

Alle respondenten getuigen dat deze vragen hen bewust maken van hun gevoelens en verwachtingen ten aanzien van de inleeftweedaagse. De gevoelens die het vaakst worden verwoord zijn nieuwsgierigheid en angst. Men is nieuwsgierig naar wat komen gaat, maar ook angstig voor de confrontatie met het onbekende. We horen van verschillende respondenten, zoals ook de citaten hieronder aangeven, dat het moeten loslaten van zichzelf en in een ander komen, de eigen kwetsbaarheid en lichamelijke moeten inzetten, het

vertrouwde thuis achterlaten, benieuwd zijn naar wat het allemaal zal teweegbrengen, ondanks de motivatie, plots niet meer zo evident is.

“...ge zijt nieuwsgierig naar wat dat daar gaat zijn en wat dat met jou gaat teweegbrengen. Want ge hebt verschillende punten in uw hoofd, zo van: ‘dat wil ik eens beleven en dat wil ik eens beleven’... ja, de verschillende dingen die je in uw hoofd steekt en de verwachting daar naartoe... want ge wilt in die persoon, in dat individu komen en ge wilt daar het beste van maken als je daar zo naartoe gaat...”

Uit interview 4

“ik was erg nieuwsgierig, en ook wat angstig, want je weet niet goed hoe ‘echt’ het gaat voelen, hoe confronterend voor jezelf de ervaringen zullen zijn. Je verlaat je eigen vertrouwde zijn en doen om even in een andere wereld te vertoeven, om in de huid van iemand anders te kruipen, maar met je eigen kwetsbaarheid en lichamelijkeheid... Ik besepte plots dat het engagement dat ik nam om deze inleefsessie te willen meemaken, niet zo evident is.”

Uit interview 11

Een vreemde omgeving en onbekende mensen

De deelnemers van de inleefsessie worden de eerste morgen van de inleeftweedaagse om 8u30 door de educatief medewerkers ontvangen in *sTimul*. Alle respondenten getuigen over de spanning die ze dan voelen. Tot dan was *sTimul* een vreemde omgeving met onbekende mensen. Het onthaal met een tas koffie en de bondige schets van wat er de volgende twee dagen te doen staat, wordt als belangrijk ervaren en maakt hen rustiger. Het contact met de ‘medebewoners’ blijft beperkt tot een van op afstand mekaar aankijken en groeten. Na deze introductie krijgt elke simulant-bewoner zijn kamer en bed toegewezen en kan de rol, die het profiel kenmerkt, worden opgenomen. In volgend citaat drukt een respondent uit hoe dit bij haar verliep.

“... ik kwam hier benieuwd toe, een beetje met een klein hartje, zo van wat gaat dat daar allemaal zijn, maar we kregen direct een kopje koffie en ik zag die bende en ik dacht: ‘ja, dat gaat hier wel iets worden, ik ga er wel iets aan hebben’...

En dan hebben we een beetje uitleg gekregen en ik voelde me daardoor toch al wat meer op mijn gemak.

En dan begon het eigenlijk pas hé... we konden naar onze kamer en ik had een kleed mee om me te verkleden, want ik had gedacht: ik ga echt bewust kiezen voor een ouderwets kleed, zoals voor een oma, want ik was mevrouw De Graeve en ik wilde van alles meemaken ...”

Uit interview 9

Ik stapte in mijn rol, want dat was de afspraak...

De fictieve naam en de vragen die de simulant-verpleegkundige tijdens het anamnese gesprek stelt over het profiel en de zorg die men wil ervaren, doen de medewerker in de ouderenzorg beseffen dat hij/zij niet meer terug kan. Men wordt als geduwd in de rol en het bewonersprofiel dat op de verzorgingsfiche staat. De middelen, nodig om de simulatieopdracht zo goed mogelijk uit te voeren, worden aangereikt. Instappen in je rol en willen meemaken wat de bewoner meemaakt, vergt een ‘klik’, zoals respondenten het kunnen verwoorden.

“...één van de verpleegkundigen kwam voor de anamnese. Een andere bracht ondertussen water. Nog een andere kwam mijn gsm-nummer en een handtekening vragen... de eerste vroeg hoe ik wilde genoemd worden? Ik zei ‘Louise’, ‘of neen’, zei ik, ‘toch niet, hou het maar op mevrouw De Nil.’ Ik stapte in mijn rol, want dat was de afspraak: zodra je fictieve naam was uitgesproken, zat je in je rol en kon je niet meer terug. Het voelde wat raar. Ik probeerde in moeke te gaan zitten... en wou heel het programma dat de studenten hadden voorbereid, zoveel mogelijk meedoen...”

Uit interview 11

“...Ik heb dan een klik gemaakt, zo van: Ok, ik ben blind - ik was volledig blind omdat mijn ogen afgeschermd waren - ik ga me helemaal inzetten om die blinde mevrouw zo goed mogelijk te spelen, die weinig veeleisende, die brave persoon...”

uit interview 12

Rond 11u00 worden de deelnemers geconfronteerd met elkaar als groep simulant-bewoners. Het blijkt een eerste testfase te zijn waarin de medewerkers in de ouderenzorg ervaren dat het simuleren niet gemakkelijk, zelfs moeilijk is. Verschillende respondenten geven aan dat je niet alleen individueel, maar ook met acht of negen mensen in de groep ‘de knop moet omdraaien’. Het individueel engagement, waarvan hoger reeds sprake, blijkt dus niet

voldoende. Ook het engagement van de hele groep beïnvloedt de beleving tijdens de inleefsessie.

“... ik heb dat naar godsvrucht en vermogen proberen simuleren, wat niet gemakkelijk is omdat je met negen volwassen mensen in een groep zit die ergens die knop ook moeten omdraaien en die knop omdraaien is heel moeilijk, maar een keer dat je daar inzit, dan lukt het wel. Zeker omdat we het in onze groep met negen mensen ook ‘wilden’ ervaren, en ik denk dat dit ook erg belangrijk is: als je wilt, dat het dan ook beter kan slagen... moesten er daar één of twee mensen tussenzitten die niet mee willen of die zouden zitten en zeggen: ‘zeg hé, ik doe niet mee!’, dan lukt dat niet...”

Uit interview 2

Respondenten getuigen dat het leven in een groep niet vanzelfsprekend, zelfs een hele opgave is. Anderen die men niet kent, die men niet zelf kiest, aan wie men ook niet wordt voorgesteld. Alle respondenten beleven het groepsgebeuren en het voortdurend met anderen moeten rekening houden, als moeilijk en lastig. Ze ervaren en beleven als simulant-bewoner de vanzelfsprekendheid waarmee de hulpverlener bewoners zonder inspraak samenbrengt in een groep.

“... ge zit daar met verschillende mensen, allemaal verschillend ziektebeeld, hun karakter, gevoelens, ge moet eerst de mensen leren kennen, en ja, dat was wel heel apart, want ge kent elkaar niet (...) en ik vond dat wel een heel moeilijke opgave om constant met die mensen ook rekening te houden... je vindt dat allemaal vanzelfsprekend dat je dat doet, maar het is wel heel iets anders als je het ook ervaart...we staan daar eigenlijk niet bij stil...”

uit interview 13

De manier waarop je moet eten raakt je als persoon...

Ook het middagmaal samen in de leefruimte, wordt door alle respondenten als belangrijke en ingrijpende gebeurtenis ervaren. In de getuigenissen horen we tal van voorbeelden, zoals het toegediend krijgen van gemixte voeding als blinde, het drinken van ingedik water als halfzijdig verlamde met slikproblemen, het morsen tijdens het eten door de tremor, maar ook de drukte en de chaos in de ruimte, het voortdurende gepraat van andere ‘bewoners’ aan tafel...

Respondenten noemen dit beklievende ervaringen. Ervaringen die fysiek – lijfelijk – voelbaar zijn. Gemixt eten wordt ervaren als een brij in de mond, als vies en iets wat men echt niet lekker vindt.

“... ik heb ook gemixt gegeten, en Oh neen, dat vond ik echt niet goed... eerst en vooral zat er geen smaak in, en nee... ze geven dat in uwe mond... het waren bonen en vlees maar dat proef je eigenlijk niet en ze zeggen wel: het zijn bonen, maar voor mij was dat één brei (afgunstige toon) ik kan het moeilijk anders uitdrukken, maar ik heb dat doorgeslokt en de knop proberen omdraaien...”

Uit interview 7

De respondenten ervaren dat de context en de manier waarop men moet eten, je raakt als persoon. Men ervaart hoe deugd persoonlijke aandacht doet, hoe oncomfortabel een niet goed geplaatste houding aan tafel, hoe aangrijpend de ervaring van een vuile mond, hoe storend het lawaai bij het uitscheppen van het voedsel. Het maakt hen bewust van de dingen die men belangrijk vindt om van het maaltijdgebeuren een smakelijke, aangename én waardige gebeurtenis te maken.

“... ik was een MS-patiënte en kon zelf eten, maar mijn bord stond schuins over mij, en ik stond niet volledig onder de tafel, dus ik moest ver met mijn vork... en dan hebben ze nog mijn bord niet dicht gezet met als gevolg dat ik gemorst had op mijn kleren, omdat ik te ver van tafel zat... en dat zijn dingen waardoor je maaltijd minder goed smaakt hé, als je er niet kan van genieten, als je zo moet zitten om aan je patatjes te kunnen, als je zover moet reiken, dat is minder aangenaam om te eten ... ja, ik vind dat ook iets waar je aandacht moet voor hebben, dat de mensen comfortabel zitten aan tafel, en als ze zelfstandig eten, dat de reikwijdte niet te ver is...”

Uit interview 1

“...Doordat ik blind was kon ik het eten niet zien en ze hebben het wel gezegd, maar je ziet het daarmee nog niet en dat heeft me ook wel heel erg aangegrepen... ze moesten me ingeven... ten eerste weet je al niet wanneer ze afkomen met dat vork met het eten erop, je weet ook niet hoeveel ze in je mond gaan steken, en ja, er is altijd kans dat je je gaat bevuild, je mond is vuil, dat vond ik ook wel erg aangrijpend... ik vond het ook gênant, want je zit daar met je mond open ... en ja, wij staan daar eigenlijk niet bij stil...”

