



rust brengen in een zee van emoties

De geestelijk verzorger als begeleider
van naasten bij (dreigend) acuut verlies
op de Spoedeisende Hulp



rijksuniversiteit
 groningen

Robin Pater

rust brengen in een zee van emoties

De geestelijk verzorger als begeleider
van naasten bij (dreigend) acuut verlies
op de Spoedeisende Hulp



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit godgeleerdheid en
godsdienstwetenschap

Geestelijke Verzorging
Masterthesis

R.E. (Robin) Pater
S2771780

Begeleiders:
dr. A. Visser-Nieraeth
dr. W. Smeets

Enschede, juni 2017

In beeld



Porto Lighthouse, Portugal (fotograaf onbekend)

Idealiter is de geestelijk verzorger als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp een aanwezig baken in de onbekende, onvoorspelbare en ontwrichtende omstandigheden van het (dreigende) acute verlies van een dierbare. Soms aansturend, soms ondersteunend kan hij aan ontredderde naasten rust brengen in een zee van emoties, door te fungeren als een voortdurend afstemmend verbindingstation dat de relatie bewaakt van de naaste met zichzelf en met alle andere betrokkenen, zoals de patiënt, andere naasten en zorgprofessionals. Zo draagt de geestelijk verzorger, terwijl zijn medische en verpleegkundige collega's zich bekommeren om het leven van de patiënt, al in de eerste acute fase op veelsoortige wijze bij aan de heling van de vernield geraakte verbinding van de betrokken naaste(n) met hun leven. In deze turbulente omstandigheden een competent rustpunt te kunnen zijn en blijven, vereist ook van de geestelijk verzorger zelf dat hij persoonlijk en professioneel stevig verankerd is in de relatie met zichzelf, de naaste en de zorgorganisatie.

Samenvatting

Aanleiding

Een half uur geleden nog zat je naast je levensgezel aan de ontbijttafel, nu moet je in de reanimatiekamer toezien hoe een medisch team vecht voor het leven van je dierbare...

Naast van kritieke patiënten op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) worden in diverse Nederlandse ziekenhuizen begeleid door geestelijk verzorgers. Omdat geestelijk verzorgers deze begeleiding veelal naar eigen inzicht en ervaring invullen, ontbreekt een onderbouwde, systematische en uniforme werkwijze.

Opzet

Dit onderzoek beoogde de kwaliteit en continuïteit van de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp door geestelijk verzorgers te bevorderen. Hiertoe zijn kritische succesfactoren uit literatuuronderzoek vergeleken met de praktijksituatie, die was gebaseerd op participerende observatie op een SEH en vijftien interviews met SEH-verpleegkundigen en geestelijk verzorgers van vijf verschillende ziekenhuizen.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat geestelijk verzorgers in beginsel goed zijn toegerust voor dit veeleisende type begeleiding, vanwege hun specifieke competentieprofiel, hun 24-uurs bereikbaarheid, het ontbreken van een behandelpositie, het werken vanuit de presentiemethode en hun existentiële expertise. Tegelijkertijd vragen aspecten als pragmatisme, daadkracht en specifieke afdelingskennis, de wijze van beroepsprofilering, de inbreng van de rituele competentie en de emotionele en organisatorische draagkracht van geestelijk verzorgers om plaatsbepaling door de teams geestelijke verzorging. Op het niveau van de beroepsgroep kan aanvullend onderzoek, het initiëren van scholingsprogramma's en het opstellen van een organisatorische visie bijdragen aan verdere professionalisering van de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de SEH door geestelijk verzorgers.

Summary

Background

Half an hour ago, one was sharing his everyday breakfast with the spouse.

Now, one is in a trauma room, trying to comprehend the fact that the medical team may not be able to save your beloved one's life...

In several Dutch hospitals, family members of critical patients in the Emergency Room (ER) are supported by spiritual caregivers. Given the fact that these health care chaplains base their interventions mainly on personal insights and experience, a solid, systematic and uniform approach is lacking.

Focus and methods

This research aimed to improve the quality and sustainability of family member support in cases of (possible) sudden loss in the ER by spiritual caregivers. The research consisted of literature study on critical variables, compared with empiric practice, based on a one day-participatory observation in a Dutch ER and fifteen extensive interviews with ER-nurses and spiritual caregivers of five Dutch hospitals.

Results

Research showed that given their professional competence, 24/7-availability, intermediate position, presence-based approach and existential expertise, spiritual caregivers are well equipped to provide this demanding type of support. Notwithstanding their primary appropriateness for the job, some aspects demand a closer look, such as a spiritual caregivers capability of pragmatism and decisiveness, their knowhow on ER-characteristics, the explication of their specific (religious) profession, the contribution of their ritual competence and narrative approach and, last but not least, the emotional impact and organisational consequences that come with this significant task. On a supra-organisational level, additional research, the development of educational programs as well as professional guidelines on this topic, further ad to the level of family member care in the Emergency Room by spiritual caregivers.

Voorwoord: ruimte voor zorg

“als je niets moet, kun je zien wat er speelt”

uitspraak van een van de geïnterviewde geestelijk verzorgers

Dit onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder betrokken geestelijk verzorgers en verpleegkundigen die hun tijd en aandacht schonken om hun ervaring met mij te delen. Die betrokkenheid van beide beroepsgroepen viel mij ook op in de praktijk van hun werk. Beide weten het hart de hand te laten bewegen, vaak met een indrukwekkende vanzelfsprekendheid. En soms tegen de organisatorische klippen op. Want hoewel veel ziekenhuizen de ambitie hebben om gastvrije zorg te bieden, komt de ruimte van zorgprofessionals om er te zijn naar mijn indruk steeds meer onder druk te staan van een alsmaar groeiende hoeveelheid taken die zij op de werkvloer moeten doen en verantwoorden. Die toenemende druk doet zich zowel uiterlijk voelen, in afnemende ruimte voor aandacht voor patiënten, alsook innerlijk, in tanende inspiratie. Die signalen pikte ik in ieder geval op uit contacten met verpleegkundigen. Geestelijk verzorgers merken die organisatorische tendens ook, al zijn zij – gelukkig nog – vaak een welkome verademing waardoor dingen weer vrijer kunnen stromen. Ik moet denken aan de oud-collega van mijn stage-supervisor die geestelijke verzorging provocerend typeerde als ‘de terreurvrije ruimte in de zorg’.

Ik hoop dat er sprake zal blijven van merkbare zorg voor de patiënt als mens; de reden bij uitstek waarom mensen voor werken in de zorg kiezen. En een belangrijk criterium voor patiënten om hun ziekenhuisverblijf als heilzaam te ervaren. Of dat zo zal zijn ligt ook –maar niet alleen- in de handen van geestelijk verzorgers zelf, door zich letterlijk zichtbaar te maken met de belangrijke bijdrage die zij kunnen leveren aan menswaardige zorg. De inzet op de Spoedeisende Hulp is daar een sprekend voorbeeld van. Ik hoop dat dit onderzoek zal bijdragen aan het behoud en de uitbreiding van die ruimte voor zorg. Die bijdrage komt dan ook op het conto van de begeleiders van dit onderzoek: Anja Visser-Nieraeth, die mijn associatieve neigingen beteugelde met een helder appèl op structuur en kernachtigheid en Wim Smeets, die mij kundig en subtiel het zicht op het grote geheel voor ogen hield.

De keuze voor dit onderwerp raakt nauw aan mijn eigen wording. Achteraf bezien dan, want het weten van een mens gaat soms voor zijn kennen uit. ‘De weg die je gaat is jouw weg’ zegt een soefi-spreuk. Je verhouden tot situaties die de opgebouwde beelden van jezelf, de ander en het leven doen instorten en doorleven met dat verlies: ik kan er inmiddels –moet ik hier helaas of gelukkig zeggen?- uit eigen ervaring over meepraten. Zodanig dat dit onderzoek vertraagd raakte. Mijn eigen weten moest via uitgestelde rouwprocessen eerst weer in lijn komen met het inmiddels uitgebouwde kennen. ‘September 2016’ stond al onder het voorwoord van een vrijwel voltooide scriptie. Maar wat is vertraging? Belichaamde kennis is wat mij betreft de meest waarachtige vorm van wetenschap.

Robin Pater, Enschede, juni 2017
info@robinpater.nl



Inhoudsopgave

Rondom het onderzoek	11
Inleiding	12
Leeswijzer	13
1. Naasten op de Spoedeisende Hulp	16
1.1 Inleiding: inhoud en methodiek	17
1.2 Context: de afdeling Spoedeisende Hulp	18
1.3 Positie: betrokkenheid van naasten	20
1.4 Gevolgen: impact en reacties bij naasten	20
1.5 Focus: behoeftes van naasten	22
1.6 Uitvoering: zorg voor naasten	24
1.6.1 Betekenis	24
1.6.2 Nabijheid	26
1.6.3 Communicatie	28
1.6.4 Comfort	29
1.6.5 Steun	30
1.7 Competentie: eisen aan de begeleiding	32
1.8 Continuïteit: nazorg, evaluatie en zelfzorg	32
1.9 Resumé en vooruitblik	33
2. Geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp	36
2.1 Inleiding: inhoud en methodiek	37
2.2 Context: geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp	39
2.3 Positie: betrokkenheid van naasten	41
2.4 Gevolgen: impact en reacties bij naasten	42
2.5 Focus: behoeftes van naasten	44
2.6 Uitvoering: zorg voor naasten	45
2.6.1 Betekenis	45
2.6.2 Nabijheid	48
2.6.3 Communicatie	49
2.6.4 Comfort	54
2.6.5 Steun	56
2.7 Continuïteit: nazorg, evaluatie en zelfzorg	60
2.8 Resumé en vooruitblik	64

3. De geestelijk verzorger als begeleider van naasten	66
3.1 Inleiding: inhoud en methodiek	67
3.2 Analyse	67
3.3 Kritische reflectie en aanbevelingen	71
3.4 Conclusie	75
Verder	76
Achtergronden	78
Literatuur	79
Bijlagen	83
1. Respondenten	83
2. Vragenlijst	84
3. Codeboek	86
4. Protocol SEH	87



Random het onderzoek

Inleiding

Aanleiding

In mijn stage-onderzoek naar de begeleiding van naasten op de afdeling Spoedeisende Hulp door geestelijke verzorging in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo-Hengelo, kwam ik in aanraking met de ingrijpende maar ook boeiende wereld van kritieke situaties op de Spoedeisende Hulp. Interviews met de betrokken geestelijk verzorgers en verpleegkundigen maakten duidelijk dat dit soort acute, intense en dynamische situaties op leven en dood van alle betrokkenen het uiterste vragen. Opvallend was dat geestelijk verzorgers aangaven dat hun intuïtie en persoonlijke inschattingen een grote rol spelen in de crisisbegeleiding. Dit vroeg voor mij om verdere persoonlijke en theoretische verdieping in die rolinvulling. Nader onderzoek wees uit dat het aandeel van geestelijk verzorgers in de begeleiding van naasten van kritieke patiënten op de Spoedeisende Hulp in sommige ziekenhuizen nihil is, terwijl elders al langere tijd intensieve begeleiding wordt geboden. Een theoretische reflectie op een adequate en uniforme invulling van die rol ontbrak ook daar echter. Dit leidde tot het voorliggende onderzoek met de volgende probleemstelling:

Vraagstelling

Welke invulling geeft de geestelijk verzorger idealiter aan zijn of haar rol van begeleider van naasten bij situaties van (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp (SEH)?

Doelstelling

Dit onderzoek wil allereerst bijdragen aan het optimaliseren van de professionaliteit en effectiviteit van de begeleiding van naasten door geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp bij situaties van (dreigend) acuut verlies. Dit gebeurt door middel van aanbevelingen op basis van een theoretische reflectie en empirische oriëntatie. Mogelijk geven de resultaten daarnaast een impuls aan de verdere ontwikkeling van kennisproducenten, meetinstrumenten en beleidsvisies voor geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp, en kunnen zij bijdragen in lopende herpositioneringsdiscussies over zowel geestelijke verzorging in het algemeen, als specifiek binnen het ziekenhuis.¹

¹ Het gaat om de transitie van ambtelijk gebonden geestelijk verzorger naar algemeen spiritueel zorgverlener met specialisatie in bijvoorbeeld trauma of palliatieve zorg. Dit in aansluiting op de voortgaande levensbeschouwelijke de-institutionalisering, de toenemende professionalisering en de integratie in de zorgorganisatie. Binnen de ziekenhuiscontext speelt de vraag of de huidige territoriale werkwijze wordt vastgehouden of dat de toenemende specialisatie en scheiding van patiëntenstromen in de zorg ook uitgangspunt wordt voor de toekomstige inrichting van geestelijke verzorging. Het toekomstige ziekenhuis wordt een behandelcentrum dat bestaat uit specifieke gescheiden behandelgebouwen als separate organisaties met elk een eigen uitstraling en inrichting, gericht op de betreffende doelgroep (Van Schrojenstein Lantman 2007). Denk hierbij bijvoorbeeld aan spoedeisende hulp (het 'kernziekenhuis'), planbare zorg (een 'businessziekenhuis') en chronische zorg.

Leeswijzer

Indeling

Dit rapport bestaat uit drie delen:

Deel 1 'Naasten op de Spoedeisende Hulp' zoomt in op de mensen waarom het gaat. De afdeling, de positie van naasten aldaar, impact en reacties bij de (dreigend) acuut verlies, hun behoeftes en de eisen die dat stelt aan de begeleiding worden achtereenvolgens uitgewerkt op basis van literatuur.

Deel 2 'Geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp' brengt in kaart hoe begeleiding van naasten in de praktijk wordt ingevuld door geestelijk verzorgers. Op basis van empirisch onderzoek komt het karakter, de uitvoering en organisatie van de begeleiding door geestelijk verzorgers aan de orde.

Deel 3 'De geestelijk verzorger als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp' betreft theorie (deel 1) en praktijk (deel 2) op elkaar. Na een kritische reflectie op de resultaten van de analyse, volgen aanbevelingen en conclusies over de optimale rol van de geestelijk verzorger als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp.

