Nooit geleerd keuzes te maken

Waarom herstel bij zeer langdurig opgenomen ouderen om een andere benadering vraagt

In de geestelijke gezondheidszorg in Nederland is de langdurige zorg momenteel onderhevig aan grote veranderingen. In 2012 hebben het kabinet en GGZ Nederland een bestuurlijk akkoord gesloten, waarin afspraken zijn gemaakt om de kwaliteit van zorg te verbeteren en toch betaalbaar te houden. Sindsdien worden cliënten in de intramurale langdurige zorg actief begeleid om terug te keren naar de maatschappij. Het aantal klinische bedden wordt afgebouwd en de opvangmogelijkheden buiten de instellingsmuren worden vergroot. Om deze cliënten hierop voor te bereiden wordt gewerkt aan 'herstel'. Herstelondersteunende zorg (HOZ) is zorg die gericht is op het hervinden van betekenisgeving, identiteit, verbondenheid met anderen, perspectief en hoop en grip op het leven. Met behulp van HOZ is het inmiddels een groep cliënten uit de langdurige zorg gelukt om weer te bouwen aan een toekomst en een leven te leiden als volwaardig burger in de maatschappij. Voor een kleine groep zeer langdurig opgenomen ouderen is het werken aan herstel echter zeer lastig, evenals terugkeer naar de maatschappij.

Johanna werd op haar zeventiende jaar wegens hysterische aanvallen opgenomen in een psychiatrische instelling in het zuidwesten van Nederland. Sindsdien woont zij binnen de muren van de psychiatrie. Nooit is gericht toegewerkt naar het vergroten van haar zelfstandigheid, autonomie en sociaal netwerk, met als doel terugkeer naar een leven in de maatschappij. Johanna is inmiddels 71 jaar en haar psychiatrisch toestandsbeeld is redelijk gestabiliseerd. Ze woont nu op een verblijfsafdeling voor ouderen op het terrein van een grote psychiatrische instelling. Hier wordt zij geholpen bij de persoonlijke verzorging en gaat ze dagelijks naar de activiteitenbegeleiding. In het kader van herstelondersteunende zorg wordt Johanna sinds enkele weken gevraagd na te denken over hoe laat ze 's morgens gewassen wil worden, wat ze wil eten, hoe haar dag eruit moet zien en waar ze in de toekomst wil gaan wonen. Johanna zegt dat ze niet meer wil verhuizen, dat het haar niet uitmaakt hoe laat ze gewassen wordt en dat ze eet wat de pot schaft. 'Als ik maar gezond blijf', zegt Johanna.

Deze casus illustreert dat de reguliere aanpak van herstel niet aansluit bij oudere cliënten die langdurig zijn opgenomen in de klinische psychiatrie. Er is een discrepantie tussen de reguliere visie op herstel en datgene wat nodig is voor deze mensen. Bovendien hebben we bij hen te maken met de gevolgen van hospitalisatie en is er sprake van een belemmerende generatiespecifieke eigenschap: de dank-je-wel-houding. Werken aan herstel bij zeer langdurig opgenomen ouderen in de verblijfspsychiatrie verdient daarom een specifieke aanpak.

Herstel en ouderen

Bij de moderne, cliëntgerichte opvatting van herstel is er sprake van een gedragsverandering en een actieve bewustwording en acceptatie van de eigen beperkingen, mogelijkheden, problemen en omstandigheden. Bij het werken aan herstel staan hoop, toekomstperspectief, steun en optimisme van familie en vrienden en versterken van eigen autonomie centraal (GGZ Nederland, 2013).
Herstel wordt vaak gedefinieerd als een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven (Trimbos Instituut; V&VN, 2012).
Wanneer de situatie van Johanna hier nog eens naast wordt gelegd, wordt duidelijk dat deze centrale waarden van herstel voor ouderen in de langdurige zorg ver weg staan. Johanna heeft de hoop op een ander leven jaren geleden al opgegeven en zij kan zich niet voorstellen hoe een ander leven buiten de instelling eruit zou moeten zien. Haar sociale netwerk is zeer klein en bestaat uit haar zus, die wegens gezondheidsklachten niet meer op bezoek kan komen, en twee medebewoonsters met wie zij regelmatig contact heeft. Veel steun ervaart zij hier echter niet van.