Uit interview 15

Het maaltijdgebeuren wordt door de respondenten ook in een breder perspectief geplaatst. Ze hebben het over de sociale en spirituele componenten, met zowel positieve als negatieve kenmerken. Ze spreken over het verlangen dat ze voelden om samen te eten, omdat het de mogelijkheid creëert om een babbel te doen met de medebewoners, om de eenzaamheid te doorbreken en de tijd te vullen. Op die manier is samen eten ook een activiteit die betekenis geeft aan je dag, aan je leven. Maar samen eten is zich ook ergeren aan de luide muziek en het lawaai in de ruimte en het niet rustig kunnen tafelen daardoor. Of het gegeneerd zijn omdat anderen je afhankelijkheid kunnen waarnemen. Respondenten die dieper inzoomen op hun ervaringen en belevingen en hierover reflecteren, drukken hun verwondering uit omdat ze het maaltijdgebeuren eerder nog niet zo hadden bekeken.

“... ik zat aan tafel met allemaal mensen die valide waren en ik voelde me verschrikkelijk bekeken als ik eten werd gegeven ... ik voelde me zo ‘nen duts’ en minderwaardig. En ze zegden dat dan ook: ‘ge moet een keer kijken, ‘t is te hopen dat ik zo niet word’ ... en dat doet raar. Ik heb dat zelf ook nog patiënten horen zeggen, maar ik wist niet dat het zo hard aankomt als men dat hoort zeggen door iemand anders... en ik had er vroeger niet bij stil gestaan dat het zo binnenkomt als ze medelijden hebben met mij...”

Uit interview 10

“... ik vind dat een voormiddag lang duurt, je verlangt tot dat de soep er is, en dan totdat de maaltijd...”

Uit interview 3

Ik wist niet dat dit voor de bewoners zo belangrijk is...

Na de middagmaaltijd volgt het rustmoment. We horen van alle respondenten dat ze hierbij als simulant-bewoner geen keuze krijgen. Men wordt zonder inspraak op de kamer in bed of in de rolstoel geïnstalleerd. Maar de respondenten die de drukte van de groep als belastend ervaren, voelen dit afgezonderd worden als zalig aan. Het geeft hen de gelegenheid om even tot rust te komen, om van alles even weg te kunnen zijn, om te reflecteren ook. Door deze ervaring en beleving realiseert men zich het belang om de bewoners in de instelling waar men werkt, af en toe eens een uurtje op hun kamer te installeren, zodat ze de kans hebben om tot rust te komen, vooraleer ze nadien terug worden samengebracht.

“... het uurtje dat we op onze kamer mochten gaan, dat was zalig, om van alles weg te zijn...en ik weet hierdoor dat het goed is om de mensen eens een uurtje op hun kamer te laten en ze dan terug samen te brengen...”
uit interview 6

Voor andere respondenten is het alleen zitten op de kamer een beproeving. Vanuit hun profiel worden ze geconfronteerd met het trage ritme van de tijd, met het moeten wachten, met het voor alles van anderen afhankelijk zijn. Dit zijn beklijvende ervaringen voor deze respondenten. Het stilstaan en reflecteren over hun zorgafhankelijkheid als simulant-bewoner brengt hen bij het lot van hun bewoners. Het doet hen beseffen hoe moeilijk het moet zijn om oud te worden en oud te zijn.

“... het afhankelijk zijn, het niet kunnen doen, bij voorbeeld als je naar het toilet wilt, dan moet je vragen: ik wil efkes naar het toilet... en dan moet je wachten tot ze.... En ok, in sTimul waren ze met genoeg om ons te verzorgen, maar ik denk als je in de echte, echte situatie zit, zoals wij dat hier toch regelmatig meemaken, dat je toch sterk afhankelijk zijt van anderen, en dat is iets wat je echt, denk ik, nooit echt gewoon kunt worden...ik denk dat het voor iedereen moeilijk is... ik denk dat oud zijn moeilijk is, maar oud worden... en daar komt het op neer: het aanvaarden dat je afhankelijk wordt... en dat is héél moeilijk...”
uit interview 2

“... ik heb een keer of drie gebeld, dat ik dorst had, dat ik koud had, en ik kon aan mijn drinken niet... je kunt dat niet geloven wat dat is als je voor alles afhankelijk zijt, dat je er niet zelf aankunt en dat je ligt te denken van: wanneer gaat er eens iemand langskomen? Of zou ik bellen? ... ik vind dat wel belangrijk als je dat zelf allemaal eens kunt meemaken... omdat je daardoor nu meer stilstaat, dat het toch behoorlijk lastig en vermoeiend moet zijn voor de mensen in het rusthuis... nu ga ik er toch meer bij stilstaan, denk ik...”
uit interview 3

Ook het stilzitten in een rolstoel wordt door de respondenten als een lastige, beklijvende ervaring beleefd. De fysieke ervaring van niet te kunnen rondlopen en de hele tijd alleen maar stil te zitten, vermoeit en belast de spieren van benen en rug. Men voelt de pijn hieraan verbonden, en men beseft hierdoor het belang van meer aandacht voor een goede houding en het regelmatig kunnen veranderen van positie. Aandacht die niet alleen belangrijk is voor

het fysieke comfort, maar ook een impact heeft op de beleving van het persoon-zijn, zoals de respondent van de hierna volgende getuigenis heeft aangevoeld.

“... dat stilzitten, dat vond ik het ergste van alles, dat je niet meer kunt rondlopen, je zit daar maar en ze hebben geen aandacht om je een keer van positie te veranderen, ja, dat is erg... want moesten ze me eens veranderd hebben of mijn positie gecontroleerd, ja, dan had ik meer het besef van ‘ik ben hier nog’...”

uit interview 1

“... Ik heb twee dagen in een rolstoel gezeten die te klein was, en ik heb ervaren als ge geen kniepijn hebt, dat ge er wel krijgt in een rolstoel... Dat is dus voor mij heel belangrijk dat de rolstoel perfect is aangepast, het zitcomfort en al die dingen (...) ik vind dat het iets is dat je pas merkt als je een dag en een half in een rolstoel hebt gezeten of als je zo lang stil zit op een stoel, dat dat heel lastig is...”

uit interview 2

Alle respondenten hebben het ook herhaaldelijk over hoe lastig het moeten wachten op de hulpverlener is. De tijd wordt anders gepercipieerd en het wachten lijkt veel langer te duren, omdat men niets voorhanden heeft. Het vaak gebruikte begrip ‘straks’ wordt hierdoor als erg storend ervaren. Onduidelijke informatie maakt hen onzeker en onderstreept de afhankelijkheidspositie. Ze ervaren de impact ervan op hun welbevinden en de verandering in hun denken en voelen. Respondenten getuigen dat ze pas nu, door deze sterke ervaring, beseffen hoe belangrijk het voor hun bewoners is, om duidelijke en heel concrete afspraken te maken met hen.

“... na het eten moesten we dan in ons bed, en het was van: ‘straks komen we u halen voor de koffie’, maar: wanneer is straks? En ik vroeg dat dan en ze zei: ‘ja, vlak na de middag’. Ja en dan: wanneer na de middag? Is dat één uur of halftwee? Het was uiteindelijk tien voor twee en dat duurde dus ik weet niet hoelang... en dan ben je de hele tijd aan het luisteren of ze passeren in de gang, en dan denk je dat ze gaan binnenkomen en dat is dan toch weer niet... wachten, eigenlijk continu wachten... het is dus superbelangrijk dat je daar een uur opzet of een tijdspanne, dat je een richtlijn geeft, dat is heel belangrijk... want dat wachten maakt heel erg onzeker, en je hebt ook veel meer tijd... als het maar dat is wat je te doen hebt dan ... dingen waar je anders absoluut geen aandacht aan geeft, daar begin je nu naar

te kijken en je begint te vitten op alles... neen ik wist niet dat dat zo erg was en dat dit voor de bewoners zo belangrijk is...

uit interview 8

Het belang van goede communicatie en duidelijke informatie wordt bij elke activiteit aangevoeld. Naast het zoals hierboven beschreven concreter duiden van de tijd, hebben verschillende respondenten ervaren hoe belangrijk het is om als bewoner betrokken te worden en uitleg te krijgen over wat er te doen staat. Een 'blinde' respondent ervaart hoe ze met de tillift werd omhoog geheven zonder hierover eerst te worden geïnformeerd. Ze kon zich totaal niet meer oriënteren in de kamer en ze voelde zich zeer angstig daardoor. Iemand anders getuigt over hoe ze de nood voelde om heel concreet te weten wanneer de hulpverlener zou komen, wat er gebeurde en wat men ging doen. De ervaringen confronteren de respondenten opnieuw met het perspectief van de bewoner en het eigen professioneel routinematig bezig zijn.

“... die mensen hebben me niet gezegd dat ze me in een tillift staken... ik werd omhoog geheven, gedraaid, ik had geen benul van oriëntatie en ik wist totaal niet waar ik in die kamer was, en dat was heel angstig... die meisjes zegden niet wat ze deden... maar daarna, heb ik het wel gevraagd, ik heb hen duidelijk gevraagd: nu wil ik weten wat jullie gaan doen! En ze hebben dat dan ook gedaan... dat gaf een veiliger gevoel... het deed geen pijn, maar het was de eerste keer erg beangstigend... ze doen soms dingen en zeggen helemaal niets. Ze gaan zo om met hun werk en de bewoner die wordt maar van de ene kant naar de andere... denk u eens in, een bewoner die niet ziet, ze gaan met u door de gang, de lift in, in bad...”

uit interview 7

“... er worden soms bepaalde handelingen gedaan en je zegt: ‘wat gaan ze nu eigenlijk doen?’ En wij vinden dat allemaal vanzelfsprekend en routine, maar voor de mensen is het toch belangrijk dat je uitlegt en zegt wat er gebeurt (...) ik had nood aan heel concreet te weten wanneer ze gingen komen en wat we gingen doen ... en ik denk ons mensen ook, maar zij kunnen het niet altijd meer uitdrukken en ze zien u dan heen en weer lopen en gaan en doen. Maar wat je juist gaat doen? Het wordt hen niet gezegd en dat lijkt dan zo chaotisch, vind ik...”

uit interview 13

Alle respondenten getuigen dat men zeer snel de betrokkenheid en aandacht van de hulpverleners aanvoelt. De snelheid en manier waarop men reageert op een hulpvraag geeft hen dit gevoel. Ze ervaren als simulant-bewoner dat ze zich automatisch meer wenden naar de hulpverlener die onmiddellijk reageert en het antwoord niet uitstelt.