Elk deel begint met een korte beschrijving van de inhoud en de gebruikte methodiek om tot die inhoud te komen. Elk deel sluit af met een resumé van de inhoud ervan en vooruitblik naar het volgende deel.

Gebruikte begrippen

In dit onderzoek wordt steeds gesproken van de afdeling 'Spoedeisende Hulp' (of SEH), die in de praktijk ook wel Eerste Hulp, Spoedpost of Spoedgevallen (België) genoemd wordt.² Met 'zorgprofessionals' wordt al het betrokken medisch en verpleegkundig personeel aangeduid. Er wordt gesproken van 'patiënt', zowel in relatie tot zorgprofessionals als naasten, behalve in de gevallen waarin het benadrukken van de persoonlijke relatie van de naaste met de patiënt van belang is. Dan wordt de term 'dierbare' gebruikt. Voor de term 'naasten' is gekozen omdat dit meer nabijheid uitdrukt dan betrokkene en breder is dan familie.³ Deze naasten worden geconfronteerd met een levensbedreigende (of 'kritieke') situatie of plotseling overlijden. Deze situaties worden in dit onderzoek aangeduid als '(dreigend) acuut verlies'. Vanwege de kans op verwarring met 'trauma' in de somatische zin (het fysieke letsel van de patiënt) wordt voor de psychologische impact op naasten het begrip 'psychotrauma' gebruikt. De geestelijk verzorger voorziet in '(crisis)begeleiding' van naasten. Daarmee wordt bedoeld op alle vormen van geboden ondersteuning.

² In Angelsaksische landen gebruikt men *Accident & Emergency (A&E)*, *Emergency Department (ED)* of *Emergency Room (ER)*.

³ In de Engelstalige literatuur wordt zowel gesproken van *accompanying person (AP)* als *family member*. In de Engelstalige samenvatting van dit rapport is vanwege de leesbaarheid gekozen voor *family member*.

Beeld en geluid

Om de inhoud nog meer te laten spreken, zijn in de lopende tekst van dit rapport -met toestemming- uitspraken van de in dit onderzoek geïnterviewde geestelijk verzorgers ('gv') en verpleegkundigen ('vpk') toegevoegd. De genummerde respondentenaanduidingen daarbij corresponderen met de respondentenlijst uit bijlage 1. Korte citaten zijn in de lopende tekst opgenomen, langere citaten zijn met het oog op hun leesbaarheid vrijstaand weergegeven. De foto's in dit rapport geven beeld bij het geluid. Deze zijn van de hand van de auteur, met medewerking van de unit SEH van ZGT Almelo-Hengelo.



Speedpost

zgt

Ingang Speedpost

AMBULANCE

HUISARTS

8-TXB-89

Deel 1 Naasten op de Spoedeisende Hulp

1.1 Inleiding: inhoud en methodiek

Inhoud

In het eerste deel van dit onderzoek wordt een beeld geschetst van het lijdend voorwerp: naasten op de Spoedeisende Hulp in situaties van (dreigend) acuut verlies. Allereerst wordt de afdeling Spoedeisende Hulp als context in kaart gebracht (1.2). Daarna wordt gekeken naar de positie van de naasten aldaar (1.3) en de gevolgen van de situatie van (dreigend) acuut verlies voor hen (1.4). Vervolgens wordt beschreven welke behoeftes van naasten een rol spelen (1.5), waar de zorg voor naasten aan moet voldoen (1.6) en wat dit vraagt van de begeleider (1.7). Tot slot komen continuïteitsaspecten van de begeleiding, zoals nazorg, evaluatie en zelfzorg (1.8) aan bod en volgt ter afronding een resumé en vooruitblik naar deel 2 (1.9).

Methodiek

De beeldvorming van de afdeling Spoedeisende Hulp is gedaan door middel van open ongestructureerde participerende observatie tijdens een dagdienst (mei 2016, duur: 8 uur) op de SEH van Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo, gecombineerd met interviews met vijf SEH-verpleegkundigen, een rondleiding op de SEH van het Westfries Gasthuis in Hoorn in juni 2016, onderzoek via internetsites van afdelingen SEH en schriftelijke controle van de bevindingen door het unithoofd SEH van ZGT.

Voor de beeldvorming van de positie, de situatie en begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp is via RUG-SmartCat gezocht naar literatuur over de drie relevante hoofdonderwerpen: zorg voor naasten op de Spoedeisende hulp, aanwezigheid van naasten bij reanimaties en confrontatie met plotseling verlies van een dierbare. Indien beschikbaar is gekozen voor literatuur die op de Spoedeisende Hulp is toegespitst, anders is gebruik gemaakt van literatuur over ruimere *critical care settings* (Intensive Care; IC). De gebruikte literatuur beslaat een brede tijdsperiode. Indien beschikbaar is gekozen voor reviewartikelen waarin meerdere onderzoeken zijn geanalyseerd. Al het geciteerde onderzoek stamt uit Westerse samenlevingen (Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Australië, Duitsland) met vergelijkbare gezondheidszorgsystemen als het Nederlandse, waarin de SEH -als eerste contactpunt waar spoedgevallen met ambulances worden binnengebracht- een vergelijkbare plek inneemt. Daarnaast zijn enkele Nederlandse artikelen over de geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp en bij rampen gebruikt.

1.2 Context: de afdeling Spoedeisende Hulp

“Die jongen kwam in reanimatiesetting binnen. Die was op zijn werk, heeft tegen een collega gezegd: ‘ik word niet goed’ en die is dood neergevallen.” vpk4

“Het kan hier soms heel erg pieken. Gister hadden we een dag, dan heb je patiënten op de gang en een overvolle wachtkamer. Als je dan een reanimatie tussendoor krijgt, ja, dan moet je wel personeel invoeren. Ja, en dat is lastig...” vpk5

Patiënt

De afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) is de plek in het ziekenhuis waar de primaire acute zorg wordt verleend, vandaar ook wel de benaming ‘Eerste Hulp’.⁴ De SEH verleent volgens de beschrijvingen op de websites van ziekenhuizen eerste medische en verpleegkundige zorg aan zowel kinderen als volwassenen met een breed scala aan acute letsels en ziektebeelden die levensbedreigend zijn of waarvan de behandeling niet kan wachten op het volgende reguliere behandelmoment door een huisarts. SEH-patiënten zijn in te delen in twee hoofdcategorieën: ‘trauma’ of ‘ziekte’. Bij trauma (verwonding, letsel) is er sprake van schade aan weefsel zoals huid of bot, meestal door inwerking van uitwendige invloeden, bijvoorbeeld impact door val, botsing of vuur. Bij ziekte gaat het om acute pijn- en malaiseverschijnselen die veroorzaakt worden door interne invloeden. Patiënten komen op de Spoedeisende Hulp op doorverwijzing van de huisarts, worden binnengebracht door de ambulancedienst of komen op eigen initiatief naar de SEH (de zogenaamde ‘zelfverwijzers’).

Proces

De Spoedeisende Hulp functioneert ‘24/7’ en is een afdeling die zich volgens de geïnterviewde verpleegkundigen kenmerkt door (piek)drukke, hetgeen ook tijdens de observatie bleek.⁵ Omdat er sprake is van niet-planbare acute zorg, moeten er voortdurend prioriteiten gesteld worden. Dit gebeurt blijkens de websites van de afdelingen Spoedeisende Hulp via een gestandaardiseerd urgentiebepalingssysteem. Alle binnenkomende patiënten krijgen door een triageverpleegkundige behandelprioriteit toegekend op basis van hun medische toestand. Levensbedreigende gevallen (‘code rood’), zoals zware trauma en reanimaties, worden uiteraard direct behandeld.⁶ Ook kinderen krijgen zo mogelijk voorrang. De wachttijd voor minder acute situaties, zoals kleine hechtwonden,

⁴ Naast de reguliere Spoedeisende Hulp-afdelingen van de ziekenhuizen kent Nederland ook 11 gespecialiseerde regionale traumacentra, waar zwaargewonde (multitrauma) patiënten worden behandeld.

⁵ Uit een vergelijking van statistische gegevens van de afdelingen Spoedeisende Hulp op de websites van acht ziekenhuizen verspreid over Nederland, blijkt dat op een Nederlandse SEH indicatief gemiddeld 75 tot 100 patiënten per dag worden behandeld.

⁶ Een significant deel van de levensbedreigende situaties op de SEH betreft reanimaties als gevolg van acuut hartfalen, waarbij een slachtoffer plotseling wordt ‘weggerukt’ uit een stabiele privésituatie (*out of hospital cardiac arrest*). Een substantieel deel van de reanimaties leidt tot acuut verlies. Van der Wedden (2008) spreekt van een algemeen overlevingspercentage na reanimatie van 15 procent. Recent onderzoek van de Hartstichting (2016) wijst uit dat de overlevingskans bij een hartstilstand buiten het ziekenhuis is verdubbeld van 9 procent midden jaren '90 naar 23 procent door de inzet van AED's door burgerhulpverleners. Dit strookt met Van Remmerden (2012), die stelt dat de helft van de gereanimeerden op de SEH zelf overlijdt, 30 procent alsnog binnen dagen op de IC en 20 procent herstelt. Ook Evers (interview met de onderzoeker, 16 juni 2016) schat op basis van ruime praktijkervaring het overlijdenspercentage van reanimaties op de SEH op circa 50 procent. Van der Wedden (2008) wijst erop dat leken door populaire voorlichtingscampagnes over hartmassage vaak een te rooskleurig beeld hebben van overlevingskans en restschade na reanimatie.

kan vanwege de doorgaande en onverwachte patiëntendynamiek oplopen tot vier uur. Getrieerde patiënten worden door een regieverpleegkundige, die verantwoordelijk is voor de logistiek, toegekend aan SEH-verpleegkundigen en ruimtes. Als patiënten op de SEH gestabiliseerd en gediagnosticeerd zijn, volgt transfer naar één van de afdelingen van het ziekenhuis, een andere zorginstelling of naar huis. Uiteraard overlijden ook patiënten op de SEH. Volgens de geïnterviewde verpleegkundigen verblijven patiënten in vergelijking met de ligtijd op andere afdelingen binnen het ziekenhuis kort op de SEH, indicatief tussen een half uur en vier uur –in sommige gevallen langer, tot wel acht uur- voordat overplaatsing of ontslag plaatsvindt.⁷

Plaats

Uit de observaties blijkt dat een afdeling Spoedeisende Hulp zich kenmerkt door een medisch-klinische omgeving, die veelal bestaat uit veel verschillende ruimtes en de aanwezigheid van een uitgebreid arsenaal aan medische apparatuur. Naast een wachruimte, triageruimte, een serie behandelkamers –soms meer dan 10- en meerdere traumakamers (ook wel *shock rooms* of *crash rooms* genoemd), is er meestal een onderzoeksruimte, receptie, centrale bewakingspost, gipskamer, medicijnkamer, CT-scanner, observatieruimte, decontaminatieruimte en familiekamer. Wachruimtes en gangen zijn soms voorzien van rustgevendende afbeeldingen, om tegenwicht te bieden aan deze klinische, onoverzichtelijke en dynamische omgeving.

Personeel

Zowel uit de observatie als uit de websites van ziekenhuizen, waarop patiënten en naasten bekend worden gemaakt met de functionarissen waarmee zij te maken krijgen bij opname op de SEH, blijkt dat er een veelheid aan verpleegkundig, medisch en ondersteunend personeel werkzaam is op de afdeling. Naast SEH-verpleegkundigen, die een regierol hebben in de patiëntenzorg, zijn er gespecialiseerde SEH-artsen en arts-assistenten (afgestudeerde artsen, meestal in opleiding tot specialist of huisarts). Medisch specialisten van specifieke afdelingen, zoals de chirurg of cardioloog, worden ingeroepen afhankelijk van de aard van het letsel of de ziekte.⁸ Verder zijn er zorgassistenten (die de verpleegkundigen ondersteunen), coassistenten (studenten geneeskunde die praktijkervaring opdoen), verpleegkundigen in opleiding, secretariael medewerkers en schoonmaakpersoneel werkzaam. Ook ondersteunende disciplines, zoals radiologie, worden ingeroepen. Dit betekent dat ‘het hele ziekenhuis’ in principe op de SEH komt, maar dat patiënten soms ook tijdelijk naar andere afdelingen gaan, bijvoorbeeld voor het maken van een echo. Uit de observatie en interviews met SEH-verpleegkundigen blijkt dat de combinatie van ongepland binnenkomende patiënten, intensieve zorg, een korte ligduur en rondlopend medisch personeel een grote dynamiek op de afdeling kan veroorzaken, die typisch is voor de Spoedeisende Hulp.

⁷ Dit betreft de voorbeeldsituatie ZGT locatie Almelo. Redley en Beanland (2003) constateren dat de verblijfsduur van een patiënt in levensgevaar in een SEH in Australië gemiddeld 5,5 uur is (met een range van 15 minuten tot -incidenteel- 36 uur).

⁸ Een gangbaar onderscheid is dat tussen beschouwende en snijdende specialismen. Beschouwende specialismen zijn Allergologie, Anesthesiologie, Cardiologie, Dermatologie, Interne Geneeskunde, Kindergeneeskunde, Klinische Geriatrie, Longgeneeskunde, MDL, Neurologie, Psychiatrie, Reumatologie en Revalidatiegeneeskunde. Snijdende specialismen zijn Gynaecologie, Heelkunde, Kaakchirurgie, KNO, Oogheelkunde, Orthopedie, Plastische Chirurgie en Urologie (Bruens et al. 2013).

1.3 Positie: betrokkenheid van naasten

Behalve patiënten en zorgprofessionals spelen ook naasten een rol op de Spoedeisende Hulp. Onder naasten verstaan we direct betrokkenen bij de patiënt. Meestal is dit familie, soms ook vrienden, collega's of buren van de patiënt. Dit onderzoek beperkt zich tot naasten van patiënten in een levensbedreigende situatie. Deze patiënten bevinden zich plotseling en meestal onverwacht in levensgevaar, naar aanleiding van een hartstilstand, ernstig ongeval, geweld of suïcidepoging. Als naasten getuige zijn geweest van deze situatie, volgen zij hun dierbare vanaf de plek van het ongeval naar de SEH, in de ambulance of met eigen vervoer. In andere gevallen worden zij hierover telefonisch geïnformeerd door een arts of verpleegkundige, de politie of een reeds geïnformeerde naaste en komen dan vanaf hun verblijfplaats van dat moment naar de SEH om over het lot van hun dierbare te vernemen en die bij te staan.