Hospitalisatie

Johanna en haar lotgenoten hebben zich gedurende het grootste deel van hun leven moeten aanpassen aan de instellingen waarin zij woonden. Dit proces van aanpassing staat bekend als hospitalisatie (Van Eynde, 1976) of institutionele neurose (Barton, 1976). Aan dit proces liggen ten grondslag: verlies van contact met de buitenwereld, gebrek aan perspectief, verlies van sociale contacten en de machtsverhouding met het personeel (Jacobs, 1968). Daarnaast is hospitalisatie gerelateerd aan de defecten die de psychopathologie met zich

meebrengt (Van Eynde, 1976); cliënten in de langdurige zorg lijken daarom extra gevoelig voor hospitalisatie.
De gevolgen van hospitalisatie zijn schrijnend. Zo worden onder andere beschreven: atrofie van sociale functies, onvermogen tot het maken van toekomstplannen, afhankelijkheid, verlies van individualiteit, onveranderlijkheid, verlies van initiatief en interesseverlies (Van Eynde, 1976).
Herstel is gericht op het terugdringen van dit proces. Voor gehospitaliseerde ouderen is het werken aan herstel echter te laat geïntroduceerd. De gevolgen van de hospitalisatie zijn hardnekkige gedragspatronen geworden. Het reguliere aanbod om te werken aan hoop, toekomstperspectief en autonomie is ontoereikend om deze gedragspatronen te doorbreken.

De dank-je-welgeneratie

Een groot deel van de huidige populatie ouderen is geboren rond de Tweede Wereldoorlog en wordt ook wel 'stille generatie', of, in de zorg, 'dank-je-welgeneratie' genoemd. Ze vragen weinig en passen zich aan. Hun autonomie wordt bedreigd doordat zij onvoldoende informatie krijgen en niet in staat zijn om de problemen te overzien en weloverwogen keuzes te maken (Eulderink, Heeren, Knook, & Ligthart, 2008). Daarnaast is kenmerkend voor deze generatie dat zij niet gewend is om individueel te denken, zelf keuzes te maken en voor zichzelf op te komen.
Gehospitaliseerde ouderen behoren tot deze groep. Bij hen zal met deze specifieke eigenschap rekening gehouden moeten worden. Werken aan autonomie en zelfredzaamheid zal meer inspanning kosten óf de te verwachten resultaten moeten worden bijgesteld.

Toekomstperspectief en zingeving

Ouderen in het algemeen denken anders dan (jong-)volwassenen over toekomstperspectief en zingeving. In het Handboek Ouderenpsychiatrie (Van der Mast et al., 2011) wordt hier uitvoerig op ingegaan. De socioemotionele selectiviteitstheorie stelt dat ouderen zich door het besef van eindigheid en een krimpend toekomstperspectief meer gaan richten op het heden. Volgens de continuïteitstheorie streven mensen tijdens het ouder worden naar continuïteit tussen verleden en toekomst. Naarmate mensen ouder worden willen ze daarom geen grote veranderingen meer en maken keuzes in het verlengde van hun persoonlijke levensgeschiedenis. Bij het ouder worden gaat daarnaast het belang van zingevingthema's veranderen: in de tweede levenshelft, tussen 40 en 85 jaar, hechten mensen vooral belang aan

goed lichamelijk functioneren (Kuin et al., 2001) en verbondenheid met anderen in hun directe omgeving (Westerhof & Kuin, 2007).
Ouderen gaan zich dus meer richten op het heden, hebben minder behoefte aan veranderingen en hechten meer belang aan gezondheid en verbondenheid. Reguliere HOZ richt zich echter juist op de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en nieuwe doelen in het leven.

Te oud voor herstel?