...het zijn altijd dezelfde die reageren, ja dat is heel rap duidelijk en automatisch ga je je dan naar die persoon wenden als je iets moet hebben... ja, na een half uur heb je dat al door. Je ziet dat aan hun reacties vooral, als je vraagt en iemand zegt: ik ga dat seffens doen, en die doet dat dan niet direct, dan weet je al dat als je belt, dat die niet snel zal afkomen..." uit
interview 8

De individuele aandacht miste ik wel in de gezamenlijke groepsactiviteit...

De respondenten vertellen over de brede waaier van groepsactiviteiten die na de middagrust voor de simulant-bewoners wordt georganiseerd: een kwis, een muzikaal pak, de krant voorlezen, krantenknipsels bespreken, samen zingen, wandelen in de tuin, boodschappen doen, schilderen, uno spelen, bingo spelen. Alle hebben ze begrip voor de goede bedoelingen van de hulpverleners, maar ze ervaren ook dat de activiteiten vaak niet aansluiten bij hun individuele interesse en leefwereld. De blinde simulant-bewoner mist de individuele aandacht bij het voorlezen van de krant. Een andere heeft geen zin om bingo te spelen, maar doet mee omdat de tijd er door passeert. De respondent met het profiel van de 70jarige die nog volledig mentaal in orde is, heeft het moeilijk met het kinderniveau waarop het muziekpakket wordt aangebracht.

Door de reflectie op hun ervaringen en de wijze waarop ze deze hebben beleefd, beseffen de respondenten dat animatieactiviteiten belangrijk zijn om de bewoners voldoende prikkels te geven en uit het dreigende isolement te houden. Maar men heeft ook ervaren dat de activiteiten niet langdradig mogen zijn. Ze hoeven ook niet steeds in groep te gebeuren. Het is belangrijk om een goed evenwicht te zoeken en de animatie af te stemmen op het niveau en mogelijkheden van de mensen. Als simulant-bewoner hebben ze ondervonden dat dit kan door hen individueel en aandachtig te bevragen, zodat men als hulpverlener weet hoe men op een boeiende en zinvolle wijze de tijd kan invullen. Het blijkt een voorwaarde om de bewoner persoonsgericht te kunnen benaderen en zijn persoon-zijn recht te doen.

"...die animatie, dat muziekpakket, dat was wel ok, maar soms werd dat op een niveau gezegd ... en in het echt is dat ook zo hoor, dat het niveau van intelligentie wordt

teruggetrokken naar een kinderniveau (...) ik denk dat je dat niet doet met mensen die 70 jaar zijn en volledig mentaal in orde zijn... dat was een beetje moeilijk, maar als je dan die andere mensen met een totaal ander profiel hebt, dan kan dat weer wel, daar kan je dat wel bij doen (...) maar moest ik 70 jaar zijn en in het profiel dat ik had, ik denk dat het mij niet zou boeien...”
uit interview 2

“...ik had gevraagd: ‘ik zou een keer graag het nieuws, de koppen uit de krant weten.’ En ja, ze brachten de krant en ik dacht al: ‘mmm’... en dan werd die voorgelezen. Maar er was geroezemoes door elkaar... en ik als blinde dacht: hadden ze me nu een keer apart genomen en gezegd: ‘kijk, ik ga u de grote koppen voorlezen, wat is het wat u wil weten: het nieuws, of politiek of sport?’... ja, de individuele aandacht miste ik een beetje in de gezamenlijke groepsactiviteit (...) een groepsactiviteit, af en toe: ja! Maar individuele benadering is zeker even belangrijk, want die vijf minuutjes aandacht die je krijgt als persoon alleen, dat zit echt een paar uren in je hoofd dat ze met jou bezig zijn geweest...”
uit interview 12

Als je daar zit met een dekentje over u...

Een persoonsgerichte benadering impliceert eveneens dat de hulpverlener de bewoner als volwaardig mens beschouwt. In de getuigenissen horen we hoe respondenten tijdens de inleefsessie hebben ervaren dat de relatie met de hulpverlener sterk wordt beïnvloed door het beeld dat deze zich van de bewoner vormt. De respondent met Parkinson wordt getutoyeerd. Het bezorgt hem een kinds gevoel en hij voelt zich niet als volwassen persoon bejegend. Hij mist een normale conversatie en schrijft dit toe aan een verkeerde perceptie door de zware tremor die hij heeft, en het dekentje waarmee hij in de rolstoel zit. Aan de respondent met het profiel van ‘brave bewoner’, wordt letterlijk en figuurlijk voorbij gelopen. Ze ervaart dat ze als niets vragende simulant-bewoner weinig individuele aandacht krijgt en ook maar weinig wordt aangeboden. Verder in het gesprek realiseert deze respondent zich dat het niet mis is om als hulpverlener iets van je eigen persoon in de relatie met de bewoner te steken. Ze miste dit als simulant-bewoner. Ze beseft dat men als hulpverlener ook hierdoor de bewoner het gevoel geeft au serieux te worden genomen als persoon, en niet als iemand die te bed ligt en is afgeschreven...

“...het tutoyeren geeft je een kinds gevoel. Je hebt niet echt een gevoel van: ‘Ok, ik ben hier een volwassen persoon van 70 jaar’, want het is niet omdat ik een tremor en Parkinson heb, dat ik geen normale conversatie kan voeren. Je voelt je niet au serieux genomen, je bent iemand die geen enkel mentaal probleem heeft, alleen de tremor, maar als je daar zit met een dekentje over u, dan denkt men direct: ‘dat is hier een oud ventje die niets meer kan’... ja, en je zit daarbij dan nog te beven...”

uit interview 2

“diegenen die niet veel bellen, die braaf zijn, die gewoon op hun kamer een boekje lezen of televisie kijken, krijgen weinig individuele aandacht... ja, als je het vraagt ga je het krijgen binnen de tijdspanne die er is, maar als je het niet vraagt, gaat u weinig aangeboden worden, ja, dat heb ik toch wel ervaren (...) ze hebben ook nooit persoonlijk iets gevraagd over mij, en ze hebben ook nooit iets van henzelf verteld, wel zo van: ‘het is mooi weer vandaag en we gaan u in bad steken’, maar eigenlijk iets persoonlijks, neen... en dat heb ik inderdaad gemist, ik ben ondertussen 25 jaar bezig en denk van: waarschijnlijk is het niet mis om zo eens iets van uw persoon in te steken ... om dat gevoel van: ze nemen me toch au serieux als persoon, en niet als iemand die te bed ligt, of als iemand die afgeschreven is...”

uit interview 12

De respondenten ervaren dat het niet gezien worden als persoon, hen deprimeert en moedeloos maakt. Iemand heeft zeer goed gevoeld hoe gemakkelijk men zich laat meedrijven met de groep en hoe sterk men moet zijn om nog actief te blijven. Dit staat in schril contrast met de deugd die een andere respondent ervaart, wanneer een hulpverlener de tijd neemt en de moeite doet om contact met haar te krijgen. Door dit letterlijk en figuurlijk gezien zijn, en het aan de lijve ondervinden van ‘ik word hier niet vergeten’, beseft ze, meer dan ze kon vermoeden, de invloed ervan op het lijden. Het lijden wordt niet minder, maar het dragen ervan wel lichter.

“... wat mij opviel was dat de dagen enorm lang duren ... je wacht van eetmoment tot eetmoment, vind ik. En alles wat je er tussenin hebt is meegenomen, en als dat niets is, dan zit je daar te denken en te niksen... en tegen ’s avonds merk je al dat je eigenlijk geen inspanning meer doet om nog actief bezig te zijn, je laat je meedrijven met de rest en je moet al heel sterk zijn om zelf nog activiteiten te doen...”

uit interview 8

“...er was daar iemand die probeerde contact te krijgen, iemand die moeite deed en oogcontact zocht, zo simpel, en ook al duurde het lang voordat ik een antwoord gaf, toch de moeite deed om me te vragen: wat wilt ge? Hoeveel deugd dat dit doet, ik heb dat nu pas ervaren, aan den lijve, hoe belangrijk het is dat iemand u letterlijk ‘ziet’, hoe je gezien wordt, het gevoel hebben van ‘ik word hier niet vergeten’, ja, letterlijk en figuurlijk gezien worden (...) als persoon, door iemand die de moeite en de tijd neemt om met u contact te krijgen. En er is maar één iemand geweest die dat gedaan heeft, en dat was ongelooflijk belangrijk. Ik voelde me niet minder depressief, maar het was lichter om dragen, het was minder lastig...”

uit interview 10

Ze wou altijd maar op de gang, weg en weer...

Zowel een tekort als een overdaad aan prikkels heeft zijn gevolgen. Respondenten met een ‘rustig’ profiel ervaren hoe belastend de drukte in de groep tijdens de animatie kan zijn, het lawaai in de ruimte tijdens de maaltijden, of van de demente onrustige kamergenote. Ze merken dat deze druk storend gedrag kan induceren en een situatie kan creëren die onhoudbaar wordt. Ze voelen aan den lijve vanuit hun profiel, hoe noodzakelijk het is om als hulpverlener het teveel aan prikkels weg te nemen, om onrustige mensen even uit de groep te nemen, en dingen te ondernemen die mensen rustig maakt, om situaties niet te laten escaleren.