Naasten wensen nauw betrokken te worden bij de zorg rondom hun dierbare op de Spoedeisende Hulp. Deze betrokkenheid dient enerzijds het emotionele belang van de naaste zelf en anderzijds het zorgproces voor de patiënt. Betrokken, geïnformeerde en zelfverzekerde naasten zijn bevorderlijk voor goede ondersteuning van de patiënt, zowel in het ziekenhuis als na ontslag. Ook het maken van (behandel)keuzes namens de patiënten die niet aanspreekbaar zijn, komt op de naasten neer. Waar naasten voorheen buiten het zorgproces -dat zich exclusief afspeelde tussen patiënt en behandelaar- werden geplaatst, worden zij binnen het huidige inkluderende zorgparadigma met hun kennis, vaardigheden en aanwezigheid dus gezien als belangrijke factor in goede zorg voor de patiënt. Ook op afdelingen Spoedeisende Hulp wordt het belang van deze *family-centered care* erkend en gestimuleerd, onder andere door nationale richtlijnen van beroepsverenigingen van verpleegkundigen die daarvoor zijn opgesteld (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Egging 2009; Ekwall, Gerdtz en Manias 2008, 2009; Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003; Twibell et al. 2015).

1.4 Gevolgen: impact en reacties bij naasten

Impact op naasten

Het verliezen van een dierbare is volgens Attig (2001) een ervaring waarbij het centrum van het leven van de naaste wordt weggeslagen en die leidt tot een verlies van de eigen heelheid. Het plotseling en onverwacht plaatsvinden van dat verlies, zoals typisch is voor de Spoedeisende Hulp, is volgens auteurs één van de meest veeleisende situaties waarmee een mens psychologisch gezien kan worden geconfronteerd (Allen 2005; Davies 1997; Hallgrimsdottir 2000; Tye 1993). Bij een (dreigend) acuut verlies ontbreekt immers de gelegenheid om het verlies te conceptualiseren, is er mogelijk sprake van *unfinished business* en kan er geen afscheid worden genomen. Daarnaast is er bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp vrijwel altijd sprake van (een) aanvullende factor(en) die het verwerkingsproces compliceren. Bij deze sterfgevallen, die Davies (1997) typeert

als *complicated death*, is sprake is van geweld of verminking, een vermijdbaar geachte dood, de gelijktijdigheid van meerdere sterfgevallen, een directe confrontatie met de stervende, zelfdoding, het verlies van een kind, een psychisch kwetsbare naaste en/of een ambivalente houding van de nabestaande tegenover de overledene. Bovendien vindt dit alles plaats in de chaotische en voor naasten waarschijnlijk onbekende omgeving van de Spoedeisende Hulp (Davies 1997; Hallgrimsdottir 2000).

Situaties van (dreigend) acuut verlies van een dierbare zijn potentieel psychotraumatiserend in de vorm van langdurige negatieve effecten, zoals psychische problemen, depressie of een posttraumatische stressstoornis (Allen 2005; Davies 1997; Tye 1993). Hun psychotraumatiserende potentie ligt in het veroorzaken van het bedreigende en ontwrichtende gevoel dat de wereld een onveilige plek is, waardoor het basisvertrouwen van de mens in zichzelf, anderen, het leven of God aangetast raakt (Attig 2001; Davies 1997; Ganzevoort 2005, 2011; Janoff-Bulman 1992). Janoff-Bulman (1992) definieert in haar *shattered assumptions theory* drie basale aannames over de wereld en onszelf, die zorgen voor het gevoel van veiligheid, integriteit en welzijn. Deze aannames zijn: ik ben beschermd, er is rechtvaardigheid en het leven heeft zin. Psychotraumatische gebeurtenissen zetten deze aannames onder druk. Hallgrimsdottir (2000) wijst erop dat naasten bij (dreigend) acuut verlies van een dierbare niet alleen geconfronteerd worden met angst voor de dood, maar ook met angst voor rolveranderingen en financiële consequenties. Naast angst en machteloosheid veroorzaakt een (dreigende) plotselinge dood bovendien vaak schuldgevoelens bij de naaste, waarbij het verlies van de dierbare wordt gezien als een straf voor iets dat men zelf gedaan of nagelaten heeft (Coulter 1989; Davies 1997).

Reacties van naasten

Het (dreigend) acuut verlies van een dierbare, dat gepaard gaat met veel stress, vergt het uiterste van de mentale veerkracht van naasten en roept een veelheid aan heftige reacties en emoties op. Het ontbreken van de mogelijkheid tot anticiperende rouw leidt tot een intense en verlamme shock, waardoor naasten vaak niet in staat zijn te vragen wat ze nodig hebben en hun gangbare copingstrategieën niet meer werken. Om het ondraaglijke toch te verdragen is er volgens auteurs sprake van zeer individuele copingreacties, waarbij de emoties en gedragingen snel wisselen en soms een (pathologisch) extreem karakter vertonen. Het scala varieert van verlamming tot verdriet, verslagenheid, kortdurende maar steeds terugkerende ontkenning, woede-uitbarstingen, verwijten richting zichzelf, zorgprofessionals of de overledene, psychologisch onderhandelen met het lot ('marchanderen'), terugtrekking of ongemak dat zich uit in giechelen (Allen 2005; Davies 1997; Kübler-Ross 1969; Tye 1993).

1.5 Focus: behoeftes van naasten

Het uitvoerig beschikbare onderzoek naar de behoeften van naasten van patiënten in kritieke situaties heeft vrijwel uitsluitend betrekking op *critical care settings* (intensive care, IC). Hallgrimsdottir (2000) en Redley et al. (2003) menen dat de Spoedeisende Hulp echter om een eigen referentiekader vraagt.⁹ De ontwikkeling daarvan baseren beiden op één van de eerste en meest gebruikte categorisering van behoeften van naasten van kritieke IC-patiënten door Leske (1986), die geruststelling (*reassurance*), nabijheid (*proximity*), informatie (*information*), gemak (*comfort*) en steun (*support*) onderscheidt. Hallgrimsdottir spreekt van *convenience* in plaats van *comfort*, Redley vervangt *information* door *communication* en *reassurance* door *meaning*. Zij stelt dat de bredere term 'communicatie' meer recht doet aan de proceskant van het verkrijgen van informatie en dat betekenisgeving beter aansluit bij theorieën over coping en crisisinterventie.¹⁰

Dykstra (1990) onderscheidt vanuit zijn ruime praktijkervaring als geestelijk verzorger op de Spoedeisende Hulp drie categorieën behoeftes van naasten: biologische behoeftes (*biological needs*), rechtvaardigheidsbehoefte (*justice needs*) en theologische verantwoordelijkheid (*theological responsibility*). Biologische (of fysieke) behoeftes gaan over de somatische respons op een crisis, zoals de behoefte aan drinken of een ruimte om tot rust te komen. Rechtvaardigheidsbehoefte hebben betrekking op de bescherming van de rechten van de kwetsbare naasten, die zich plots bevinden in een crisissituatie op de verbijsterende en onbekende setting van de SEH, zoals het recht om aanwezig te zijn bij hun dierbare en het recht om actief geïnformeerd, geraadpleegd en begeleid te worden. Theologische verantwoordelijkheid gaat over de manier waarop de geestelijk verzorger het existentiële begrip van de crisis peilt bij de naaste.¹¹ Met deze drie aandachtsgebieden wil Dykstra tegemoet komen aan het herstel van de drie basisaannames van Janoff-Bulman (1992) die bij psychotraumatische gebeurtenissen in het geding raken (zie 1.4).

Ook de aandachtsgebieden bij crisisbegeleiding aan getroffen van rampen, die naar hun psychotraumatiserende aard parallellen vertonen met de situaties op de Spoedeisende Hulp, ligt in de lijn van Janoff-Bulman (1992) en Dykstra (1990).¹² Dückers en Rooze (2011) onderscheiden

⁹ Hallgrimsdottir (2000) deed literatuuronderzoek en empirisch onderzoek onder 54 SEH-verpleegkundigen in Groot-Brittannië, Redley et al. (2003) deden literatuuronderzoek en empirisch onderzoek onder 84 naasten op een SEH in Australië. Redley en Beanland (2003) stellen dat het onderzoek in *critical care settings* een grote bijdrage heeft geleverd aan inzicht in behoeftes van naasten, maar dat de behoeften-categorieën van Leske (1986) niet zonder meer toepasbaar zijn. Zij stellen dat op de IC sprake is van gediagnosticeerde continue zorg voor kritieke patiënten die vaak al een vorm van behandeling hebben ondergaan, waarbij er een diagnose, behandelplan en enig zicht op de uitkomst daarvan is. De SEH voorziet in kortdurende transferzorg voor een breed scala aan acute (levensbedreigende) aandoeningen waarvoor directe behandeling nodig is, vaak zonder diagnose. Ook voor naasten is situatie anders. Op SEH hebben zij amper voorbereidingstijd, wat de onzekerheid kan vergroten en coping kan bemoeilijken, net als het opbouwen van een relatie met zorgprofessionals en het wennen aan de omgeving. De verblijfsduur bedraagt op de SEH is meestal minuten tot uren en op de IC dagen tot weken. Op IC is er sprake van enige stabiliteit in situatie van patiënt, in tegenstelling tot de SEH. Ook constateren zij dat de dataverzameling in de IC-onderzoeken niet gericht was op de eerste kritieke uren.

¹⁰ Redley et al. (2003) en Hallgrimsdottir (2000) gebruiken dezelfde volgorde van behoeftes: *meaning/reassurance, proximity, communication/information, comfort/convenience* en *support*, hoewel eerstgenoemden niet consistent zijn in de volgorde van uitwerking ervan in hun artikel.

¹¹ Opvallend is dat Dykstra, die deze drie behoeftes samenbrengt in het (theologische) concept van gastvrijheid (*hospitality*), niet zoals bij de biologische en rechtvaardigheidsbehoefte spreekt van *theological needs*, maar van *theological responsibility and risk* (van de geestelijk verzorger). Het is de vraag in hoeverre dit een (expliciete) behoefte van de naaste is. Dit zal ook in het praktijkdeel (deel 2) van dit onderzoek worden verkend.

¹² Een ramp is volgens Dückers en Rooze (2011) een onverwachte, overvallende en ingrijpende gebeurtenis die het voorstellingsvermogen te boven gaat en tot verlies of beschadiging van (onder andere) veiligheid, het sociale netwerk of routines leidt. Kenmerkend is een plotselinge en schokkende inbreuk op iemands geestelijke oriëntatie, die gepaard gaat met een breed

noodhulp, verbinden en zingeving. Noodhulp heeft betrekking op de basisbehoeften van betrokkenen, zoals onderdak, voeding en kleding. Verbinden heeft betrekking op relaties, maar ook op informatieverstrekking. Zingeving gaat over het zoeken naar betekenis in de gebeurtenissen, wat helpt bij het bevatten, aanvaarden en inpassen van de ervaring in het leven. Dit laatste is volgens Dückers en Rooze in de eerste acute fase vooral impliciet aanwezig.

De hiervoor beschreven categorisering van behoeftes van naasten in crisissituaties zijn hieronder in een vergelijkende overzichtstabel (tabel 1.) opgenomen.

Categorisering behoeftes van naasten in literatuur					
Auteur	Leske	Hallgrimsdottir	Redley et al.	Dykstra	Dückers & Rooze
Jaartal	1986	1999	2003	1990	2011
Focus	Intensive Care	Spoedeisende Hulp	Spoedeisende Hulp	Spoedeisende Hulp	rampen
Categorieën	assurance	reassurance	meaning	theological responsibility	zinggeving
	comfort	convenience	comfort	biological Needs	noodhulp
	proximity	proximity	proximity	justice needs	verbinden
	information	information	communication		
	support	support	support		

Tabel 1. Categorisering behoeftes van naasten (bron: eigen overzicht)

Ondanks de verschillende indelingen en benamingen wordt veel overlap zichtbaar. Alle auteurs vragen aandacht voor zowel de fysieke (*comfort, convenience, biological needs, noodhulp*), psychologische (*reassurance, proximity, justice needs, verbinden*) als de sociale behoeftes (*support, justice needs, verbinden*) van naasten. Informatie krijgt in alle indelingen een centrale rol toebedeeld. Ook betekenisgeving heeft overal een plek, al verschilt de mate waarin auteurs dit voortdurende proces een meer psychologische (*reassurance*) of spirituele (*meaning, theological responsibility, zingeving*) dimensie geven.

Naasten hebben volgens Hallgrimsdottir (2000) waarschijnlijk behoeftes in alle hiervoor genoemde categorieën, maar de samenstelling daarvan varieert afhankelijk van de situatie van de patiënt, de kenmerken van de naaste, diens relatie met de patiënt en de zorgomgeving. Diverse auteurs wijzen op de samenhang tussen de verschillende categorieën. Zo meent Hallgrimsdottir (2000) dat nabijheid helpt de ernst van de situatie te duiden maar ook vertroosting geeft, Dykstra (1990) dat het bieden van vertroosting ook als steun kan worden ervaren en Coulter (1989) dat informatie essentieel is voor coping, betekenisgeving en hoop.¹³ Hoewel tabel 1. wellicht anders doet vermoeden, zijn de behoeftes van naasten in de praktijk dus niet strikt te (onder)scheiden. Voor de

spectrum aan emoties: hulpeloosheid, angst, verdriet, nervositeit, verbijstering, verdoofdheid, onverschilligheid, emotionaliteit of agressiviteit (vergelijk Impact op naasten en Reacties van naasten in 1.4). De situatie van naasten op de Spoedeisende Hulp kan derhalve worden gezien als een 'ramp op microschaal'.