Wanneer gewerkt wordt aan herstel bij langdurig gehospitaliseerde ouderen zou de rol van toekomstperspectief minder prioriteit moeten krijgen. Een andere aanpak en insteek is noodzakelijk. De nadruk moet komen te liggen op verbetering van kwaliteit van leven in het hier en nu. Hierbij valt te denken aan het vergroten van het sociale netwerk op de afdeling of in de instelling en het ontplooien en aanbieden van passende dagactiviteiten. Tevens zou samen met de cliënt nauwkeurig onderzocht moeten worden of terugkeer naar de maatschappij, een zeer ingrijpende verandering, zijn authentieke wens is. Johanna uit de casus huivert bij het idee om ooit het terrein van de instelling te moeten verlaten. Voor zeer langdurig opgenomen ouderen is dit een te hoog gegrepen doel. Verder moet rekening worden gehouden met hardnekkige gedragspatronen en dus met langdurige processen. Voor mensen die al heel lang geen regie meer hebben gevoerd over hun eigen leven kan het lang duren eer ze zover zijn dat ze weer eigen keuzes gaan maken. Hendriksen, Nijnens & van Rooijen (2012) bevelen bij deze cliënten aan om veel empathie en geduld te tonen. Bij stappen naar verandering adviseren zij motiverende gespreksvoering ter ondersteuning. Er moet volgens hen vooral gestreefd worden naar intrinsieke motivatie. Maar zij nodigen vooral uit om met deze mensen in contact te gaan en hen te laten ervaren dat zij er mogen zijn en er toe doen. Daarvoor kunnen vrijwilligers, geestelijk verzorgers of mensen uit het sociale netwerk worden ingezet. Want, zo stellen de auteurs, een warme menselijke relatie is een onmisbare voorwaarde en vaak het belangrijkste hulpmiddel voor herstel.
Niemand is dus te oud om te werken aan herstel, maar HOZ moet wel goed aansluiten bij het authentieke en individuele proces van ouderen die al langdurig in de zorg verblijven.

Samenvatting

In de geestelijke gezondheidszorg wordt bij de behandeling van cliënten met chronische psychiatrische problematiek steeds meer aandacht besteed aan het vergroten van autonomie, het sociale netwerk, toe-

komstperspectief en resocialisatie. Dit wordt gedaan vanuit het oogpunt van herstel, hetgeen voor veel cliënten in de langdurige zorg de kans op volwaardig burgerschap en terugkeer in de maatschappij aanzienlijk vergroot. In de praktijk blijkt echter dat de reguliere aanpak voor herstel bij een groep zeer langdurig opgenomen oudere cliënten niet aansluit. Dit komt door jarenlange hospitalisatie, normale verouderingsprocessen en generatiespecifieke eigenschappen. Dit artikel vestigt de aandacht op deze groep gehospitaliseerde ouderen in de langdurige zorg, die een specifieke aanpak van herstel verdienen, omdat de reguliere herstelondersteunende zorg niet aansluit. Alleen wanneer rekening gehouden wordt met hun mogelijkheden en behoeften kan succesvol gewerkt worden aan hun herstel.

Meegewerkt aan dit artikel hebben: mw. K. van Doorn (ggz vs), mw. A. van Mierlo, dr. G. de Niet, mw. drs J. Berkers en mw. S. van Hees en mijn partner dr. ir. G. de Haan.

Literatuur

Barton, R. (1976). *Institutional neurosis*. Bristol: John Wright & Sons.

Eulderink, F., Heeren, T., Knook, D. & Ligthart, G. (2008). *Inleiding gerontologie en geriatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

GGZ Nederland. (2013). *'De herstel special' De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*.

Haan, E. D. (2013). *De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A., Nijnens, K. & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelgerichte zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jacobs, D. (1968). *Het psychiatrisch centrum; aspecten van beleidspsychiatrie in het psychiatrisch centrum*. Lochem: De Tijdstroom.

Kuin, Y., et al. (2001). *Psychophysische Integrität und Gesundheitserleben*. Die zweite Lebenshälfte, Psychologische Perspektiven, 343-399.

Trimbos Instituut & V&VN (2012). *Kennisbundel herstelondersteunende zorg*. Utrecht: Vilans.

V&VN/Trimbos-instituut (2012). *Herstelondersteunende zorg voor docenten zorg & welzijn*. Utrecht: Vilans.

Van der Mast, R., et al. (2011). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van Eynde, I. (1976). Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18 (1), 87-99.

Westerhof, G.J. & Kuin, Y. (2007). Persoonlijke zingeving en ouderen: een overzicht van theorie, empirie en praktijk. *Psyche & Geloof*, 18 (3), 118-135.