“... ik lag op een driepersoonskamer en die ene mevrouw had echt storend gedrag, en ik vond dat erg, ja, ik heb echt op het punt gestaan om te zeggen: kijk ik wil een time-out, ik stap hier uit mijn rol, dat was niet doenbaar, maar ze is dan stil gevallen (...) hadden ze me gewoon in een ander kamer gelegd, het was om het even waar, het mocht zelfs beneden in de zetel zijn, maar weg van haar, weg uit die kamer, weg van dat lawaai...”

uit interview 1

Door het terugkijken naar haar ervaring en het reflecteren over haar eigen onrustig gedrag tijdens de inleefsessie, ontdekt een andere respondent de betekenis van het weg en weer wandelen van haar dementerende schoonmoeder, die ze had gesimuleerd. Ze begrijpt plots de oorzaak van haar wegloupedrag en ‘ziet’ daardoor wat er zich dagelijks afspeelt bij de demente bewoners, op de afdeling waar ze werkt.

“...ik had de rol opgenomen van mijn schoonmoeder. Ze was iemand die, voor ze dementeerde, ongelooflijk veel praatte, maar daarna steeds minder en minder zei... en ze wou altijd maar op de gang, weg en weer, dus heb ik dat ook gedaan in sTimul... en NU zie ik, door daar NU over te praten, nu zie ik haar daar weer. Ze wilde altijd de gang op en neer wandelen, altijd maar weer... ze konden haar niet in de stoel houden...en in de leefgroep waarin ze zat, zat er iemand steeds te roepen en te doen, anderen zaten te praten en te praten, en de verpleging daartussen met hun kar: ‘we gaan nu eten!’... en nu, NU ZIE ik dat mijn schoonmoeder die druk niet aankon, daarom wilde zij altijd maar wandelen...”

uit interview 4

Stel je voor dat je dat dag in dag uit opnieuw moet beleven...

Na het avondmaal ervaren verschillende respondenten dat de activiteiten, waar ze op dat moment mee bezig zijn, weerom zonder inspraak worden stilgelegd. De televisie gaat uit. De film wordt halfweg stopgezet, de krant en gesprekspartner worden weggenomen. Men moet naar bed. Dit moeten en geen keuze hebben, vindt men niet kunnen en het geeft de respondenten opnieuw het gevoel niet als autonome en volwassen mensen te worden behandeld. Maar niemand verzet zich tegen dit gebeuren. Respondenten ervaren en getuigen dat ze na zo'n korte tijd al niet meer opkomen voor zichzelf. Deze vaststelling, die ze door hun ervaring als simulant-bewoner ook 'zien' in hun eigen zorgpraktijk, raakt hen diep en overtuigt hen dat het anders moet.

“.. en gisterenavond bij het slapen gaan werd er zo van: ‘die en die en die gaan naar hun bed!’ Om zeven uur, zonder vooraf besproken te zijn... tenslotte, een kind steek je ook niet zo ... je kondigt dat aan.. maar wij zijn geen kinderen, wij zijn mensen, volwassen mensen ... en ik dacht: ‘dat kan toch niet!’ Ik zat naar het nieuws te luisteren, dat interesseerde mij en dat was ook het enigste dat je maar te doen hebt, en in ene keer: ‘hop, ge moet hier weg, ge moet naar uw bed!’ (...) ik liet dat gebeuren en ik dacht: stel je voor dat je dat dag in dag uit opnieuw moet beleven... maar ik zie het inderdaad gebeuren. ... alé, dat kan toch niet... ik vind dat daar meer aandacht moet aan besteed worden...”

uit interview 7

Zoveel belangrijker dan de eigenlijke zorg op zich...

Zowel de nacht als de hygiënische zorg tijdens de volgende ochtend worden door de meeste respondenten als positief ervaren. De drukte van de groep valt weg, het contact met de hulpverlener is individueler en daardoor gericht en persoonlijker. Alle respondenten getuigen dat de individuele zorgmomenten topmomenten zijn tijdens de inleeftweedaagse. Ze vertellen over hoe deugddoend de individuele aandacht en de kleine attenties zijn. De privacy en de tact waarmee de zorg wordt verleend. De warmte en het geduld waarmee het eigen tempo wordt gerespecteerd. De authenticiteit en het moeite doen, meer dan men verwacht. Dit alles ervaren de respondenten als zoveel belangrijker dan de eigenlijke zorg op zich. Het is dat deel van de zorg waarmee men zich gerespecteerd voelt als persoon. Zorg die je als mens in je waardigheid ondersteunt, en waarmee de hulpverlener zich onderscheidt van de rest.

“... ik vind het belangrijk dat de verzorging en verpleging heel veel individuele aandacht besteed, zoals bij voorbeeld toen ze me een bedbad gaven, vooral de individuele aandacht die je daarbij dan krijgt, doet wel deugd... die extra aandacht zoals de vraag: moet ik uw voeten ook eens wassen vandaag?... Je zou van alles uitvinden om ze langer bij jou te kunnen houden...”

uit interview 8

“... ze hebben me gewoon laten doen en dan toch ook een paar keer gevraagd: ‘gaat het?’ en daardoor voelde ik wel de bezorgdheid en meelevendheid van de verpleegsters”

uit interview 2

“... ik kreeg een bad en de tillift raakte niet over de badrand, maar uiteindelijk kantelde ik, ondersteund door de hulpverleners, in het heerlijke warme water. Het deed echt deugd! En ondanks hun gesukkel, voelde ik me veilig bij hen. Ze hielden hun onzekerheid niet verborgen tegenover mij. Ze vertelden me nog nooit eerder met zo’n lift te hebben gewerkt. Ze waren eerlijk en keken me recht en spontaan aan. En dat deed goed. Ik vroeg me af wat hen onderscheidde van de rest en ik denk door de moeite die ze deden, meer dan de anderen, ook hun spontane vriendelijkheid, hun authentiek zijn, en het mij betrekken bij de zorg. Ik wist dit eigenlijk al, maar heb het nu ook gevoeld, bewust...”

Uit interview 11

Na het middagmaal van de tweede dag stopt de simulatie. Het uur om te ontspannen en definitief uit hun rollen te stappen, is bevrijdend. Maar eveneens confronterend, zoals uit volgend dagboekfragment van één van de respondenten mag blijken:

*“...Na het eten stopt het simuleren. We stappen uit onze rol. Oef! Het is bevrijdend. Ik kan opnieuw spontaner en vriendelijker zijn tegen mijn ‘collega’s’. We gaan inpakken op onze kamer. Ik word ondertussen gebeld door mijn man. Of hij me nog ziet voor zijn vergadering? Anders tot vanavond...
... Een andere wereld... Hij kan niet bij deze... wie wel? (...)
Straks reflectiemoment. Mijn valies staat klaar. Ik ga naar beneden. Anders dan ik gisteren gekomen ben...”*
Uit dagboeknotities 11

Stilstaan en terugkijken naar het gebeuren...

Het reflectiegesprek dat in de namiddag volgt op het simulatiegebeuren wordt door alle respondenten als een belangrijk en noodzakelijk leermoment van de inleefsessie bevonden. De vraag ‘Wat heeft deze simulatie aan mij gedaan?’ geeft hen de kans om stil te staan en terug te kijken naar de gebeurtenissen en de zorg die ze ontvingen als simulant-bewoner tijdens de inleeftweedaagse. Ze vertellen, soms met bijhorende emoties, vanuit hun rol als simulant-bewoner over de confronterende en beklijvende ervaringen die ze zelf hebben ervaren, gezien of gevoeld. We horen en hebben hierboven ook uitvoerig beschreven hoe respondenten op vele manieren verwoorden hoe lastig, vermoeiend, hoe frustrerend en moeilijk, hoe erg men het vond om de touwtjes uit handen te geven, te moeten stilzitten en niet rond te kunnen lopen, om constant te moeten luisteren naar andere mensen die veel praten, of als anderen over je spreken als je zelf niet kan reageren. Frustrerend omdat men geen aandacht heeft voor je houding aan tafel, of voor je rolstoel, of de zeep waarmee men je wast. Vermoeiend omdat je niet kan slapen door het storend gedrag van een medebewoner, of omdat je geen TV hebt om de dode momenten te vullen, omdat men je vergeet aan de lift. Ze hebben ervaren hoe vies gemixt eten proeft, en ingedikte dranken, hoe een natte ‘pamper’ voelt en een fixatiedeken, en hoe eng een tillift zonder de noodzakelijke informatie ...

“...dat stilzitten, dat vond ik het ergste van alles, en dat je niet meer kunt rondlopen, je zit daar maar en ze hebben geen aandacht om je een keer van positie te veranderen, ja, dat is erg... Je verliest het besef van ‘ik ben hier nog’”

Uit interview 1

“...ik zag hoe de mevrouw naast mij met de passieve lift uit bed werd gehaald en ze vond dat heel eng. Ze kon niets zien want ze was blind en de meisjes zegden ook niet wat ze gingen doen (...) ik heb het zelf niet meegemaakt, maar ik heb het allemaal gezien en ook dat was zeer eng...”

Uit interview 9

De betekenis achterhalen van wat men heeft meegemaakt...

We horen van de respondenten dat ze door het reflecteren en het samen spreken tijdens het reflectiegesprek, de betekenis kunnen achterhalen van wat ze hebben meegemaakt. Velen zijn verwonderd over wat de simulatie bij hen teweeg heeft gebracht. Ze getuigen over hoe veel men denkt en gezien heeft als simulant-bewoner en hoe leerrijk en confronterend het aan de lijve ondervinden is. Hoe het voelen van wat je graag en niet graag hebt, hen op een bijzondere manier ‘van binnenuit’ verheldert wat ‘goede zorg’ is, en wat ook niet. Veel dingen die men wel al wist, gaat men door het zelf mee te maken, anders weten. En respondenten getuigen dat dit hen aanscherpt, alerter maakt en doet aanvoelen wat belangrijk is.