¹³ Coulter (1989) voerde onderzoek uit onder naasten van IC-patiënten. Zij onderscheidt de behoefte aan initiële shockverwerking (*experiencing shock*), coping, hoop (*hope*, vergelijkbaar met Leske's *assurance*), informatie (*information*), zelfzorg (*personal needs*, vergelijkbaar met Leske's *comfort*) en sociale steun (*social support*, vergelijkbaar met Leske's *support*). De behoefte aan nabijheid noemt Coulter niet afzonderlijk. De behoefte aan hoop noemt zij de rode draad voor naasten op de Spoedeisende Hulp.

nadere uitwerking van behoeftes van naasten, wordt in dit onderzoek de indeling van Redley uit tabel 1. gebruikt, vanwege de combinatie van specificatie (op de Spoedeisende Hulp) en diversificatie (in vijf categorieën). Elke behoeftencategorie wordt inhoudelijk uitgewerkt aan de hand van een aantal deelaspecten. Dit leidt tot het volgende referentiekader (tabel 2.) voor de beschrijving van de zorg voor behoeftes van naasten op de SEH in 1.6:

Referentiekader uitwerking literatuuronderzoek		
Behoeftencategorie	Deelaspect	Paragraaf
Betekenis	beeldvorming	1.6.1
	zingeving	
	religie	
Nabijheid	reanimatie	1.6.2
	overlijden	
Communicatie	informatie	1.6.3
	betrekking	
	beschikbaarheid	
Comfort	zelfzorg	1.6.4
	troost	
Steun	sociale context	1.6.5
	presentie	
	leiding	

Tabel 2. Referentiekader uitwerking literatuuronderzoek zorg voor naasten op de Spoedeisende Hulp (bron: eigen overzicht)

1.6 Uitvoering: zorg voor naasten

1.6.1 Betekenis

Betekenis (*meaning*) doelt op een categorie die ook wel wordt aangeduid met (*re*)*assurance*, *theological responsibility of* zingeving. Redley et al. (2003) vonden betekenis als belangrijkste behoefte in een onderzoek onder 84 naasten op de Spoedeisende Hulp. Ook verpleegkundigen in het onderzoek van Hallgrimsdottir (2000) scoorden *reassurance* als belangrijkste behoefte van naasten.

Betekenis en informatie

De overdracht van feitelijke informatie (zie ook 1.6.3. Communicatie) speelt volgens alle auteurs een belangrijke rol in het proces van betekenisgeving. Beeldvorming van de situatie, het krijgen van eerlijke antwoorden en de verzekering van goede zorg voor de patiënt worden door alle auteurs gezien als belangrijke manieren om gevoelens van onzekerheid die tot een psychologische crisis kunnen leiden, te verlagen (Coulter 1989; Dykstra 1990; Hallgrimsdottir 2000; Leske 1986; Redley et

al. 2003). Deze 'bevattende' vorm van betekenisgeving geeft Davis (1998) de term *meaning-as-comprehensibility*, kortweg *making sense*.

Betekenis en zingeving¹⁴

Redley et al. (2003) maken de behoefte aan betekenis echter breder dan het verwerven van feitelijke informatie en het ontwikkelen van psychologische copingstrategieën. Zij stellen dat betekenisgeving een centrale rol speelt in theorieën over coping en crisisinterventie, maar een onderbelicht aspect is in de literatuur over naasten in kritieke situaties. Betekenis wordt in dit verband gedefinieerd als "het vinden van betekenis en doel, het overstijgen van de moeilijkheid van de situatie en het bereiken van levenskwaliteit en persoonlijke groei" (Redley et al. 2003, 608). De betekenis die iemand aan de omstandigheden geeft hangt volgens hen samen met spirituele factoren, waarden(conflicten), interpretaties en religieuze overtuigingen. Deze visie sluit aan bij Janoff-Bulman (1992), die het ontstaan van psychotrauma direct verbindt met de verstoring van basale levensovertuigingen (zie ook 1.4 Impact op naasten). Coulter (1989), die het begrip 'hoop' introduceert als verbindende schakel tussen informatie en coping, concludeert dat als de specifieke hoop (*particularized hope*) op medisch herstel niet meer aan de orde is, naasten zoeken naar hoop op een meer generiek niveau (*generalized hope*), zoals een goede dood en religieuze en spirituele rust voor de dierbare. Deze ruimere vorm van betekenisgeving duidt Davis (1998) met de term *meaning-as-significance*, kortweg *benefit finding*. Dückers en Rooze (2011) en Dykstra (1990), die spreken vanuit het domein van geestelijke verzorging, stellen dat deze vorm van betekenisgeving ('zingeving', *theological responsibility*) doorgaans pas in een later stadium expliciet aan de orde komt, maar impliciet al aanwezig is in de crisisfase. Dykstra vraagt aandacht voor het (behoedzaam) verkennen van het existentiële referentiekader van de naaste in de crisisfase.

Betekenis en religie¹⁵

Het verband tussen de behoefte van naasten aan betekenisgeving, en religie -dat een betekenisstelsel biedt- wordt door auteurs verschillend gezien. Coulter (1989) geeft 'spirituele en religieuze vrede voor de dierbare' als voorbeeld van de transcendente vorm van hoop waar naasten naar zoeken als alle hoop op concreet herstel vervlogen is. Tegelijkertijd constateert zij dat de persoonlijke behoeftes van de naaste zelf, waar zij diens *religious and spiritual needs* onder categoriseert, lage prioriteit heeft. Tye (1993) noemt religieuze rituelen na overlijden als aandachtspunt en verpleegkundigen in zijn onderzoek scoren 'het respecteren van verschillende

¹⁴ Zingeving, betekenisgeving, spiritualiteit en religie zijn meerdubbel uitlegbare begrippen die bovendien niet geheel los van elkaar staan. In dit onderzoek wordt onder zin- of betekenisgeving verstaan: de voor de persoon geloofwaardige interpretatie van de oorzaak, aard en consequenties van de feitelijke omstandigheden. Deze zingeving komt voort uit de eigen spiritualiteit, waarmee hier de eigen grondhouding ten opzichte van het leven wordt verstaan (dit impliceert dat ieder mens zijn eigen spiritualiteit heeft, onafhankelijk van het (a-)religieuze karakter daarvan). Religie verwijst in dit onderzoek naar de godsdienstige betekenisstelsels die bronnen van de eigen spiritualiteit (en daarmee zin- of betekenisgeving) kunnen zijn. Godsdienst verwijst naar de zichtbare uitingsvormen van religie. Geestelijke verzorging wordt in Angelsaksische landen zowel aangeduid als *spiritual care*, hetgeen het niet strikt-religieuze karakter benadrukt, maar er wordt ook gesproken van *chaplaincy* (*chaplain* verwijst naar de kerkelijke functie van kapelaan), dat net als het aanbod van *religious services* en *religious rituals* verwijst naar de religieuze oorsprong van dit vakgebied.

¹⁵ Zie voetnoot 18.

gebruiken na overlijden' ook hoog. In het onderzoek van Redley en Beanland (2003) wordt 'geïnformeerd worden over religieuze diensten' door naasten zelf laag gescoord in termen van behulpzaamheid. Redley (2003) verwijst naar spirituele factoren en religieuze overtuigingen als bronnen van betekenisgeving, die volgens haar in literatuur veelal on(der)gewaardeerd blijven. Ook Dykstra (1990) meent dat het verkennen van de religieuze betekenisgeving en bronnen van de naaste behulpzaam kan zijn in een crisissituatie op de Spoedeisende Hulp, die hij een "clearly theological nature" (132-133) toeschrijft. Een voorzichtige aanpak is daarbij in deze heikele situatie essentieel, zoals dat volgens Dückers en Rooze (2011) ook bij rampen het geval is. Dückers en Rooze benadrukken ook de positieve bijdrage van symbolen en rituelen aan de crisisverwerking.

1.6.2 Nabijheid

Nabijheid (*proximity*, ook wel *justice needs* of 'verbinden') heeft betrekking op de mogelijkheid voor naasten om in situaties van (dreigend) acuut verlies hun dierbare fysiek nabij te zijn. Dit is van groot belang voor naasten, ter ondersteuning van de patiënt, ter eigen geruststelling, om de ernst van de situatie te kunnen inschatten en om het dreigende verlies stapsgewijs te conceptualiseren (Davies 1997; Hallgrimsdottir 2000; Leske 1986; Redley et al. 2003).

Nabijheid tijdens reanimatie

Een controversieel en veelvuldig onderzocht onderwerp in dit verband is de aanwezigheid van naasten tijdens reanimaties en invasieve handelingen.¹⁶ Naasten zelf zijn hierover vrij eenduidig: zij wensen de mogelijkheid te krijgen om aanwezig te zijn bij de reanimatie van hun dierbare en de meerderheid van de naasten kiest daar vervolgens ook daadwerkelijk voor. Aanwezigheid ervaren zij als behulpzaam voor zowel het eigen coping- en rouwproces als voor het welzijn van de patiënt (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Egging 2009; Hallgrimsdottir 2000; Twibell et al. 2015).

Ook auteurs pleiten voor de aanwezigheid van naasten bij reanimaties. Aanwezigheid van naasten verkleint volgens hen de kans op de perceptie van een vermijdbaar geachte dood, die kan leiden tot woede en beschuldigingen aan de overledene, zichzelf of de medische staf, en zo het verwerkingsproces kan belemmeren (Davies 1997; Hallgrimsdottir 2000; Van der Wedden 2008). Van der Wedden spreekt in dit verband van "reanimatie als een (latent) stervensritueel" (2008, 8). Er is volgens Egging (2009) en Twibell et al. (2015) weinig tot geen bewijs dat aanwezigheid van naasten nadelig is voor de naaste zelf, de patiënt of de medische staf, en er zijn onderzoeken die aantonen dat de aanwezigheid van naasten geen belemmering vormt voor de zorg aan de patiënt tijdens reanimatie of invasieve procedure.

¹⁶ Een medische handeling waarbij sprake is van het binnendringen van het lichaam, door snijden of prikken in de huid of door het inbrengen van instrumenten in het lichaam. In sommige onderzoeken zijn reanimatie en invasieve handelingen gelijktijdig onderzocht, in andere is alleen gekeken naar reanimatiesituaties. Uitkomsten komen overeen, waarbij de weerstand van zorgprofessionals om naasten bij invasieve handelingen aanwezig te laten zijn wel hoger is dan bij reanimaties (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Twibell et al. 2015).

Zorgprofessionals staan echter ambivalenter tegenover de aanwezigheid van naasten bij reanimaties en invasieve handelingen. Zij zien voordelen in de wijze waarop aanwezigheid van naasten bijdraagt aan hun acceptatie van het verlies, het voorkomen van juridische claims, de erkenning van de humaniteit van de patiënt en de verbetering van de communicatie binnen het zorgteam. Tegelijkertijd vrezen verpleegkundigen de invloed van aanwezige naasten op de prestaties van het medische team, agressieve reacties, beperking in opleidingshandelingen, het gebrek aan begeleidingsmogelijkheden en fysieke ruimte voor de naaste, juridische claims door onbegrip en een negatieve psychologische impact van het reanimatieproces op de naaste. Zorgprofessionals lijken een sterkere nadruk te leggen op de nadelen, al hangt dit af van functie, leeftijd, ervaring, zorgattitude en afdelingscultuur (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Egging 2009; Hallgrimsdottir 2000; Köberich et al. 2010; Twibell et al. 2015; Walker 2007).¹⁷

De ontvankelijkheid van zorgprofessionals voor de aanwezigheid van naasten bij de reanimatie neemt toe als er een gestructureerd begeleidingsprogramma is voor naasten, door een professional die daarvoor de tijd, aandacht en kennis van zaken heeft. Ook opleiding en training, opgedane ervaring, onderbouwing door onderzoek en richtlijnen dragen bij aan de acceptatie (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Egging 2009; Hallgrimsdottir 2000; Köberich et al. 2010; Walker 2007). Zorgprofessionals hechten er wel belang aan dat zij in individuele situaties steeds de zeggenschap behouden over het al dan niet toelaten van naasten bij reanimaties (Auerbach 2005; Egging 2009; Hallgrimsdottir 2000; Köberich et al. 2010).¹⁸

Wanneer naasten nauw betrokken (getuige) waren bij de reanimatiepogingen voorafgaand aan de opname op de Spoedeisende Hulp, en de zorgprofessionals aldaar niet openstaan voor de aanwezigheid van naasten bij reanimaties, ervaren naasten een plotselinge overgang van (de door hen gewenste) nabijheid naar 'professionele' afstand (Walker 2007; Weslien et al. 2005).

Nabijheid na overlijden

Ook nadat de dierbare is overleden overheerst onder naasten de behoefte aan nabijheid (Tye 1993; Redley et al. 2003). Die confrontatie met de overledene moet volgens auteurs ook actief worden aangemoedigd, want zij bevestigt de realiteit van de situatie, helpt zo ontkenning en irreële ingebeelde angsten los te laten en geeft gelegenheid tot *closure* door alsnog afscheid te kunnen nemen van de dierbare (Davies 1997; Dimond 1995; Tye 1993). Ook de SEH-verpleegkundigen in het onderzoek van Tye (1993) zien nabijheid bij de overledene als een belangrijke behoefte van naasten. Zij verschillen echter van mening over het belang en de wenselijkheid van het zien van het lichaam.

¹⁷ Verpleegkundigen staan meer open voor aanwezigheid van naasten dan artsen, net als ervaren zorgprofessionals, zowel in leeftijd als in ervaring met de aanwezigheid van naasten (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Walker 2007). Afdelingscultuur speelt daarin een rol: zorgprofessionals met een 'holistisch' of 'tweeledig' (in de zin van zowel oog hebbend voor patiënt als zijn omgeving) perspectief staan positiever tegenover de aanwezigheid van naasten dan collega's met een 'overlevingsperspectief' die sterk medisch-technisch georiënteerd zijn. Het primaat van een holistische visie is vaak het gevolg van het persoonlijke missiewerk van een zorgprofessional of geestelijk verzorger (Walker 2007).

¹⁸ De richtlijn van de Emergency Nurses Association (USA) stelt bijvoorbeeld dat aan 'gepaste' naasten (zijnde niet agressief, emotioneel ongecontroleerd, of onder invloed) de optie geboden zou moeten worden om bij reanimatie en invasieve handelingen aanwezig te zijn, omdat dit bevorderlijk is voor hun welzijn. De richtlijn biedt echter nadrukkelijk ruimte voor individuele inschattingen van zorgprofessionals over het toelaten van naasten.

