

Verbondenheid: de betekenis van een (zorg)relatie

Boos geschreeuw en harde bonzen op de muur klinken hol door de ruimte. Bij het loket van de medische opvang in het asielzoekerscentrum zie ik een lange magere Afrikaanse man in een witte djellaba, die hevige armbewegingen maakt en wild op en neer danst. Hij rolt met zijn oogbollen in zijn donkere gezicht. Hij roept in een mengelmoes van talen dat hij snel hulp wil van de medewerkers van de medische dienst, anders zal hij... Hij accepteert niet dat hij op zijn beurt moet wachten en gooit twee stoelen door de wachtkamer. De wachtende patiënten duiken bang weg. Een kleuter wordt zijdelings geraakt, waarop die vader met luid kabaal overeind vliegt. Met grote passen beent Ali weg, de doosjes voor de herhalingsmedicatie van zijn dochtertje op de grond achterlatend...

Het team van de medische dienst weet, ook zonder te kijken, dat Ali zijn opwachting maakte. Zijn hoge hese stem verraadt hem op afstand, de gegevens op de achtergelaten medicijndoosjes zijn stille getuigen. Incidenten zoals hier beschreven waren een bijna dagelijks terugkerend ritueel in het asielzoekerscentrum waar ik werkzaam was als praktijkverpleegkundige bij de medische dienst. Het team van deze dienst zorgde voor de eerste opvang bij klachten, ziekten en calamiteiten van zo'n 500 bewoners. In deze mengelmoes van meer dan 60 nationaliteiten was eenduidige communicatie tot een kunst verheven: naast de vele talen en de vaak minimale beheersing van Nederlands of Engels waren cultuurverschillen vaak een bron van onbegrip. Waar de mensen voorheen hun antibiotica op de hoek van de straat kochten voor een paar luttele euro's, moesten ze nu eerst toegang tot de huisarts verkrijgen. Als hij vervolgens besluit om geen antibiotica te geven bij verkoudheid, en je het ook niet bij de apotheek kunt kopen, zit er niets anders op dat deze 'ziekte' in ellende doormaken. Of neem het denken vanuit (financiële) positie: voorheen was het de gewoonste zaak van de wereld om in het ziekenhuis met bankbiljetten te zwaaien, dan werd je eerder geholpen. Ali was gefrustreerd: hij en zijn vrouw waren hoog opgeleid en hadden altijd bedienden gehad. Maar in zijn huidige situatie beschikte hij niet meer over geld om met de vertrouwde biljetten zijn plaats in de rij te kopen. En hij was er van overtuigd dat hij wél voorrang moest!

Het gedrag van Ali, een dertiger en vader van twee kleine meisjes, was voor de leiding van het centrum reden om hem voor straf over te plaatsen naar een ander asielzoekerscentrum. Omdat dit drie maanden geleden ook al was gebeurd en omdat zijn vrouw hoogzwanger was, vroeg de leiding aan de medische dienst om advies over een geschikte locatie. In de dossiers van de familie was duidelijk dat dit gezin veel te verduren had gehad en dat Ali kampte met posttraumatische stressstoornissen. Tussen de beschrijvingen van allerlei incidenten, van woordenwisselingen tot vechtpartijen, stonden ook regels over de vasthoudendheid waarmee Ali zijn gezin beschermde en de best mogelijke zorg voor hen probeerde te organiseren. Besloten werd dat de medische dienst op 'huisbezoek' zou gaan en dit als ingangspunt voor het gesprek zou nemen. Ali bleek in zijn gezin een liefdevolle vader, vol humor omgaand met zijn kleine deugnieten. Zijn vrouw, traditioneel gekleed in prachtige Afrikaanse stoffen, ging gelijkwaardig met hem om en liet blijken zich zorgen te maken om de uitvallen van haar man in het centrum. In een open gesprek vertelde hij hoe moeilijk hij het vond om een veilige plek voor zijn gezin te creëren. Ik legde uit dat ik, en de andere hulpverleners, met strafmaatregelen reageerden omdat we bang waren dat hij ons of anderen iets zou aandoen. Dit had hij niet gezien, dat wilde hij ook helemaal niet. Hij liet zijn tranen gaan en deze trotse man vroeg om hulp bij het bedwingen van zijn uitvallen.

Het antwoord op die vraag bleek er één met een lange adem. Regelmatig gebeurde het opnieuw dat Ali op de zijn bekende manier om aandacht vroeg, maar op een gegeven moment kwam er rust. De medische dienst haalde hem in zo'n bui, tegen het advies van de beveiliging, binnen achter de gesloten deur en gaf hem eerst koffie. Als hij die op had, mocht hij meteen zijn verhaal doen. Het was verbazingwekkend hoe snel hij de hete koffie naar binnen werkte, maar dat terzijde. Het gesprek

en de relatie met de medewerkers die hij opbouwde waren helend voor hem. Ook buiten op het terrein ging hij groeten en kreeg hij meer contact met medebewoners. Hij sprak over de liefde die hij had gezien bij de medewerkers van de medische dienst. Dat was voor hem, als gelovig man, heel belangrijk. Hij was nieuwsgierig geworden naar de liefde van de profeet Isa (Jezus), waar we soms over spraken. Nee, hij wilde niet het geloof van de Nederlanders, maar wel meer leren over het geduld en de liefde die hij ervaren had. Het gezin werd niet meer overgeplaatst naar een ander centrum, de buien van Ali waren meer beheersbaar geworden. Ze kregen binnen een half jaar een verblijfsvergunning en zouden spoedig een huis krijgen. De wild zwaaiende en schreeuwende man in de djellaba was niet meer: Ali straalde en lachte zijn parelwitte tanden bloot toen hij het nieuws kwam vertellen. Er was hoop op een andere toekomst.