“... het heeft me echt veel doen nadenken, ook over mijn werk waar we met demente patiënten omgaan, en bij sommige dingen sta je gewoon niet stil hoe je handelt, maar als je het zelf een keer beleeft, dan weet je dat wel, want je ondervindt het. En ik denk wel als je dat op de werkvloer op dezelfde manier gaat tegenkomen, dan denk ik wel dat je nu eerst een keer gaat nadenken van: ‘hoe ga ik dat nu doen?’ Want je hebt zelf ervaren wat je niet graag hebt...”

uit interview 3

“... het is ook voor jezelf leerrijk, de confrontatie met jezelf... en omdat je een aantal dingen aan de lijve ondervindt...dat zelf een keer voelen wat het is, bij voorbeeld als je pijn hebt, overal pijn hebt en niemand die komt vragen: ‘hoe is’t?’ of u een keer in een andere houding komt zetten, dat een keer meemaken...het maakt u alerter...want veel dingen wist ik wel,

maar ja, je voelt het belang ervan meer aan. Het wordt helderder wat eigenlijk 'goede' zorg is, en wat geen goede zorg..."
uit interview 10

"... dat wachten, dat daar zitten en dat wachten, dat is wel erg! ... en ik had daar eigenlijk geen benul van dat het zo lastig is, dat daar zo gewoon zitten wachten ..."
Uit interview 1

Inzien dat men mensen iets aandoet dat men zelf niet zou willen

Door het stilstaan bij hun ervaringen en belevingen als simulant-bewoner en het reflecteren en dialogeren tijdens het reflectiegesprek, verleggen de meeste respondenten spontaan de focus van hun persoonlijke ervaring naar de bewoners voor wie men dagelijks zorgt. Het doet hen inzien dat men mensen iets aandoet dat men zelf niet zou willen, mensen die dagelijks aan hun zorg zijn toevertrouwd. Het op deze manier bewust worden van het perspectief van de bewoners en hun zorgafhankelijkheid is een heel ingrijpende ervaring die respondenten diep raakt en beroert.

We laten de getuigenissen spreken.

...nu begrijp ik wat het moet zijn, nu ik het heb meegemaakt...maar in 't echt is het dan nog veel erger...
uit interview 6

"... je kunt dat niet geloven wat het is als je voor alles afhankelijk zijt... ik vind het belangrijk dat je dat zelf allemaal eens kunt meemaken, omdat je daardoor nu meer bewust zijt het toch behoorlijk lastig en vermoeiend kan zijn voor de mensen in het rusthuis..."
uit interview 3

"... en bij ons is dat dan allemaal maar ene keer geweest... als zij daar iedere dag..."
Uit interview 1

“... en wat er ook verschrikkelijk is dat is een pamber aanhebben, dat moet ge zelf ook eerst ervaren hebben... ja, dat moet voor de mensen verschrikkelijk zijn...”

uit interview 4

“Ik zat aan tafel met allemaal mensen die valide waren en ik voelde me verschrikkelijk bekeken als ik eten werd gegeven. Ik voelde me zo ‘nen duts’ en minderwaardig. En ze zegden dat dan ook: ‘ge moet een keer kijken, ’t is te hopen dat ik zo niet word’... en dat doet raar. Ik heb dat zelf patiënten ook nog horen zeggen, maar ik wist niet dat het zo hard aankomt als men dat hoort zeggen door iemand anders. En ik had er vroeger ook niet bij stilgestaan, dat het zo binnenkomt als ze medelijden hebben met mij...”

uit interview 10

De perceptie over zorg en zorg verlenen

Dit geraakt zijn en bewust worden van het perspectief van de bewoners en de eigen zorgpraktijk beïnvloedt de perceptie die men heeft over zorg en zorg verlenen. De persoonlijke ervaring voegt iets toe aan de manier waarop men hierover praat en denkt. Het wordt op verschillende manieren uitgedrukt door de respondenten. Als een beter verstaan, als een zich beter kunnen inbeelden, als een meer begrijpen, als een anders zien en kijken naar de zorg, als een beter weten wat belangrijk is, als een anders denken, als een zich bevestigd weten of als een sterker staan.

“ik denk dat we beter de mensen gaan verstaan. Ik denk dat we beter gaan weten wat ze zeggen.”

uit interview 6

“...ik was in mijn rol in mezelf gekeerd en ik had geen contact meer en als je dan een hele tijd moet luisteren naar anderen in een groep... en die zegt iets en een ander roept... dat voortdurend samen zijn in groep, mijn hoofd stond op barsten... en nu kan ik dat geloven... ik kan nu heel goed geloven dat mensen die in een leefgroep zitten, onrustig worden en dat we er geen weg meer mee kunnen, ja, nu begrijp ik dat...”

Uit interview 4

“... ik was zagezegd weinig veeleisend volgens mijn profiel, maar op de duur vroeg ik toch iets, want als weinig veeleisende kreeg ik anders niets... en dan denk je dat je in het rusthuis misschien ook niet te braaf moet zijn, en dat je op de duur misschien wel een beetje veeleisend wordt, omdat je zelf gezien hebt dat, als je niets vraagt, je ook niets aangeboden wordt...en misschien kijk ik nu anders naar mensen die vragen...want je hebt veel te vragen vooraleer je iets bekomt, ja, misschien wordt de zorgvrager wel te weinig bevraagd... je focust als verpleegkundige op de ‘goede zorg’ en alles afwerken en zien dat wat op de planning staat gedaan is, maar je zegt: ja, er is meer dan dat, en was je de rug maar een keer half, maar heb je een goed gesprek, of laat je ze een keer uitpraten of huilen, dat dit voor de mensen soms belangrijker is dan die andere zorg...”
uit interview 12

“...ik heb veel dingen uitprobeerd. Ik heb in een pamber geslapen, ik heb met de actieve en passieve tillift, me laten wassen maar niet intiem, ik heb me laten ingeven, gemixte voeding... alé, ik vond dat allemaal... ik had me daar een goede voorstelling van gemaakt hoe dat het echt was, ik had niet van: ‘amaai, is dat zo?’ Ik had daar een beeld van en dat is bevestigd...”
uit interview 14

“... ik denk dat ik nu sterker ga staan op het werkveld...”
uit interview 1

Een appèl dat van binnenuit wordt aangevoeld

Vanuit dit inzicht worden intenties uitgesproken. Men wil voortaan zorg op een andere manier verlenen, zorg die door de persoonlijke ervaring en beleving als simulant-bewoner, vertrekt vanuit een appèl dat van binnenuit wordt aangevoeld. Respondenten hebben het over tips die ze meenemen naar het werkveld, tips die men persoonlijk heeft aangevoeld als belangrijk in de zorg. We horen over meer individuele aanpak en meer aandacht voor kleine details, over meer betrokken zijn, meer afstemmen van de zorg, de bewoner meer bevragen. Maar we horen ook de vrees uitspreken als men als hulpverlener alleen zal staan.

“... ik ga zeker meer aandacht hebben voor kleine details, want dat vind ik vooral belangrijk, en ik ga er voor zorgen dat we beter ons best doen om onze bewoners goed te verzorgen... je hebt in je achterhoofd wat dat met jou gedaan heeft en ik ga dat dan ook niet meer doen,

ik denk dat het een beetje is dat je al de negatieve ervaringen weerspiegelt op hen en dat je nu extra aandacht gaat hebben...

Uit interview 1

“... dingen die ik als raar ervaren heb, die ga ik zeker niet meer zo doen en ik ga er ook andere collega’s bij op een positieve manier in betrekken (...) en we zeggen soms:’ ge hebt een pamber aan, plast maar’. Ik kan me nu inbeelden dat het niet gaat, want ik heb ervaren hoe vies dat dit is... dus ge zegt dat niet meer tegen de mensen...”

Uit interview 9

“... ik probeer toch wel betrokken te zijn en wat ik denk, en niet alleen wat ik denk, maar hetgene wat ze zelf aangeven, of door bevragen: wat wil jij? ... want soms kunt ge wel denken dat ze er deugd van zullen hebben, maar dat ze het eigenlijk zelf niet zo willen... ja, dat doe ik, de bejaarden meer bevragen (...) en we gaan samenkomen om te praten over onze ervaring en vooral dan ook wat de tips zijn naar het ganse team, zowel voor de animatie, kiné, verzorging, verpleging, voor de omgang met zorgvragers, welke zijn de tips die wij hebben opgestoken...zoals de individuele benadering, en in de leefgroepwerking onrustige bewoners even wegnemen uit de groep, de stille bewoners, de minder veeleisende, ook een keer meer bevragen (...) en ik vind het goed dat we er kunnen over vertellen in de vergadering, maar als je geen groep hebt die dat ondersteunt, dan ben ik een beetje bang... met een verbetersteam wordt iets gedragen door een hele groep... want één persoon kan iets niet echt veranderen, je moet gedragen worden...”

uit interview 12

Samen zoeken naar het meest menswaardig mogelijke in de context

De behoefte om te kunnen praten over de ervaringen en wat men als simulant-bewoner heeft beleefd, wordt door alle respondenten uitgedrukt. Verschillende van hen getuigen op de terugkomdag en ook tijdens het gesprek met de onderzoeker dat het gezamenlijk kunnen bespreken van hun ervaringen en belevingen in hun team, hen een gevoel van waardering geeft. Door andere collega’s te betrekken, en samen na te denken en te reflecteren over de zorg voor de bewoners, voelt men zich gedragen, gesteund en ondersteund om inventief te zoeken naar het meest menswaardig mogelijke in de context die men heeft én om dit vol te houden. Ze benadrukken tijdens het gesprek de noodzaak dat zoveel mogelijk mensen uit de instelling, ook leidinggevend, een inleefsessie meemaken, om daadwerkelijk iets te kunnen veranderen aan

de zorgpraktijk. Bij respondenten uit instellingen waar men hieraan aandacht geeft, worden werkgroepen opgericht, inzichten gedeeld en krachten gebundeld, wordt een nieuwe aanpak uitgetoet. Deze respondenten en deze leidinggevenden leveren het bewijs dat ze, dankzij hun groot engagement en belangrijke ervaring in sTimul, de routine kunnen onderbreken, waardoor de zorg voor hun bewoners in beweging komt.