Dimond (1995), die onderzocht hoe de formele procedures rondom een plotseling sterven op de SEH naasten raken, wijst op de complicaties die autopsie en een geschonden lichaam kunnen geven in het verwerkingsproces. Hierdoor kunnen naasten geen laatste eer bewijzen aan hun overleden dierbare. Anderzijds zijn er ook situaties waarin het volgens Dimond juist niet wenselijk is de patiënt in een bepaalde staat te zien. Sensitiviteit van de betrokken zorgprofessionals en richtlijnen hiervoor zijn volgens hem noodzakelijk.

1.6.3 Communicatie

Communicatie (ook wel *information, justice needs* of 'verbinden') heeft betrekking op beschikbaarheid en kwaliteit van zowel de inhoud als het proces van informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en naasten tijdens hun aanwezigheid op de Spoedeisende Hulp.

Communicatie en informatie

De behoefte aan informatie is de meest erkende behoefte van naasten in de literatuur (Redley et al. 2003). Initiële en frequente informatie en uitleg over de medische inspanningen en (veranderingen in) de conditie van de patiënt helpt naasten realistische verwachtingen te vormen en vermindert zo stress, angst en verwarring (Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003). Ganzevoort (2005) stelt dat (cognitief) begrip bij ingrijpende gebeurtenissen bijdraagt aan grip op de overweldiging die uitgaat van die omstandigheden. Informatie is zo nauw verbonden met betekenisgeving (zie ook 1.6.1). Verpleegkundigen in het onderzoek van Hallgrimsdottir (2000) erkennen het belang van adequate informatieverstrekking aan naasten over de medische conditie van de patiënt, maar voelen zich hierin belemmerd door onvoldoende duidelijkheid over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen henzelf en de artsen op de Spoedeisende Hulp.

Communicatie en betrekking

Redley et al. (2003) wijzen met de verbreding van 'informatie' naar 'communicatie' op het belang van het relationele aspect van informatie-overdracht. De plaats en wijze waarop het bericht van overlijden wordt gecommuniceerd is in de beleving van naasten zeer bepalend en lijkt ook langetermijneffecten te hebben (Davies 1997; Tye 1993). Verpleegkundigen hebben de neiging hun eigen geraaktheid buiten beschouwing te laten in het contact met naasten bij situaties van acuut verlies, omdat zij de behulpzaamheid daarvan laag inschatten. Naasten ervaren een te grote zakelijkheid in de communicatie echter als aanstootgevend, en wensen niet alleen heldere, maar ook betrokken (lichaams)taal als vorm van respect en steun (Tye 1993, 1995).

Communicatie en beschikbaarheid

Dykstra (1990) bepleit dat de naaste, die zich in een "verbijsterende" (1990, 8) wereld begeeft, het morele recht heeft om actief geïnformeerd, geraadpleegd en begeleid te worden. Ook de positieve

invloed die initiële interventie kan hebben op het verwerkingsproces en daarmee op de mentale en fysieke gezondheid van naasten, rechtvaardigt de begeleiding van naasten in situaties van (dreigend) acuut verlies (Davies 1997; Redley et al. 2003; Tye 1993). In het onderzoek van Redley et al. (2003) gaf 91 procent van de ondervraagde naasten aan het (zeer) belangrijk te vinden dat zij bij aankomst op de SEH ontvangen werden door een zorgprofessional die hen informatie kon geven over de toestand van hun dierbare. Dit was echter slechts voor 37 procent van hen het geval. De permanente beschikbaarheid van een competente begeleider is bovendien een belangrijke voorwaarde voor het toelaten van naasten bij reanimaties door de betrokken zorgprofessionals (Egging 2009). Ook na het overlijden van de patiënt is de aanwezigheid van een begeleider van belang voor naasten, aangezien zij volgens Tye (1993) een sterke behoefte hebben om alles tot in detail te weten te komen. Tegelijkertijd zijn naasten door de shock vaak niet in staat informatie (juist) te kunnen ontvangen, waardoor herhaling belangrijk is. Dit vraagt om een begeleider die tijd heeft - en neemt - voor uitleg, maar ook voor momenten van stilte en het luisterend ontvangen van wat naasten willen delen over de dierbare (Davies 1997; Tye 1993; Van Remmerden 2012).

De begeleiding van naasten in situaties van (dreigend) acuut verlies ligt in eerste instantie bij verpleegkundigen, vanwege hun centrale positie in het zorgproces (Ekwall, Gerdtz en Manias 2008; Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003; Tye 1993, 1995; Van Schrojenstein Lantman 2007). Verpleegkundigen ervaren de zorg voor de naasten van de patiënt in situaties van (dreigend) acuut verlies ook primair als hun verantwoordelijkheid, maar zijn in hun eigen beleving in de praktijk onvoldoende in staat om hieraan invulling te geven. Redenen hiervoor zijn formatiegebrek en werkdruk, onvoldoende voorbereiding en toerusting op deze taak, een onduidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden, en gebrek aan (emotionele) ondersteuning. (Boudreaux, Francis en Loyacano 2002; Egging 2009; Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003; Tye 1993, 1995).

1.6.4 Comfort

Comfort (ook wel *convenience*, *biological needs* of 'noodhulp') heeft betrekking op de zorg voor de (fysieke) behoeftes van de naaste zelf. Het gaat om de behoefte aan voeding, rust, het uiten van emoties, privacy en de beschikbaarheid van faciliteiten daarvoor zoals een keuken, toilet, een afgezonderde (rust)ruimte en een telefoon.

Comfort en zelfzorg

In situaties van (dreigend) acuut verlies van een dierbare staat zorg voor de eigen behoeftes van de naaste onder druk, enerzijds omdat naasten door de toestand van shock vaak niet goed in staat zijn te vragen wat zij nodig hebben, anderzijds omdat zij hun eigen behoeftes in kritieke situaties ondergeschikt maken aan de patiënt-georiënteerde behoeftes (Coulter 1989; Hallgrimsdottir 2000; Redley 2003; Tye 1993). Tye (1993) wijst daarbij wel op studies die aantonen dat naasten zelf deze vorm van praktische steun hogelijk waarderen, als deze geboden wordt.

Comfort en troost

Comfort is een tweeduidig begrip dat in het Engels naast 'gemak' (zoals dit woord ook in het Nederlands gebruikt wordt) ook 'vertroosting' (*to comfort*; troosten) betekent. Dykstra (1990) verbindt deze biologisch-praktische en psychologisch-existentiële betekenissen aan elkaar door te stellen dat het geven van een glas water of kop koffie gastvrijheid representeert, ruimte voor privacy de naaste beschutting geeft, een zakdoek reiniging brengt en een bed of aandacht voor de ademhaling de naaste tot rust brengt.¹⁹ Davies (1997) en Tye (1993) stellen dat een aparte fysieke plek voor naasten bij acuut verlies ook figuurlijk 'ruimte' scheidt voor uitingen van verdriet, affectie en stilte. Volgens Redley et al. (2003) versterkt praktische verzorging bij de naaste het gevoel ertoe te doen, hetgeen ontspannend werkt. Ook Dückers en Rooze (2011) verbinden zorg voor de praktische levensvoorwaarden van de getroffene ('noodhulp') aan het herstel van diens basale veiligheid. In de lijn van Janoff-Bulman (1992) kan deze concrete vorm van zorg voor de naaste gezien worden als een poging om de kans op psychotrauma te verkleinen door herstel van de geschade overtuiging dat de wereld een veilige plek is (zie ook 1.4 Impact op naasten).

1.6.5 Steun

Steun (*support, justice needs* of 'verbinden') is een breed begrip, waaronder auteurs sociale, emotionele en instrumentele steun aan naasten verstaan. De nadruk lijkt echter te liggen op de sociaal-emotionele ondersteuning, omdat instrumentele steun aan de naaste meestal tot de hiervoor (1.6.4) beschreven behoefte aan comfort wordt gerekend.

Steun en sociale context

In Redleys onderzoek (Redley et al. 2003) scoorden naasten deze 'eigen' behoefte aan steun niet hoog, hetgeen volgens haar in tegenstelling is tot uitkomsten van veel andere onderzoeken. In tijden van stress wordt voor steun vooral een beroep gedaan op bekende sociale contacten, zoals familie en vrienden. (Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003). Aanwezige familie of vrienden kunnen de situatie van de 'meest nabije' naaste verlichten, maar ook verzwaren. Aanwezigheid van adequate steun door andere naasten, vermindert bovendien mogelijk het beroep dat gedaan wordt op zorgprofessionals (Redley et al. 2003).

¹⁹ De categorie *comfort* richt zich op het voorkomen en wegnemen van *discomfort* ('ongemak'). Dit op het gemak stellen van de naasten noemt Dykstra (1990) *hospitality*. De begeleider helpt de naaste letterlijk, en daarmee figuurlijk aan te komen en zich 'thuis' te voelen temidden van zijn ontheemding. Etymologisch komt het verband tussen de praktische en emotionele dimensie van troosten tot uiting in de vele werkwoordsynoniemen hiervoor: steunen (bij isolement), verlichting brengen (bij bezwaardheid), opbeuren (bij teneergeslagenheid), bemoedigen (bij hopeloosheid), sterken (bij zwakheid), verkwikken (bij bedomptheid), opvrolijken (bij verdriet), aansporen (bij inertie), animeren (bij verveling), geruststellen (bij onrust), het bieden van verademing (bij benauwing), verzachting (bij verkramping) en houvast (bij ontheemding). Troosten is dus een activiteit die weer verbinding wil brengen tussen de naaste zelf, de omstandigheden en bronnen van kracht. Dat dit als een tastbare 'religieuze' (*re-ligare*: herverbinden) en 'spirituele' (*spiritus*: geestkracht) activiteit gezien kan worden, blijkt niet alleen uit de woordverwantschap, maar ook uit de belangrijke positie van troost in de Christelijke theologische traditie. Een van de Bijbelse aanduidingen van de Heilige Geest is de Trooster (NBG 1951, Joh. 16:7), in het Engels *Comforter* (American Standard Version, John. 16:7).

Steun en presentie

Hoewel andere naasten dus de primaire bron van sociale steun zijn, kan ook een daarvoor toegewezen zorgprofessional daarin een belangrijke rol spelen (Hallgrimsdottir 2000; Redley et al. 2003). Allereerst door het faciliteren van sociale steun rond de naaste, in de vorm van het helpen leggen van relationele verbindingen (Dückers en Rooze 2011). De begeleider kan ook zelf de bron van sociale steun zijn. Dat vereist volgens Tye (1993) dat de begeleider competent handelt vanuit rust, vertrouwen en kennis van zaken. Davies (1997) stelt dat begeleiding bij acuut verlies van begeleiders vraagt dat zij vanuit begrip en respect met extreme en schijnbaar ongepaste reacties van naasten kunnen omgaan zonder ze te willen 'wegnemen'. Ook emotionele terugtrekking van de naaste vormt volgens haar een uitdaging, omdat dit bij de begeleider gevoelens van zelftwijfel, kwetsbaarheid, incompetentie en afwijzing kan oproepen. Deze inschatting is overigens meestal inadequaat, omdat rouwendenden weliswaar verlangen naar stilte en ontsnapping aan het verbale appèl, maar zich wel iemand wensen die de situatie kent en bij hen blijft, zodat zij verbinding kunnen zoeken hun eenzaamheid en verlatenheid (Davies 1997). Presentie als vorm van steun, voorkomt niet alleen verdere isolatie, maar geeft ook bevestiging dat de naaste zichzelf mag zijn in gevoel en gedrag. Pauzes in de aanwezigheid zijn daarbij zowel voor de naaste als de begeleider behulpzaam en noodzakelijk (Davies 1997; Redley en Beanland 2003).

Steun en leiding

Naast present beschikbaar zijn en helpen 'verdragen' kan sociaal-emotionele steun ook de vorm aannemen van leiding. Acuu verlies zorgt, zoals eerder beschreven, voor een verlamme shock, waardoor naasten vaak niet in staat zijn te vragen wat ze nodig hebben of te horen wat gezegd wordt (Davies 1997; Tye 1993; Van Remmerden 2012). Ook zijn naasten vaak niet bekend met de gang van zaken op een Spoedeisende Hulp (Hallgrimsdottir 2000). Coulter (1989) vond in haar onderzoek onder naasten op de IC een duidelijke behoefte aan leiding (*guidance*) bij naasten. Ook Dykstra (1990) wijst met zijn *justice needs* op het belang om de naaste gidsend te helpen zijn weg te vinden in diens onrechtvaardige positie, te midden van de ontwrichtende en onbekende omstandigheden. In de artikelen van Redley et al. (2003) en Hallgrimsdottir (2000) komt het leidende aspect in de begeleiding op de Spoedeisende Hulp minder aan de orde. Hallgrimsdottir noemt onder 'steun' wel hulp bij besluitvorming. Dit is wat Dücker en Rooze (2011) 'waarderende steun' noemen: informatieverschaffing die bijdraagt aan het zelfbewustzijn van de naaste door bevestiging, constructieve feedback en vergelijking met anderen. Bij deze vorm van steun speelt informatie een belangrijke rol.

1.7 Competentie: eisen aan de begeleiding

Overtuigend, competent en vertrouwenwekkend optreden is volgens Coulter (1989) een essentiële voorwaarde voor het ontstaan van een vruchtbare begeleidingsrelatie met naasten in kritieke situaties. Ook begeleiding van naasten na acuut verlies vraagt volgens diverse auteurs specifieke expertise, zoals psychosociale en communicatieve vaardigheden, kennis van rouwprocessen, flexibiliteit, sensitiviteit en professioneel zelfbewustzijn door inzicht in de eigen houding ten opzichte van sterven en dood (Davies 1997; Dimond 1995; Redley et al. 2003; Tye 1995). Tye (1995) en Redley et al. (2003) benadrukken het belang van de snelle en ruime beschikbaarheid van de begeleider voor naasten bij (dreigend) acuut verlies. Ook voor zorgprofessionals is de combinatie van professionaliteit en kennis van zaken en permanente beschikbaarheid van de begeleider een voorwaarde om positief te staan tegenover de aanwezigheid van naasten bij reanimatie (Egging 2009). De begeleiding van naasten vraagt dus om de snelle en ruime beschikbaarheid van een competente begeleider, die zich bewust is van zijn rol en taak en aansluiting vindt bij de naaste.