Lang heb ik me afgevraagd hoe het kwam dat we als medewerkers van de medische dienst ingang bij hem vonden nadat er al zoveel stations waren gepasseerd. Eigenlijk was er geen andere interventie gepleegd dan de relatie met hem aan te gaan, ruimte te geven aan deze man met zijn aanvallen en naar hem te luisteren. Geen sinecure in een vol asielzoekerscentrum met zoveel mensen die ook de aandacht nodig hadden, maar toch.

Of het nu hulpverlening, onderwijs of dienstverlening betreft, de waarde van een betekenisvolle relatie is in alle professies bekend. In het vakgebied van de verpleegkunde is deze onderlinge verbondenheid in de zorgrelatie beschreven als een positieve invloed voor patiënten om de regie te behouden en mee te werken aan het eigen herstel. Ook in de recente literatuur over de Evidence Based Practice (EBP) komt dit terug: in EBP wordt het handelen onderbouwd met wetenschappelijk bewijs, professionele expertise en rekening houdend met de voorkeuren van individuele zorgvragers. Mede onder invloed van het huidige zorgverzekeringsstelsel ligt de nadruk op de eerste component, bewijs uit onderzoek, en het administratief vastleggen van gegevens. De derde component van EBP, het rekening houden met patiëntvoorkeuren, blijft vaak onderbelicht. Toch zijn er ook verpleegkundigen die er wel in slagen om hun vak vanuit verbondenheid met de zorgvrager vorm te geven. Waardoor slagen zij er in *goede* zorg, individueel afgestemde passende zorg, te verlenen? Zorg is passend wanneer gezamenlijk gestelde doelen bereikt worden die bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven. In de eerste plaats geldt dit voor de zorgvrager, maar in het kielzog hiervan floreert ook de zorgverlener van zorg die 'aankomt'.

De gelegenheid deed zich voor dat ik wetenschappelijk onderzoek mocht doen naar de professionele kennis die verpleegkundigen in het ziekenhuis gebruiken om in hun zorg af te stemmen op de individuele voorkeuren van patiënten en hun familie. In de literatuur werd wel verwezen naar de kennis van professionals om af te stemmen, maar een eenduidige beschrijving werd niet gevonden. Daarom is via interviews aan 'goede' verpleegkundigen, zij die volgens hun collega's optimale technische zorg verlenen binnen een warme zorgrelatie, gevraagd hoe zij verbondenheid in de zorgrelatie ervaren. Zij vertelden, onafhankelijk van elkaar, over het aangaan van een 'klik' met de patiënt. Ze beschreven dat patiënten op zoek zijn naar veiligheid en vertrouwen en dat ze meestal binnen twee minuten na de kennismaking aansluiten bij de emotionele beleving van die patiënt. Ook vertelden ze over het werken met voelsprietten: ze voelen aan of het nog goed gaat, zien voor anderen nauwelijks opmerkbare veranderingen en reageren op 'onzichtbare' signalen. Wat de verpleegkundigen niet benoemden, maar wat in de interviews sterk naar voren kwam is dat ze regelmatig afstemmen op hoe de patiënt zich voelt. Het gebruik van de drie impliciete en intuïtieve tools die in het onderzoek naar voren kwamen - klik, voelsprietten en empathische vragen stellen - werd in observatieonderzoek bevestigd. 'Goede' verpleegkundigen in het ziekenhuis gebruiken deze tools om snel en adequaat een breed referentiekader te bouwen voor de verpleegkundige besluitvorming, waarin de patiënt (en zijn familie) zo optimaal mogelijk hun inbreng hebben. Deze

verpleegkundigen weten dus niet bij voorbaat waar hun zorg uitkomt, maar weten via dialoog in de situatie zelf dusdanige kennis op te halen dat hun zorg optimaal aansluit.

Afstemmingskennis is een nieuw begrip in de professionele kennis van verpleegkundigen en moet in elke nieuwe situatie actief opgehaald worden. De verpleegkundigen doen dit, zo vertelden ze, omdat ze samen met de patiënt op zoek zijn naar een optimaal ervaren kwaliteit van leven. Zij zijn in de uitoefening van hun beroep op zoek naar menselijke bloei, ongeacht of de weg leidt naar herstel of naar een afscheid. Het vormgeven aan de betekenisvolle zorgrelatie vraagt van opleidingen en praktijk een perspectiefwisseling: niet de gemeten kwaliteit van zorg is de motor in de zorg, maar de ervaren kwaliteit van leven van de mens die (tijdelijk) hulp behoeft. Je werk zó vormgeven vraagt een lerende houding, die één van de verpleegkundigen kernachtig samenvatte: “Leer mij hoe ik het best voor u kan zorgen in deze situatie.” Dit onderzoek naar afstemmingskennis geeft een impuls binnen de opleiding Hbov om nader vorm te geven aan de vorming van moreel sensitieve competenties van verpleegkundigen (in opleiding). Hoe kun je, met inachtneming van de richtlijnen en protocollen waarmee de professional moet werken, toch oog hebben voor de psychosociale aspecten in het beroep? De ander als individu kunnen zien en afstemmen op zijn bloei vanuit een betekenisvolle relatie, dat wens ik jullie van harte toe.