“we gaan de belevingen van iedereen ... het zijn veel puntjes die verschillende keren terugkomen... in de volgende teamvergadering bespreken en dan gaan we daar in team rond werken... En we kunnen misschien niet alles doen, want het moet ook mogelijk zijn, maar de punten waar we kunnen aan werken, daarover zullen we in team bespreken hoe we het gaan doen...”
uit interview 13

“...ik weet nog, die eerste middag, die deksels vlogen er af... en we hebben dan met de collega's die ook geweest zijn rond de tafel gezeten en de dingen besproken die iedereen ervaren had en waar we wilden aan werken en die hebben we dan gebundeld. Dat maaltijdgebeuren, zorgen voor stilte, want soms gebeurde het al eens dat ook de muziek te luid stond en... daar letten we nu ook op... ofwel zetten we de radio af, ofwel zetten we hem zachter... dat zijn allemaal werkpuntjes waar we... dat is ook door sTimul (...) nu stoppen we voordat we de eetzaal binnen rijden met onze kar, we doen er de deksels af en we rijden dan pas binnen, dus dat lawaai van die deksels dat hebben we ook al niet meer... en extra tijd neemt dat niet in beslag... maar ge dént dat wel en de eerste twee dagen of de eerste week is dat een beetje zo... het is je denken hé, je moet er met je gedachten bij zijn, zo van: oei ja, ik moet stoppen, ik moet die deksels... we doen het werk vaak in routine, waar je gewoon niet meer bij stilstaat, en als je niet meer denkt over wat je doet, dan ben je het zodanig gewend...(..) ik denk dat we van ons gedacht, van onze routine moeten afstappen...”
uit interview 1

“...Ik vond het een goede ervaring en ik ga zeker dingen meenemen naar de werkvloer, proberen toch... en ik zal het in het begin zeker allemaal goed opvolgen en denken van: ik ga het zo doen en zo... maar misschien zal het ook moeilijk zijn om vol te houden? ... misschien niet als iedereen een keer deze ervaring mag meemaken, en als iedereen die ervaring meemaakt, denk ik wel dat het te doen is om vol te houden...”
uit interview 3

4 Beschouwingen

4.1 Een sTimul-ervaring en *ethische reflectie*?

In de Europese dignity-study “Tu” or “Vous?” (Woolhead, E. et al, 2006) werden ongeveer 400 ouderen uit 6 verschillende landen bevroegd naar wat voor hen waardigheid betekent en wat waardigheidsondersteunende zorg kan zijn. Waardigheid enerzijds als een vorm van respect voor de andere en anderzijds als het zelfrespect. Opvallend is dat de beleving van de ouderen zelf, daar waar hun waardigheid op het spel staat, dezelfde is in alle landen die deelnamen aan de studie. De manier van aangesproken worden is heel belangrijk. Kindertaal en zangerige intonaties doen afbreuk aan het gevoel van waardigheid. De beleefdheid waarmee men bejegend wordt duidt voor de oudere op respect. Spreekt men over de heer en mevrouw of gebruikt men spontaan de voornaam? Het hebben van aandacht voor de privacy, wat zichtbaar wordt door bijvoorbeeld spontaan op de deur te kloppen en te wachten op een antwoord versterkt het eigenwaarde gevoel. Het zich gewaardeerd voelen en betrokkenheid ervaren (nog moreel subject zijn) zien we terug in het aangesproken worden op een volwassen, echte manier. En de keuzevrijheid, het betrokken worden in het maken van keuzes die meer zijn dan een groen of een blauw kleedje blijken voor hen in onmiddellijke relatie te staan met hun gevoel van waardigheid.

Na een tweedaagse beleving in *sTimul* blijkt het opvallend dat ook de simulanten in een reflectienamiddag dezelfde ervaringen beschrijven als ‘on’waardig. Ze beschrijven ervaringen die hen getroffen hebben, die indringend aanwezig waren en voelbaar hun denken over zorg hebben verstoord omdat die ervaringen net iets met hun eigen gevoel van (on)waarde deden.

In interviews vertellen ze hoe diepgaand sommige van die belevenissen waren en wat ze bij zichzelf teweeg hebben gebracht. Opvallend is hierbij dat *sTimul* in staat blijkt te zijn de omstandigheden van een echte zorgafhankelijkheid zo te benaderen dat die beleving op twee dagen en een nacht gesimuleerd wordt. Hoewel simulanten zelf geen oude zorgafhankelijke mensen zijn kan het onderdompelen in een zorgafhankelijke situatie hen aan het denken zetten. Ze ondergaan en beleven ‘zorg’ die, nochtans met de beste bedoelingen gegeven, toch niet steeds ‘goed’ is.

Zou het dan kunnen dat hun eigen, goed bedoelde zorg, niet steeds overkomt als goede zorg?

En wat hebben die ervaringen nu met ethiek te maken?

Hoewel de opdracht voor de simulant-zorgverleners eruit bestaat om zo goed mogelijk zorg te geven blijken hun bedoelingen niet steeds het effect, het gevoel van goede zorg te hebben.

Wat is dan goede zorg?

Zorg vindt haar oorsprong daar waar de mens zijn fysieke en rationele vermogens en capaciteiten verliest. Hij geeft zich over aan de zorgverlener in de hoop dat die op zo'n zorg toedient die zijn waardigheid behoudt/ondersteunt. De zorgafhankelijkheid maakt echter de kans dat daardoor een stuk van zijn waardigheid op het spel staat heel reëel. Zoals Vanlaere en Gastmans (Vanlaere, L, et al, 2008) stellen staat zorg steeds in relatie tot waardigheid en heeft die zorg te maken met alle interacties, handelingen en attitudes in de zorg die de waardigheid van de zorgontvanger en de zorgverlener bewaren, versterken en verdiepen. Daardoor wordt 'waardigheid' van de menselijke persoon tot *doel* van de zorg (van het leven) aangeduid, waardoor duidelijk wordt wat goede zorg is. Goede ouderenzorg is die zorg die de waardigheid van de oudere ondersteunt.

En wat is ethiek?

Ethiek is net het nadenken over alle vragen die zich aandienen in de context van ons handelen en die betrekking hebben op menselijk gedrag in het licht van menswaardigheid. (Tadd W. et al, *in press*).

Ethiek is nadenken over gedrag als zin van zorg, het na-denken als attitude.

Het concept 'waardigheid', verduidelijkt in de studie van Woolhead (2006), maakt duidelijk dat ondersteuning van waardigheid het resultaat is van juiste zorginteracties tussen zorgverleners en de (oudere) persoon. Ethiek wordt gedefinieerd als de kritische reflectie op het eigen gedrag door de zorgverleners. De evaluatie van dit eigen gedrag gebeurt vanuit een waardigheidsperspectief. Wanneer goede zorg waardigheidsondersteunende zorg is, handel ik dan steeds vanuit het perspectief van waardigheid?

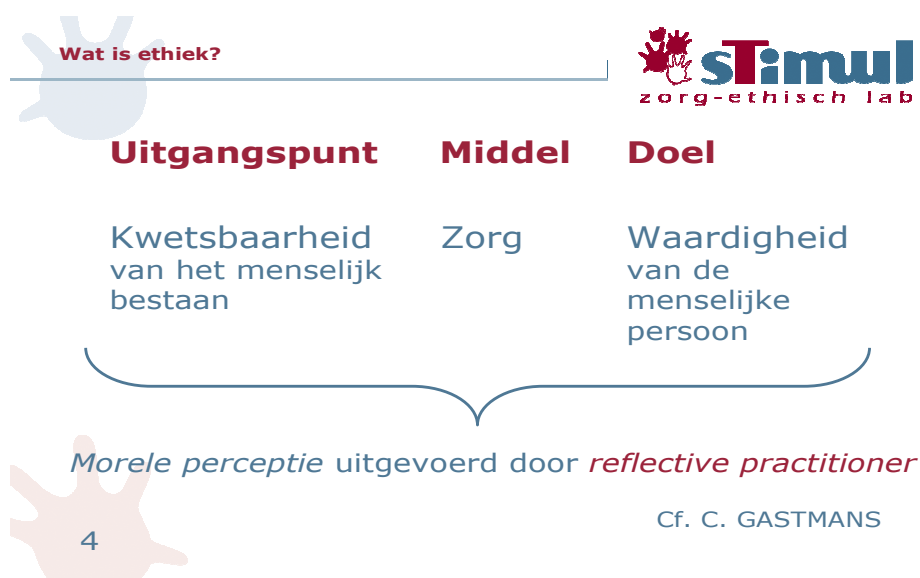
In de zorgverlening hebben deze zorghandelingen vooral te maken met dagelijkse zorginteracties (aanspreking, beleefdheid, zich gewaardeerd weten, ...) waardoor duidelijk is dat ethische zorg voor oudere mensen te maken heeft met die dagelijks zorg en dus niet alleen met levensbelangrijke beslissingen.

Linus Vanlaere en Chris Gastmans halen dit ook aan in het boek 'Cirkels van zorg' (2006) waar zij stellen dat ethiek weinig met spectaculaire zorg te maken heeft. Naast de waardigheidsstudie toont ook hij aan dat ethiek vooral te maken heeft met weinig opvallende doch heel intense menselijke zaken. Het professionele leven van zorgverleners bestaat niet uit het nemen van grote beslissingen. Het heeft wel te maken met een andere manier van kijken, namelijk met aandacht, naar hun eigen dagelijkse zorghandelingen. Het dichttrekken van de bedgordijnen als men iemand wast zal voor velen een routinehandeling zijn. Mocht men de zorgverlener aanspreken en zeggen dat hij/zij een zorgethische handeling stelt dan zou deze wel eens erg verwonderd kunnen zijn. Omdat hij/zij het evident vindt dat deze handeling gebeurt, omdat deze zo werd aangeleerd, en niet meer bewust gedaan wordt.