1.8 Continuïteit: nazorg, evaluatie en zelfzorg

De kwaliteit van de begeleiding bij situaties van (dreigend) acuut verlies wordt niet alleen bepaald door de mate van aansluiting bij de hiervoor beschreven behoeftes van naasten, maar ook door de wijze waarop in de continuïteit ervan is voorzien.

In diverse onderzoeken blijkt dat SEH-verpleegkundigen weinig tot geen feedback van collega's en naasten ontvangen over de kwaliteit van hun handelen in de begeleiding van naasten. Dit beperkt het lerend vermogen (Hallgrimsdottir 2000; Redley en Beanland 2003; Tye 1995). Nazorgprogramma's zijn geen gangbaar fenomeen op afdelingen Spoedeisende Hulp in Europa (Davies 1997; Hallgrimsdottir 2000; Tye 1993). Het benaderen van naasten, enige tijd na de begeleiding op de Spoedeisende Hulp, associëren verpleegkundigen in het onderzoek van Tye (1993) met opdringerigheid en het ophalen van pijnlijke herinneringen. Hij verwijst echter naar positieve ervaringen in de Verenigde Staten, waar dergelijke follow-up-programma's gemeengoed zijn. Dit sluit aan bij Davies (1997), die positieve ervaringen optekent met telefonisch nazorgcontact tussen de betrokken SEH-verpleegkundige en naaste binnen enkele dagen na opname. Ook Redley et al. (2003) noemen opvallend positieve reacties van naasten op het feit dat zij gevraagd werden naar hun ervaringen op de Spoedeisende Hulp. Hallgrimsdottir (2000) benadrukt dat (ook) voor nazorg het toewijzen van een vast aanspreekpunt belangrijk is.

Ook voor de betrokken begeleider zelf kan er behoefte zijn aan zorg. Dykstra (1990) stelt dat de confrontatie met een mens in crisis ook existentiële impact betekent op het mens-zijn van de professioneel begeleider. SEH-Verpleegkundigen in het onderzoek van Hallgrimsdottir (2000) ervaren de begeleiding van naasten in situaties van acuut verlies als een emotioneel veeleisende taak. Gebrek aan emotionele ondersteuning vanuit de organisatie voor henzelf, beïnvloedt hun

betrokkenheid op de zorg voor naasten negatief. Davies (1997) stelt dat het nazorgcontact met de naaste ook voor de verwerking van de betrokken begeleider zelf een positieve uitwerking heeft.

1.9 Resumé en vooruitblik

In dit deel is beschreven met welke omstandigheden naasten in situaties van (dreigend) acuut verlies op de afdeling Spoedeisende Hulp worden geconfronteerd, wat hun behoeftes zijn en waaraan adequate begeleiding van naasten moet voldoen. Om te onderzoeken hoe de begeleiding die geestelijk verzorgers in de praktijk aan naasten bieden daarop aansluit, hanteert het praktijkonderzoek (deel 2) de belangrijkste theoretische noties uit dit deel als richtsnoer. In het literatuuronderzoek zijn de volgende aspecten van de begeleiding aan de orde geweest:

1. Context de afdeling Spoedeisende Hulp
2. Positie betrokkenheid van naasten
3. Gevolgen impact en reacties bij naasten
4. Focus behoeftes van naasten
5. Uitvoering zorg voor naasten
6. Competentie eisen aan de begeleiding
7. Continuïteit nazorg, evaluatie en zelfzorg

Omdat de nadruk in dit onderzoek ligt op de concrete rolinvulling van de geestelijk verzorger tijdens de daadwerkelijke begeleiding bij situaties van (dreigend) acuut verlies, ligt het zwaartepunt van het praktijkonderzoek in deel 2. van dit rapport bij onderdeel 5. (Uitvoering). Daarbinnen staan de in onderdeel 4. (Focus) geïdentificeerde behoeftencategorieën van naasten centraal, met de deelaspecten als inhoudelijke aandachtspunten (tabel 3):

Onderzoekskader praktijkonderzoek		
nr.	Behoeftencategorie	Deelaspect
1	Betekenis	Belang van beeldvorming
		Belang van zingeving
		Belang van religie
2	Nabijheid	Belang tijdens reanimatie
		Belang na overlijden
3	Communicatie	Belang van informatie
		Belang van betrekking
		Belang van beschikbaarheid
4	Comfort	Belang van zelfzorg
		Belang van troost
5	Steun	Belang van sociale context
		Belang van presentie
		Belang van leiding

Tabel 3. Referentiekader praktijkonderzoek op basis van literatuurstudie (bron: eigen overzicht)

Om een totaalbeeld te schetsen van de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp door geestelijke verzorging, wordt naast de uitvoering ook de inbedding ervan onderzocht. Dit gebeurt door –zij het minder diepgaand- aandacht te besteden aan de meer randvoorwaardelijke onderdelen Context (1.), Positie (2.), Gevolgen (3.), Competentie (6.) en Continuïteit (7.)



Deel 2 Geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp

2.1 Inhoud en methodiek

Inhoud

In het vorige deel is vanuit het literatuuronderzoek betoogd dat begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp in situaties van (dreigend) acuut verlies, legitiem is. Ook werd beschreven welke behoeften in deze situaties bij naasten aan de orde zijn en hoe de begeleider daarin kan voorzien.

In dit tweede deel wordt, gebruikmakend van de theoretische noties, onderzocht welke rol geestelijk verzorgers in Nederlandse ziekenhuizen spelen bij de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp. Deel 2 schetst eerst de context, door een beschrijving en analyse van de rol die geestelijk verzorgers in Nederlandse ziekenhuizen spelen in de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp (2.2). Na een uiteenzetting van de positie van naasten op de Spoedeisende Hulp (2.3) en de gevolgen van (dreigend) acuut verlies voor hen (2.4), volgt het kernstuk van dit onderzoek: de analyse van de invulling van de begeleiding door geestelijk verzorgers in de praktijk, aan de hand van de behoeftencategorieën (2.5 en 2.6). De praktijksituatie wordt steeds in verband gebracht met de bevindingen uit het literatuuronderzoek in deel 1. Het onderwerp 'competenties' uit deel 1 zit binnen deel 2 verweven in alle thema's en wordt daarom niet apart behandeld. Wel wordt dit onderwerp in deel 3 weer uitgelicht. Deel 2 rondt af met een analyse van de continuïteitsaspecten nazorg, evaluatie en zelfzorg (2.7). Daarmee ontstaat in het resumé (2.8) een totaalbeeld van zowel de inbedding als de uitvoering van de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp door geestelijke verzorging, gevolgd door een vooruitblik naar het derde en laatste deel van dit onderzoek.

Methodiek

Voor een indruk van de wijze waarop geestelijk verzorgers in Nederland betrokken zijn bij de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp is een selectie gemaakt van negen ziekenhuizen verspreid over Nederland, bestaande uit drie algemene, drie topklinische en drie academische ziekenhuizen.²⁰ De teams geestelijke verzorging van deze ziekenhuizen zijn benaderend voor een kort telefonisch interview met een ter zake kundige geestelijk verzorger over de status van de begeleiding aldaar (zie bijlage 1. respondenten). Na afloop van het telefonische interview is aan de respondent ter controle een korte mondelinge samenvatting van de gespreksinhoud gegeven.

Voor het vervolgonderzoek naar de specifieke rolinvulling door geestelijk verzorgers in concrete gevallen van (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp, zijn uit de negen geraadpleegde ziekenhuizen de instellingen met een actieve (structurele of proefondervindelijke)

²⁰ Vanuit het eerdere stage-onderzoek was ZGT Almelo-Hengelo reeds in beeld als ziekenhuis waar onlangs een pilot was uitgevoerd. Daaruit was ook bekend dat het Medisch Centrum Leeuwarden als eerste ziekenhuis in Nederland een structurele en intensieve begeleiding van geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp heeft. Via het werkveld ziekenhuizen van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers (GVVZ) bleek dat ook de geestelijk verzorgers van het Westfries Gasthuis in Hoorn intensief begeleiden op de SEH en dat in Isala Zwolle op dat moment een pilot in uitvoering was. Via de onderzoeksbegeleider bleek dat het RadboudUMC onderzocht hoe een dergelijke samenwerking op de SEH tot stand kon komen. Ter aanvulling op deze vijf ziekenhuizen zijn nog vier ziekenhuizen benaderd op basis van hun zorgprofiel en geografische spreiding.

begeleidingspraktijk opnieuw benaderd. De teams geestelijke verzorging van deze vijf ziekenhuizen is per e-mail verzocht om een aanvullend face-to-face interview met een ter zake kundige geestelijk verzorger. Alle vijf benaderde teams geestelijke verzorging waren bereid medewerking te verlenen aan het onderzoek. In totaal zijn tien geestelijk verzorgers van deze vijf ziekenhuizen geïnterviewd. Daarnaast zijn ter aanvulling vijf SEH-verpleegkundigen (van twee van de betrokken ziekenhuizen) bevraagd. De respondenten (bijlage 1.) zijn door deze teams zelf aangedragen op basis van hun kennis en ervaring met het onderwerp. Deze te interviewen functionarissen zijn, soms via hun leidinggevende, vooraf per email door de onderzoeker geïnformeerd over het doel, de opzet en de verwachte duur van het interview, zodat zij zich konden voorbereiden. Dit vermindert één van de nadelen van interviews, namelijk de beperkte bedenktijd voor respondenten (Baarda 2014).

Er is gekozen voor deze vorm van kwalitatief onderzoek omdat er weinig bekend was over de wijze waarop het onderzoeksonderwerp in de praktijk vorm krijgt. Interviews leveren waardevolle informatie over de werkwijze in de praktijk, bieden de mogelijkheid om door te vragen en te controleren, zijn respondentvriendelijk en hebben een hoge respons (Baarda 2014). Tegelijkertijd vroeg de veelzijdigheid van het onderzoeksthema om beperking van de focus. Daarom zijn de interviews uitgevoerd aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst (Yin 2003) met thema's gebaseerd op bevindingen uit het literatuuronderzoek (zie 1.9). Thema's die aan de orde kwamen betroffen organisatie, alarmering, rolinvulling en positionering, competenties, behoeftes van naasten, relatie met zorgprofessionals, zingeving, nazorg, evaluatie en zelfzorg. De vragenlijsten (bijlage 2.) voor geestelijk verzorgers en verpleegkundigen kwamen overeen, waarbij geestelijk verzorgers op enkele onderwerpen uitvoeriger zijn bevraagd. Van één van de ziekenhuizen waren al vijf interviews met geestelijk verzorgers en vier met SEH-verpleegkundigen beschikbaar vanuit een eerder door de onderzoeker uitgevoerd (stage)onderzoek binnen de Master Geestelijke Verzorging (maart/april 2016). In juni 2016 zijn nog eens vijf geestelijk verzorgers van de vier overige ziekenhuizen geïnterviewd. Als extra referentie is een SEH-verpleegkundige van het ziekenhuis met de langstlopende begeleidingspraktijk geïnterviewd.

Elke respondent is afzonderlijk geïnterviewd en alle vijftien interviews vonden plaats op de eigen werkplek van de respondent. De interviews met geestelijk verzorgers duurden elk circa anderhalf uur, met verpleegkundigen drie kwartier tot een uur per gesprek. Alle interviews zijn afgenomen door dezelfde onderzoeker, zodat vergelijking optimaal is. Aan het begin van het interview zijn het doel en de opzet van het interview nogmaals toegelicht. Het interview had het karakter van een gesprek, waarin thema's uit het interviewprotocol op natuurlijke wijze aan bod kwamen. Respondenten zijn bevraagd op feiten, maar kregen ook uitgebreid de ruimte om via open vragen de eigen ervaringen en meningen te delen over de thema's. In de eerdere interviews in ZGT Almelo-Hengelo waren die thema's gecentreerd rond concrete cases uit de pilotperiode, maar kwamen in de interviews ook algemene aspecten aan de orde. In de latere interviews lag de nadruk vooral op algemene ervaringen, maar daarin kwamen ook regelmatig voorbeeldsituaties uit de praktijk aan de orde. Generieke thema's kregen hiermee een concrete inkleuring. Ook was er ruimte

voor respondenten om zelf aanvullende thema's aan de orde te stellen (Yin 2003) en aan het einde van het interview toevoegingen, nuances en correcties in te brengen.

De gesprekken zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen in audio. De opnames van de gesprekken zijn in hun geheel schriftelijk uitgewerkt in gespreksverslagen. De antwoordfragmenten zijn vervolgens thematisch geanalyseerd aan de hand van de vooraf vastgestelde categorieën, die gebaseerd waren op de belangrijkste noties uit het theoretisch kader (selectieve codering; Baarda 2014). De data zelf genereerde echter ook nieuwe (sub)categorieën. Dit proces van het verder verfijnen en relateren van de onderwerpen leidde tot een codeboek (bijlage 3.) dat ook de hoofdstructuur vormt van deze rapportage. Na de analyse van de individuele interviews zijn deze vervolgens met elkaar in verband gebracht door onderlinge thematische vergelijking, om zo tot generieke conclusies te komen. Ter aanvulling is gebruik gemaakt van schriftelijke databronnen (zie literatuurlijst), zoals evaluatieverslagen van pilotprojecten en beschikbare protocollen (voorbeeld zie bijlage 4.) voor inzet van geestelijke verzorging op de SEH.

Alle respondenten hebben na afloop van het interview ingestemd met het verzoek hun uitspraken in letterlijke vorm in de onderzoeksrapportage op te mogen nemen ter onderbouwing van de bevindingen. De selectie van die interviewfragmenten is gedaan op basis van representativiteit. Daarbij is steeds rekening gehouden met vertrouwelijkheid van patiëntinformatie. De bronvermelding bij elk citaat correspondeert met de respondentenlijst uit bijlage 1.

2.2 Context: geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp

Het onderstaande overzicht in tabel 4, dat gebaseerd is op de uitkomsten van een eigen inventarisatie, geeft een indruk van de wijze waarop geestelijk verzorgers in Nederland medio 2016 betrokken zijn bij de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp.

Overzicht begeleiding naasten op Spoedeisende Hulp door geestelijke verzorging in Nederlandse ziekenhuizen (mei 2016)			
ziekenhuis	zorgprofiel	status	toelichting
Medisch Centrum Leeuwarden	topklinisch	structureel	Intensieve begeleiding sinds 2003
Westfries Gasthuis Hoorn	algemeen	structureel	Intensieve begeleiding sinds 2014, momenteel heroverweging vanwege beperkte capaciteit
RadboudUMC Nijmegen	academisch	pilot	Pilot in uitvoering, evaluatie in september 2016
ZGT Almelo-Hengelo	algemeen	pilot	Pilot afgerond, structurele voortzetting in besluitvorming
Isala Zwolle	topklinisch	pilot	Pilot afgerond, structurele voortzetting in besluitvorming
Scheper Ziekenhuis Emmen	algemeen	extensief	Incidentele begeleiding op aanvraag vanwege beperkte capaciteit
Rijnstate Arnhem	topklinisch	extensief	Heroverweging van begeleiding na afschaffing 24-uursdienst
UMCG Groningen	academisch	extensief	Incidentele begeleiding op aanvraag vanwege beperkte capaciteit
UMCL Leiden	academisch	extensief	Begeleiding ligt primair bij familiebegeleiders, geestelijke verzorging richt zich op begeleiding vervolgtraject op afdelingen

Tabel 4. Indicatie status begeleiding van naasten op SEH door geestelijke verzorging in Nederland

(bron: eigen overzicht)

Hoewel dit overzicht indicatief is, valt op dat intensiteit van de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp door geestelijke verzorging zeer divers is en in frequentie varieert van incidentele begeleiding van naasten op aanvraag (bijvoorbeeld Scheper Ziekenhuis Emmen; circa 3 à 4 begeleidingen per jaar) tot structurele en intensieve begeleiding volgens protocol (bijvoorbeeld Westfries Gasthuis Hoorn; circa 3 à 4 begeleidingen per week).

Opvallend is verder dat er in de drie geconsulteerde academische ziekenhuizen (nog) geen intensieve vorm van begeleiding door geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp bestaat. Geestelijk verzorgers van ziekenhuizen waar de begeleiding van naasten door geestelijke verzorging extensief is, erkennen het belang van begeleiding van naasten, maar noemen financieel-organisatorische belemmeringen. Ook wordt verwezen naar andere beschikbare vormen van opvang voor naasten op de Spoedeisende Hulp.

Voor een analyse van de wijze de begeleiding door geestelijke verzorging wordt georganiseerd en uitgevoerd, is nader onderzoek gedaan naar de (eerste vijf) ziekenhuizen uit tabel 4. waar sprake is van begeleiding op een structurele - of proefbasis. In alle onderzochte gevallen werkt geestelijke verzorging volgens een bereikbaarheidsdienst, waardoor zij 24 uur per dag oproepbaar en beschikbaar is. Er is gedurende het etmaal sprake van directe (onverwijld) opkomst. Deze is soms gemaximeerd op 30 tot 45 minuten, hetgeen samenhangt met de aanrijtijd buiten kantooruren.

De frequentie van het aantal oproepen lijkt vooral samen te hangen met de standaardisering van de alarmering van geestelijke verzorging. Opvallend is dat de kortdurende pilot in Zwolle (duur: een maand) met gestandaardiseerde oproep meteen eenzelfde oproepfrequentie opleverde als de structurele samenwerking onder dezelfde voorwaarden in Leeuwarden en Hoorn (allen gemiddeld 3 à 4 per week), terwijl het aantal oproepen in langduriger pilots in Nijmegen en Almelo-Hengelo (een half jaar) met alarmering op persoonlijke aanvraag (van een arts of verpleegkundige) duidelijk lager bleef (ca. 3 à 4 per maand). Aangezien de standaardisering betrekking heeft op reanimatie als inzetcriterium voor de begeleiding van naasten, vormen reanimaties het hoofddeel van de inzetten van geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp.

Naast verschillen in het aantal oproepen tussen ziekenhuizen onderling varieert ook de beschikbare capaciteit van de teams geestelijke verzorging voor de begeleiding van naasten, zodat de werklust die deze taak oplevert sterk verschilt. In Hoorn voeren bijvoorbeeld twee geestelijk verzorgers het overgrote deel van de 3 à 4 oproepen per week uit. In Almelo-Hengelo zijn vijf geestelijk verzorgers beschikbaar voor gemiddeld 3 à 4 oproepen per maand.

2.3 Positie: betrokkenheid van naasten

In de interviews wordt door alle respondenten bevestigd dat het huidige zorgparadigma in Nederlandse ziekenhuizen sterk mensgeoriënteerd is. Dit is zichtbaar in vigerende beleidsvisies van de ziekenhuizen waarin de beleving van zowel de patiënt als zijn naasten als criterium voor ‘goede zorg’ wordt gehanteerd. In de visiedocumenten van de betrokken ziekenhuizen komt dit tot uitdrukking in termen als ‘gastvrijheid’, ‘*healing environment*’ en ‘nabijheid op cruciale momenten’.

Respondenten zijn zich ervan bewust dat de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp goed past binnen de huidige managementdoelstellingen. Dit gegeven leidt volgens hen tot (kansen voor) concrete zichtbaarheid en waardering voor geestelijke verzorging binnen de organisatie. In het Westfries Gasthuis in Hoorn werd de vijfsterrenbeoordeling voor gastvrijheid mede behaald door de begeleiding van naasten op de SEH door geestelijke verzorging. Naast vermelding in het juryrapport (Gastvrijheidszorg met sterren 2016) wordt de begeleiding ook in het jaarverslag van het ziekenhuis (Westfries Gasthuis 2015) uitgelicht als *good-practice*. De significante stijging van de klanttevredenheid op de SEH van Medisch Centrum Leeuwarden werd door het personeel toegeschreven aan de begeleiding van naasten door geestelijke verzorging (interview met de onderzoeker, 28 juni 2016).²¹

Ook op de werkvloer wordt het belang van aandacht voor naasten (h)erkend. In de pilotevaluatie in Isala (Rikmenspoel 2016) waarden artsen en verpleegkundigen de toename van kwaliteit van zorg die de begeleiding van naasten bij reanimaties heeft voor zowel de patiënt als de naaste. Ook in de interviews wijzen alle geestelijk verzorgers en verpleegkundigen op de tweeledige bijdrage van begeleiding die in de literatuur voorkomt: patiëntenzorg-technisch en psycho-preventief. Verpleegkundigen spreken uitgebreider over de invloed van naasten op de werkprocessen op de Spoedeisende Hulp. Eén van de verpleegkundigen:

“Patiënt en familie is eigenlijk één, ik vind niet dat je ze los van elkaar kan zien. Soms heb je er werk mee, maar je hebt er ook heel veel gemak van. Patiënten die adequate familie bij zich hebben kun je instrueren, ze ontlasten ons, maar weten ook heel veel van de thuissituatie. Sommige patiënten zijn niet coöperatief. In al die gevallen is familie heel belangrijk.” (vpk3)

Begeleiding van naasten door geestelijke verzorging zorgt volgens alle geïnterviewde verpleegkundigen voor meer rust en ruimte voor patiëntenzorg. Niet alleen de betreffende dierbare en de andere patiënten waarvoor die verpleegkundige tegelijkertijd verantwoordelijk is, profiteren hiervan, ook op de andere aanwezigen op de afdeling heeft dit een positieve uitwerking. Eén van de geestelijk verzorgers (gv1) noemt dit als een van de redenen voor de Spoedeisende Hulp om de

²¹ Ook Weslien et al. (2005) leggen een verband tussen de mate van begeleiding van naasten enerzijds en lagere levels van angst en grotere tevredenheid over de SEH die dat bij hen veroorzaakt anderzijds. Hoewel dat onderzoek geen betrekking had op situaties van (dreigend) acuut verlies, ligt voor de hand dat de ervaringen van naasten met de SEH als eerste contactpunt van het ziekenhuis (mede)bepalend zijn voor de beeldvorming van de kwaliteit van de gehele ziekenhuisorganisatie.

begeleiding van naasten in te voeren: “Men zag ook veel familie die ontredderd is: shock en chaos, huilend en schreeuwend over de gang... Andere patiënten denken ook: wat gebeurt hier allemaal?!”

Geestelijk verzorgers leggen meer nadruk op het belang van de begeleiding voor de naaste zelf. Zij ervaren vanuit taakgericht, humaan en psychotraumatisch oogpunt een verantwoordelijkheid voor de naaste die geconfronteerd wordt met (dreigend) acuut verlies.²² De begeleiding richt zich op het “voorkomen dat een traumatische gebeurtenis een traumatische ervaring wordt”, zoals één van de geestelijk verzorgers (gv7) kernachtig verwoordt. Daarbij wordt door geestelijk verzorgers, en overigens ook door de meeste verpleegkundigen, steeds gewezen op de wetenschappelijke onderbouwing van dat perspectief.

Naast het faciliteren van begeleiding, komt de betrokkenheid van naasten op de Spoedeisende Hulp ook tot uiting in de aanwezigheid van familiekamers aldaar en het principiële toestaan van hun aanwezigheid in de reanimatiekamer.

2.4 Gevolgen: impact en reacties bij naasten

Impact op naasten

De ontwrichtende impact van (dreigend) acuut verlies die in de literatuur wordt beschreven, wordt ook in de praktijk door respondenten herkend. De situatie waarin naasten terechtkomen, betitelen respondenten beeldend als ‘een nachtmerrie’, ‘een horrorfilm’, ‘je wereld stort in’ en ‘onwezenlijk’. Om de toestand van naasten te duiden, vallen regelmatig termen als ‘shock’ of ‘ontreddering’.

Door respondenten worden diverse voorbeelden genoemd die om begeleiding vragen, zoals situaties met meerdere verwante slachtoffers, jonge naasten, ontredderde alleenstaande naasten of de confrontatie met slachtoffers van suïcide. Het protocol van ZGT Almelo-Hengelo (2015) geeft enkele concrete voorbeeldsituaties, zoals acuut levensbedreigende situaties en overlijden van kinderen, grote ongevallen, spanningen en onrust bij naasten of alleenstaande naasten. Volgens de geïnterviewde SEH-verpleegkundigen van ZGT, die de begeleiding naar eigen bevinden inroepen, is het (opvallende) karakter van de individuele reactie van de naaste op (dreigend) acuut verlies een belangrijk criterium om geestelijke verzorging in te roepen. Er is volgens alle geïnterviewde verpleegkundigen en geestelijk verzorgers echter één situatie waarin begeleiding voor naasten per definitie onmisbaar wordt geacht: situaties met jonge slachtoffers. Alle bovengenoemde situaties komen overeen met de situaties die Davies (1997) als vormen van ‘gecompliceerde dood’ beschouwt.

Reacties van naasten

In de interviews wordt bevestigd dat (dreigend) acuut verlies bij naasten afwisselende, heftige emotionele reacties op kan roepen. Deze variëren volgens de respondenten van wezenloosheid, onverschilligheid en rust tot hopeloosheid, paniek, verdriet en woede, schreeuwen en agressie. Ook

²² Taakomschrijvingen van geestelijke verzorging in de ziekenhuizen beschrijven de doelgroep als ‘patiënten en hun naasten’. Deze laatste groep behoort dus expliciet tot de werkingssfeer van geestelijk verzorgers in het ziekenhuis.

het door auteurs individueel geachte karakter van copingstrategieën bij crisis wordt zichtbaar in de praktijk, waar de ondervraagde geestelijk verzorgers en verpleegkundigen grote verschillen ervaren in de reacties van naasten op (dreigend) acuut verlies. Deze diversiteit betreft zowel de reacties van naasten bij de verschillende situaties op de Spoedeisende Hulp onderling, als binnen die situaties. Eén van de geestelijk verzorgers (gv7) over een praktijkcasus:

Met name die broer en zus hadden zoiets van 'wie moeten we bellen?' (...) Moeder had een troostende rol, lette heel erg op hoe het met de anderen ging. Vader was in het begin heel erg van 'nou het is gebeurd', rationeel, later op de avond werd hij emotioneler. Zijn vriendin die hilde heel erg."

Ondanks het voordoen van buitengewone reacties, blijft ook een aanzienlijk deel van de naasten volgens de respondenten beheerst bij (dreigend) acuut verlies. Naast persoonlijkheidskenmerken en eerdere ervaringen met verlies, worden ook (regio)culturele verschillen genoemd als factor die mede bepaalt hoe (on)rustig naasten reageren.

Ook schuldgevoelens bij (dreigend) acuut verlies, waarover Davies (1997) spreekt, komen volgens de meerderheid van de geestelijk verzorgers in de praktijk regelmatig voor bij naasten. Deze schuldgevoelens hebben hoofdzakelijk betrekking op het eigen aandeel van de naaste in het ontstaan van de kritieke toestand, de eigen handelwijze tijdens de calamiteit of de wijze waarop het afscheid (niet) heeft plaatsgevonden. Geestelijk verzorgers reageren op zelftwijfel en zelfverwijt bij naasten door hun schuldgevoelens te erkennen, begrip op te brengen voor de gedane handelingen en de goede intenties daarachter te bevestigen, maar ook de eigen verantwoordelijkheid van de naaste te relativiseren. In twee ziekenhuizen is deze 'geruststellende bemoediging' zelfs een principiële afspraak. Eén van de respondenten (gv2) daarover:

" 'Heb ik het wel goed gedaan, de reanimatie?' Of dan bellen ze hun dochter een dorp verder, in plaats van 112. De afspraak die we hebben gemaakt met andere zorgverleners is: bevestigen. Je gaat niet zeggen dat ze iets fout hebben gedaan, dat kan niet. Je gaat geruststellen: 'U hebt het beste gedaan wat u kon. En daarna is er snel hulp gekomen en het is fantastisch dat u gebeld hebt, dat u daar alleen al op kwam!' In perspectief plaatsen."