Doordat deze handeling niet bewust als een ethisch handelen gezien wordt gaat de hulpverlener vanuit routine handelen en niet vanuit een ethische reflex.

Zorgverantwoordelijkheid

Ethiek staat in relatie met goede zorg maar ethiek op zich is niet goede zorg, het 'goede' doen, maar wel het nadenken over goede zorg (zie schema) met de waardigheid van de andere als doel en met als uitgangspunt de kwetsbaarheid van de oudere. Dit kan enkel gerealiseerd worden door zorgverleners die nadenken, reflecteren, over goede zorg. Waardigheidsondersteunende zorg heeft vooral met kleine zaken te maken, ethiek is reflectie over die dagelijkse handelingen. Het is de verantwoordelijkheid van elke individuele zorgverlener om na te denken over de juiste zorgen die een oudere vraagt of niet vraagt doch nodig heeft en om die dan op een zo goed mogelijke manier te verlenen.



Beschrijvingen van de beleving van mensen tijdens en na een inleefweedaagse tonen aan dat sTimul mensen bewust maakt van het feit dat ethiek te maken heeft met nadenken over al die kleine zaken die zij zelf dagelijks uitvoeren.

Of sTimul bij iedereen al dan niet reflectie bereikt is een bijkomende vraag. Wat *sTimul* alvast doet is een vorm van bewustwording/-making van zorgverleners doordat ze in die kwetsbaarheid ondergedompeld worden. Deze ‘onderbreking’ uit hun routine doet hen ondermeer beseffen dat ethiek niet ver van hun bed gebeurt, maar iets is waar men dagelijkse mee bezig is.

4.2 De rol van het lichamelijke ervaren in het ethisch bewust worden

De ervaringen tijdens de inleefsessie zijn voor iedereen verschillend en telkens anders. Ze worden in belangrijke mate bepaald door de groep en de persoonlijke voorbereiding. Maar toch kunnen alle respondenten moeiteloos en zonder einde getuigen over hoe beklijvend hun ervaringen zijn, beklijvend omdat ze *lichamelijk voelbaar geraakt zijn als persoon, in hun kwetsbaarheid en waardigheid door de rol van simulant-bewoner*.

Men heeft gevoeld hoe moeilijk en lastig het wachten is, de vanzelfsprekendheid van waaruit men zorgt, hoe vies en smaakloos gemixt eten kan proeven, hoe oncomfortabel en pijnlijk het lang zitten, hoe vaak men andere dingen wil dan deze die men krijgt, hoe snel men zijn autonomie verliest en zich hierdoor laat verglijden.

De zorg persoonlijk ervaren en beleven tijdens de simulatie confronteert de medewerker in de ouderenzorg op een lichamelijke manier met zichzelf, het perspectief van de ander én de eigen zorgpraktijk. We hebben tal van voorbeelden in vorig hoofdstuk uitvoerig beschreven. Het lichaam participeert immers op fundamentele wijze aan het subject-zijn van de persoon – lichamelijke als het meest unieke maar ook het meest kwetsbare (Vanlaere, L et al, 2008).

We stelden vast dat medewerkers in de ouderenzorg die *kunnen stilstaan, nadenken en in dialoog gaan over hun ervaringen* van ‘lichamelijk voelbaar geraakt zijn als persoon in de rol als simulant-bewoner’, *de betekenis kunnen achterhalen van wat ze hebben meegemaakt*.

Het reflecteren en samen praten over wat men als simulant-bewoner als positief en negatief heeft beleefd, verheldert hen 'van binnenuit' wat goede zorg kan zijn en wat niet. Veel dingen die men eerder al wist, gaat men door het *lichamelijk appèl* op een andere manier zien en weten. Het nadenken en bespreken met collega's tijdens de reflectiegesprekken confronteert hen opnieuw, nu op een cognitieve manier, met het perspectief van de ander, met de zorgvisie van waaruit er wordt gewerkt, het routinematig handelen, de uitdagingen en belemmeringen in het eigen werkveld. Het beïnvloedt de perceptie over kwetsbaarheid, over zorg en hoe menswaardige zorg te verlenen. Het zet medewerkers aan om intenties uit te spreken over anders willen handelen en anders willen zijn en gaandeweg te groeien in zorg(ethische)deskundigheid.

De inleefsessie in *sTimul* en de hiermee gepaard gaande rechtstreekse en bewust beleefde confrontatie met de kwetsbaarheid van zorgafhankelijke ouderen, helpt zorgverleners afstand te nemen van de dagelijkse routine. Als dusdanig kan de inleefsessie als een *ervaring van onderbreking* worden opgevat. De eerste reactie na de inleefsessie is quasi bij alle deelnemers dat 'de tijd zo traag voorbijging'. Als 'doener' plots twee dagen en een nacht op het ritme van een zorgontvangende oudere leven, confronteert de simulant-zorgontvanger met een radicaal andere tijdsbeleving.

De perspectiefwissel – van zorgverlener naar zorgontvanger – kenmerkt deze onderbreking tegelijk als een *negatieve contrastervaring* (Vanlaere, L. et al, 2009): door het ondergaan van de zorg die normaliter oudere zorgafhankelijke personen ondergaan, ervaren de simulant-zorgontvangers tijdens de inleefsessie een permanente spanning tussen goed en kwaad, genot en pijn, vertrouwen en wantrouwen, mogelijkheden en beperkingen, afhankelijkheid en onafhankelijkheid, enzovoort. Het gaat dikwijls om ervaringen die in schril contrast staan tot hun vooropgestelde verwachtingen van hoe de zorg zou aanvoelen of die indruisen tegen hun opvattingen van goede zorg voor zorgafhankelijke ouderen. Vaak zijn het ervaringen die irriteren of die ergernis opwekken. Deze ervaringen kenmerken zich daarom als *contrastervaringen* (...).

Simulant-zorgontvangers ervaren tijdens de inleefsessie sterke gevoelens van onbehagen bij bepaalde zorginterventies. Door deze contrastervaringen ervaren mensen 'aan den lijve' de noodzaak en het belang van het nadenken over de zorg in de richting van waardigheidsondersteunende zorg. Daarnaast zijn de contrastervaringen een veruitwendigen van wat we 'ethische intuïties' kunnen noemen: het intuïtief aanvoelen van wat 'goed' is – gevormd vanuit de waarden en normen die zorgverleners in hun opvoeding, opleiding en via levenservaringen hebben meegekregen – treedt tijdens de

inleefsessie op het voorplan. De contrastervaring brengt zij die zich er niet voor afsluiten in contact met hun oorspronkelijke 'ethische intuïties': een eerste stap in het proces van ethische reflectie.

De vraag kan gesteld worden of een positieve ervaring ook een contrastervaring is/kan zijn. Of beklijven vooral de negatieve ervaringen en wat betekent dat dan voor de ontwikkeling van een ethisch bewustwordingsproces?

4.3 Ethische bewustwording in stappen

Uit de reacties van de deelnemers blijkt dat de ervaringen in *sTimul* iets 'doen'. Blijkbaar zelfs bij iedereen die de ervaring heeft ondergaan gebeurt iets. De mate waarin iets gebeurt en wat er net gebeurt, is onderwerp voor verder onderzoek.

Wel werd uit de interviews duidelijk dat niet iedereen met dezelfde inzichten naar huis en naar het werkveld teruggaat.

Voor sommige simulanten is de ervaring een kleine stap in de ethische bewustwording. Ze gaan als het ware van A naar A' waarbij ze nu 'nooit meer iemand op het toilet zullen plaatsen en de deur open laten'. Het is hen vooral bijgebleven dat deze handeling niet goed voelt en dus zullen ze deze zo min mogelijk herhalen.

Het ethisch bewust worden beperkt zich hier tot een ervaring die men zelf als negatief heeft beleefd en die men een ander niet wenst aan te doen.

Het resultaat hiervan ligt vooral in de toepassing van de directe zorg, niet in het dieper nadenken over welke motieven en waarden hier een rol spelen of vanuit welke beweging men op een bepaalde manier wel of niet handelt. Maar het effect zal de kwaliteit van leven van de zorgontvanger toch verhogen, hoe beperkt ook, toch fundamenteel.

Bij anderen brengt de ervaring wat indringender veranderingen teweeg.

Deze simulanten gaan eerder nadenken over meer delen van hun handelen en gaan van A, B en C naar een D, waarmee bedoeld wordt dat ze over meerdere aspecten van hun handelen gaan nadenken en een soort transfer maken van de ene naar de ander soort handeling in de zorg. Men heeft gevoeld dat gewassen worden zonder afdekken niet veilig 'aanvoelt' en zij maken de transfer naar bijvoorbeeld het onveilige tilgebeuren.

Deze verandering gaat in de richting van een veranderende attitude en overstijgt daarmee de beperkte inzichtelijke verandering van iemand die nooit meer zonder afdekdeken zal wassen maar daarnaast wel nog verkleinwoorden zal gebruiken. Waarom de ene simulant wel en de andere niet tot deze reflectie komt is onderwerp voor verder onderzoek.

Het moreel 'zien' is echter voor allen een eerste stap. 'Zien' door het meegemaakt te hebben schept een diep 'zien' dat daardoor ook langer blijft. Men 'ziet' de ervaring opnieuw als men die een andere (opnieuw) aandoet. Als de simulant de week erop iemand een bad geeft dan komen automatisch de ervaringen van het eigen gebaad worden naar boven, men herbeleeft de eigen ervaring en gaat van daaruit nadenken over een 'betere' manier om iemand te baden.

De ervaringen hebben ook een gevoel van verwondering met zich meegebracht. Men heeft *gevoeld* en men was daar *verwonderd* over. Voelt dat zo? Ik wist niet dat uit het bad getild worden zo beangstigend was. Ik heb nooit gedacht dat gevoed worden zo vernederend kon zijn. Deze verwondering maakt bij de zorgverlener een omslag in het denken. Als meer zorgverleners van eenzelfde afdeling deze contrastervaring met daarbij deze verwondering ervaren kan een gemeenschappelijke basis ontstaan waaruit een forum voor (ethisch) overleg zou kunnen groeien. Het is een gemeenschappelijke vorm van zien, een vorm van aandachtigheid die hen ervan bewust maakt dat zij het verschil kunnen maken. Ze beseffen dat hun dagelijks handelen heel veel invloed heeft op de beleving en dus de waardigheid van de oudere. Er kan een gevoel van verontwaardiging ontstaan bij het zien van niet goede zorg, uitgevoerd door collegae. Ze geven feedback vanuit hun eigen ervaringen en reflecties daarop.

En vanuit dit besef zien we bij sommigen reeds na deze ervaring ethische reflectie ontstaan. Vragen als ... waarom voelt dit goed, waarom heb ik het liever zo, doen nadenken over fundamentele waarden in de zorg. Men weet dat zorg voor kwetsbaren kwetsbare zorg is en men gaat op zoek naar die zorg die de waardigheid van de oudere ondersteunt maar ook de waardigheid van de zorgverlener zelf.

4.4 Contextuele factoren

Het is duidelijk, vanuit de reflectiegesprekken en vanuit de terugkomnamiddagen, dat de contextfactoren een positieve en/of negatieve rol kunnen spelen in het ontwikkelen van een moreel besef/zien. Welke omstandigheden zijn nu stimulerend, welke voorwaarden zijn belangrijk om deze attitude wakker te maken en te versterken? Waar kan de inleefsessie van *sTimul* deze factoren beïnvloeden?

Niet alleen komen we tot het inzicht dat de factoren binnen *sTimul* zelf kunnen verfijnd worden om mensen tot meer ethisch inzicht te laten komen maar ook binnen de organisaties, hun werkvelden zullen contexten moeten bijgestuurd worden om het (her)-nieuw(d)e inzicht te ondersteunen, te laten ontwikkelen, te borgen.

Om het mogelijke effect van wat er in *sTimul* gebeurt met betrekking tot ethische reflectie inzichtelijker te maken is meer onderzoek nodig. We weten immers niet goed WAT we bewerkstelligen. We weten tot op heden alleen DAT we sommige mensen ethisch bewuster maken. Alleen het inzicht dat hun dagelijks zorghandelen steeds iets met ethiek te maken heeft is nieuw. Het is een bewustwording die hen eveneens van hun eigen waarde, hun eigen mogelijkheden om goede zorg te verlenen overtuigt.

Er is een effect bij iedereen. Het effect is echter niet hetzelfde bij allen simulanten. We kunnen alvast besluiten dat *sTimul* die bewustmakingsrol heeft.

Het is echter niet aan *sTimul* alleen om heel het proces van bewustwording naar een hogere mate van ethische reflectie te brengen. Het moreel leren zien, handelen en nadenken in termen van waarden en mensbeelden, de abstracte reflectie, ... zijn onderwerp voor bijkomende vormingen in het kader van professionalisering. Het werkveld zelf heeft hier zeker ook een opdracht. *sTimul* eist niet de rol in dat specifieke landschap maar ziet de taak vooral in het begin van het proces, het ethisch wakker worden, bewust worden. Dit is de bescheiden doch noodzakelijke opdracht.

Daarom moeten wij dit zo duidelijk verwoorden in onze doelstellingen en nadenken over hoe we kunnen samenwerken met de andere spelers, om bij mensen die ethische evolutie, dat proces van groei te gaan stimuleren.

De bevindingen van het onderzoek onderschrijven inderdaad het belang van steun, van een open communicatie en teamverbondenheid. Het ervaren dat men zich niet zomaar

hoeft te richten naar andermans mening en visie, maar zelfstandig en kritisch vanuit zichzelf kan oordelen en denken is een bewustwording die als eerste stap fundamenteel is. Reflecteren moet men leren. Men moet kansen krijgen om te groeien in zorgethische deskundigheid en gaandeweg kunnen veranderen. Alle respondenten die deelnamen in de studie benadrukken de rol van de leidinggevenden hierbij. Ethisch leiderschap kan hier een antwoord bieden.

Daarom hebben de organisatie waar die mensen werken een opdracht. Er kan een cultuur van ethisch reflectie ontstaan als voldoende mensen tot verdiepende inzichten komen en ze aangestuurd worden door ethisch bewuste leiders. Het werkveld is immers de plaats waar moet gedacht worden in termen van contrast en waar de controverse of de discussie niet vermeden maar gestimuleerd wordt. Dit vergt een infrastructuur waar ethische overleg ingebed is in de dagelijkse werking. Het moet mogelijk zijn om stil te staan bij vragen van bewoners, in te gaan op moeilijk te nemen beslissingen met personeelsleden. Het aanpakken van kleine dagelijkse ethische dilemma's zoals de weigering van een trotse oudere die weigert incontinentiemateriaal te dragen kan het ethisch bewust worden van de medewerkers stimuleren. Het vrijmaken van tijd en ruimte om na te denken over de zorg binnen de instelling zal het effect van sTimul versterken en verdiepen.

We hebben nood aan ethische leiders, met vaardigheden in het coachen van ethische processen. Binnen organisaties moet deze bewustwording van boven af gestuurd worden.

sTimul staat onderaan in dit proces.

Ethisch leiderschap komt van bovenaf om die bewustwording te ondersteunen en te voeden. De invloed van de ervaring via een inleefsessie en het ethisch leiding geven als aansturing kan als het ware de werknemer omringen om te mogen nadenken over goede zorg.

Om duidelijk te maken welke factoren hiervoor van groot belang kunnen zijn zal meer en diepgaander onderzoek noodzakelijk zijn.

Besluit

Hoewel we horen en zien dat de belevingsgerichte manier van werken in *sTimul* bij zorgverleners vanuit alle niveau's van de zorg heel wat teweeg brengt is het niet eenvoudig precies te duiden wat het effect van een inleefervaring is.

Dat er een effect is in het anders gaan nadenken over het eigen handelen werd veelvuldig aangetoond.

Hoe dat effect precies ontstaat en hoe diep het gaat, hoe lang het beklijft, is een vraag die met dit pilootonderzoek onbeantwoord blijft.

We zien de noodzaak om dieper en meer uitgebreid onderzoek te doen in het licht van verdieping en verfijning van het ervaringsgericht leren, in het licht van multipliceerbaarheid van deze methodiek en de effecten op middellange en lange termijn. Eveneens willen we de transfereerbaarheid van de bevindingen naar andere doelgroepen onderzoeken en de duurzaamheid van de resultaten in de praktijk.

We zijn er ons intussen bewust van geworden dat wij moeten verder denken in de richting van uitgeschreven en uitvoerbare trajecten voor instellingen of groepen van instellingen namelijk deze die een diepgaander ethisch beleid in hun instellingen willen voeren. Het nemen van een langdurig engagement om de zorgverleners op te vangen en te begeleiden en ondersteunen na een *sTimul*-ervaring is noodzakelijk om het broze bewustwordingsproces te laten groeien.

Aanbevelingen

Ondanks de beperktheden van deze studie en de talrijke onbeantwoorde vragen, kunnen we een aantal aanbevelingen formuleren:

Voor sTimul om de bevindingen te implementeren en op die manier de inleefsessie als didactische tool verder te verfijnen. De voorbereiding van de deelnemers in de instelling, het reflectiedocument als ondersteuning bij het reflecteren, evenals het begeleiden van de reflectiemomenten kunnen verder worden ontwikkeld.

De rol van leidinggevenden is cruciaal om een ethisch beleid binnen instellingen op te zetten. Leidinggevenden hebben na een ervaring in sTimul sterkere argumenten om in overleg en discussie te gaan met alle medewerkers. Zij hebben de confrontatie met zorg in sTimul gevoeld en geloven in het beklijvende effect ervan. Daarom werken wij vanuit de organisatie aan het ontwikkelen van trajecten binnen instellingen en groepen van instellingen. Op die manier komen simulanten terug in een omgeving waar spreken over waarden en normen, over kwaliteit van zorg en over moeilijke thema geen taboe meer is.

Het instellingsbeleid willen we ervan overtuigen dat ethische leiders cruciaal zijn en dat ze medewerkers kunnen en moeten ondersteunen in hun engagement om zorgethisch te groeien. Het stimuleren van werkgroepen waarin over de zorg wordt nagedacht, zet medewerkers aan om eigen handelen in vraag te stellen en routinematig denken en werken te doorbreken. De ondersteuning motiveert hen om gaandeweg te groeien in zorgethische deskundigheid en meer waardigheidondersteunende zorg.

Daarom richten ons in de toekomst ook op het geven van workshops die het kwetsbaar leiderschap benadrukken maar die vooral een ondersteuning moeten betekenen in het opnemen van verantwoordelijkheden betreffende ethisch denken en het organiseren van structureel ethisch overleg.

Tenslotte willen wij naar aanleiding van dit pilootonderzoek heel degelijk onderzoek doen naar het soort effecten van een belevingsgerichte inleefsessie, de zoektocht naar hoe deze het ethisch denken kan initiëren en verstevigen. Ook hebben wij belangstelling voor de mogelijke diepte en de eventuele lengte van die effecten.

Het is weder onze bijzondere ambitie te onderzoeken hoe deze effecten niet alleen bekomen worden in de ouderenzorg maar overal daar waar een zorgontvanger in een kwetsbare relatie staat tot de zorgverlener.

De kwaliteit van de wederkerige relatie in zorgberoepen zal de ambitie om zorg te verlenen alleen maar aanwakkeren. Het opgebrand geraken kan zijn oorsprong vinden in het niet meer erkend worden als goede zorgverlener of in het niet toegelaten worden zorg te verlenen op een ethisch verantwoorde manier.

Wij zien hier de noodzaak voor een langdurig en grondig wetenschappelijk onderzoek.