Heftige schuldgevoelens kunnen volgens twee respondenten de naaste ook zodanig in beslag nemen, dat het belang van het huidige moment van steun of afscheid van de dierbare hen dreigt te ontgaan. Het aanzetten tot het 'verdagen' van schuldgevoelens door de begeleider kan in die gevallen nodig zijn om latere gevoelens van schuld of spijt te voorkomen.

Naast zelfverwijt kan er ook sprake zijn van verwijten aan zorgprofessionals of aan de dierbare zelf. Van der Wedden (2008) schrijft dat aanwezigheid bij reanimatie de kans daarop verkleint, hetgeen positief aan het verwerkingsproces bijdraagt. De berustende werking die daarvan uitgaat, wordt door alle geïnterviewde geestelijk verzorgers en verpleegkundigen bevestigd. Meerdere

respondenten typeren dit besef van naasten met de uitdrukking ‘dat alles uit de kast is gehaald voor de patiënt’. Twee geestelijk verzorgers beschrijven een situatie waarin de naaste de kritieke patiënt verwijt dat deze hem ‘in de steek laat’. In beide gevallen bood het ventileren van die verwijten door de naaste, ofwel naar de (niet-aanspreekbare) patiënt ofwel naar de geestelijk verzorger, soelaas.

2.5 Focus: behoeften van naasten

Geestelijk verzorgers herkennen de in de literatuur genoemde veelsoortigheid van behoeftes die ontstaan bij naasten, in hun poging zich tot de ingrijpende situatie van (dreigend) acuut verlies te verhouden. In de interviews wordt een breed scala aan verzoeken genoemd die tijdens de begeleiding op de Spoedeisende Hulp passeren: behoefte aan informatie, gesprek, geruststelling, ondersteuning bij praktische problemen, lichamelijke zorg, sociale ondersteuning, rituele begeleiding, bemiddeling bij relationele kwesties en hulp bij het maken van keuzes.

Hallgrimsdottir (2000) meent dat bij elk geval van (dreigend) acuut verlies alle soorten behoeftes aan de orde zijn, maar dat hun onderlinge verhouding afhangt van de situatie van de patiënt, de naaste zelf, hun relatie en de zorgomgeving. Deze gevalsvariatie strookt met de resultaten van de evaluatie van de pilot in ZGT Almelo-Hengelo (Pater 2016), waarin de betrokken geestelijk verzorger en SEH-verpleegkundige op basis van eigen perceptie de verschillende behoeftes bij naasten in zes praktijkcases scoorden. Ook de evaluatie van de pilot in Isala (Rikmenspoel 2016), waarin zestien cases gescoord werden op de rollen die in de begeleiding aan de orde waren, geeft een gedifferentieerd beeld. Respondenten bevestigen eveneens de variëteit in behoeftes van naasten, zowel tussen de verschillende situaties op de SEH onderling, als bij verschillende naasten binnen eenzelfde situatie. Deze wisselen bovendien voortdurend en plotseling. Desondanks spreken twee geestelijk verzorgers wel van een zekere lijn in crisisbegeleiding. Gv4 noemt de volgorde “rust brengen, structuur geven, leiding geven” om tegemoet te komen aan de behoeftes van naasten. Gv1 noemt de volgorde “traumaverwerking, dieptevragen, eventueel inclusief ritueel, praktische vragen”. Toch betekent dit globale verloop volgens beide geenszins voorspelbaarheid. Gv1 benadrukt: “Het vraagt wel een bepaalde flexibiliteit.” Gv4 stelt duidelijk: “Er is geen routine.”

Het gevolg van deze variatie in behoeften bij naasten is volgens geestelijk verzorgers dat de begeleider geconfronteerd wordt met veelsoortige en wisselende taken en rollen. Ondanks discussies over sommige taken, zijn alle geestelijk verzorgers het er uiteindelijk over eens dat een werkzame crisisbegeleiding een ‘totaalpakket’ is. Elke taak levert weliswaar een geheel eigen bijdrage aan herstel, het is volgens respondenten hun samenhang die de werkzaamheid bepaalt. Deze integrale crisisbegeleiding sluit aan bij de constatering uit de literatuur dat behoeftes van naasten niet strikt te scheiden zijn.

2.6 Uitvoering: zorg voor naasten

2.6.1 Betekenis

Beeldvorming

De eerste nadruk voor de naaste bij (dreigend) acuut verlies, ligt volgens alle geestelijk verzorgers op grip krijgen op het hier en nu. Daarbij speelt het voortdurend (her)schikken van de beschikbare feitelijke informatie over de acute situatie een grote rol. Gv3 daarover:

“In de familiekamer reconstrueren mensen vaak wat er gebeurd is. Dan is het het verhaal op orde krijgen, het verhaal rondom de acute situatie (...) Dat vertellen mensen vijf keer hoor. Dus het is elke keer weer het verhaal laten komen en van alle kanten bekijken.”

Alle geïnterviewde geestelijk verzorgers menen dat ‘op verhaal komen’ de grootste behoefte van naasten is bij (dreigend) acuut verlies. Ook in de pilotevaluatie van Isala (2016) scoren de categorieën ‘gesprek’ (81% van de cases) en ‘presentie’ (75% van de cases) het hoogst. Dit strookt met de bevindingen van Leske (1986), Hallgrimsdottir (2000) en Redley et al. (2003) waarin ‘geruststelling’ de belangrijkste behoefte is. Luisterend present zijn is voor alle respondenten de kwintessens van crisisbegeleiding op de Spoedeisende Hulp.

Waar naasten zich in kritieke situaties concentreren op het bevatten van de concrete en actuele situatie, ontstaat er na verloop van tijd ruimte voor plaatsing daarvan in een grotere context. “Er komt altijd een verhaal bij het acute verhaal”, zoals één van de geestelijk verzorgers (gv3) kernachtig uitdrukt. Zeker als de dierbare is overleden ontstaat ruimte voor het meer omvattende verhaal over wie de persoon (ideaal)typisch was en wat deze betekend heeft voor zijn naaste(n). Sommige geestelijk verzorgers wijzen erop dat naasten van oudere patiënten sneller op het levensverhaal (kunnen) overgaan. Bij jongere patiënten kan dit volgens sommige respondenten ook het geval zijn, afhankelijk van de verslagenheid. Hier komt het vaker voor dat het delen van mooie momenten en woede of verbijstering elkaar afwisselen. Ook tussen naasten onderling kan de behoefte hierin verschillen. Gv10 beschrijft een praktijkgeval waarin de vader enkel verbijsterd was, maar de moeder al wel vol liefde kon spreken over levenservaringen met haar kind en diens (on)deugden.

Alle geestelijk verzorgers stimuleren naasten in het delen van (kenmerkende momenten uit) het gezamenlijke levensverhaal met de zojuist overleden dierbare, omdat dit naar hun inschatting helend werkt. Dit helende vermogen berust zowel op de tijdelijke verlichting van de actuele ingrijpende omstandigheden waarin de naaste zich bevindt, alsook met het maken van een begin met de verwerking van de ingrijpende gebeurtenis voor de langere termijn. Gv5 beschrijft hoe deze contrasterende dimensies van aanwezigheid en verlies van de dierbare samenhangen:

“Als je het slecht had met elkaar dan zou het ook niet zo’n pijn doen om elkaar te verliezen. De bedreiging en de krachtbron hangen samen. (...) Dat je de mooie momenten die je met elkaar had benoemt, en de gekke momenten, dat geeft kracht. Wat je probeert te doen is de bedreiging te verminderen en de krachtbronnen te versterken. De verbondenheid benadrukken die je met elkaar hebt gevoeld als iets dat je nooit zou hebben willen missen.”

Meerdere geestelijk verzorgers geven aan dat hun specifieke professie deze betekenisdimensie wellicht ook sterker oproept, omdat naasten dit impliciet of expliciet met de geestelijk verzorger in verband brengen of omdat geestelijk verzorgers zelf hiervoor professioneel gevoeliger zijn en er dus eerder op aanhaken.

Zingeving

Gevraagd naar de rol van zingeving, menen alle geestelijk verzorgers dat de zinvraag in de acute fase wel kan (door)klinken, maar inhoudelijk nauwelijks aan de orde is. Gv4: “Aan diepe geestelijke praat zijn mensen niet toe. Crisis is rust brengen, verwerking komt later”. Ook in het evaluatieverslag van Isala (Rikmenspoel 2016) scoort ‘betekenisverlening/geloof/religie’ het laagst van alle categorieën (13 procent). Dit strookt met het standpunt van Dykstra (1990) en Dückers en Rooze (2011) dat zingeving in de crisisfase impliciet blijft en pas later ter sprake komt. Het grotere (on)zinperspectief klinkt door in de (wan)hoop die naasten uitspreken over de concrete omstandigheden:

“Dat ouders net gehoord hebben dat hun kind gaat sterven, dat het niet goed gaat. Dat je dan met ze naar de kinderafdeling loopt en dat ze dan zeggen: maar we mogen toch nog wel hoop hebben? Nou dat. Het zijn hele korte zingevingsmomentjes. Vervolgens stort er een opa in, of...” (gv2)

Deze uitspraken over (wan)hoop moeten in de eerste fase echter vooral verstaan worden als een wanhoopskreet:

“Je hoort wel eens ‘Waar hebben we dit aan verdiend?!’ Maar er is een verschil tussen dingen roepen omdat die zeg maar geroepen moeten worden, dan een doorleefde existentiële crisis. Inderdaad meer als mantra van verbijstering dan als iets wat je op dat moment moet exploreren.” (gv4)

De ‘waarom’-vraag van naasten wordt door de geestelijk verzorgers dan ook niet op inhoudelijke wijze aangeaan, maar beantwoord door erkenning van de emotionele beleving die zij uitdrukt. Gv3: “Wat ik dan doe is het vooral ook bevestigen, dat ze ook zo boos mogen zijn, dat het ook verschrikkelijk is wat ze overkomt.” Gv1: “Het is gewoon shit, het is waardeloos, het is ellende. Maar het is heel bevrijdend dat mensen dat gewoon kunnen ventileren.” Zonder oplossingen of antwoorden te geven, proberen geestelijk verzorgers dus openingen te vinden voor uitingen van verbijstering en wanhoop.

Religie

Gevraagd naar de inbreng van de specifieke beroepseigen dimensie in de begeleiding van naasten, noemen alle geestelijk verzorgers hun rituele competentie. Rituelen²³ kunnen volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers een uitzonderlijke bijdrage leveren aan het verwerken van acuut verlies. Zij spreken van zeer intieme en heilzame rituele momenten, blijkens de grote dankbaarheid van naasten na afloop van de begeleiding of soms ook nog (veel) later via bedankbrieven, op een herdenkingsbijeenkomst of bij ongeplande ontmoetingen.²⁴ Tegelijkertijd ervaren geestelijk verzorgers duidelijk terughoudendheid bij het aanbieden van een afscheidsritueel op de Spoedeisende Hulp. Deze schroom om –de als sacraal ervaren- rituelen aan te bieden in de precaire situatie, hangt samen met de negatieve ‘religieuze’ associatie die dit bij naasten kan oproepen en met de profane atmosfeer in een openbare klinische omgeving als de Spoedeisende Hulp. Geestelijk verzorgers maken meestal zelf een inschatting van de wenselijkheid en gewenstheid van een ritueel en opereren vervolgens op een subtiele en open manier deze mogelijkheid bij naasten. Vervolgens wordt gezamenlijk gezocht naar een invulling die past bij het (al dan niet religieuze) referentiekader van de betrokkenen. Enkele geestelijk verzorgers benadrukken ook het grote belang van subtiele ‘rituele’ gestes, zoals het stimuleren van naasten om de tijd te nemen voor afscheid, de overledene een kus te geven of diens hand vast te houden of door naasten voorzichtig ‘attent te maken’ op mogelijk betekenisvolle details, zoals een vredige uitstraling van de overleden dierbare.

De religieuze connotatie die de functie van geestelijk verzorger oproept, speelt ook een rol bij de wijze van introductie bij de naaste. In sommige ziekenhuizen stelt de geestelijk verzorger zich als zodanig voor, in andere ziekenhuizen gebruikt hij de term ‘familiebegeleider’ of wordt de functienaam (in beginsel) achterwege gelaten en ligt de nadruk op de rol, zoals “ik ben hier vanuit het ziekenhuis om u te ondersteunen” of “ik kom luisteren hoe het met u gaat”. De keuze voor het verzwijgen van het begrip ‘geestelijk verzorger’ heeft te maken met associaties die naasten onterecht kunnen afschrikken. Gv2 verwoordt deze zo: “Als de geestelijk verzorger komt, denken mensen snel: dan moet het wel heel erg zijn! Of ze denken dat we ze tot de Here Jezus willen brengen.” Meerdere geestelijk verzorgers spreken over ervaringen waarbij zij voor hun aankomst al als zodanig bij de naaste waren geïntroduceerd door de verpleegkundige, hetgeen tot afwijzing van het aanbod leidde, terwijl na aankomst alsnog een zeer zinvolle begeleidingsrelatie tot stand kwam op basis van een persoonlijke introductie bij de naaste.

Explicitering van de eigen functie draagt in andere gevallen echter juist bij aan een realistischer en positieve beeldvorming van geestelijke verzorging. Respondenten geven aan dat de

²³ Genoemd in de interviews: handoplegging/zegen, zalving, gebed, het lezen van een tekst, zingen van een lied, symbolische handeling met een betekenisvol (persoonlijk) voorwerp of het meegeven van een kaars of tekst. Hoewel de geestelijk verzorger in het ziekenhuis van oudsher exclusief leverancier van religieuze rituelen was, gebruiken geestelijk verzorgers hun rituele competentie in de huidige praktijk ook om naasten zonder religieus referentiekader te helpen met betekenisgeving door het aanbieden van aangepaste rituelen die recht doet aan de situatie.

²⁴ Een gangbare praktijk in ziekenhuizen is dat er een- of meerdere keren per jaar een herdenkingsbijeenkomst is voor nabestaanden van patiënten die in die afgelopen periode in het ziekenhuis zijn overleden. Deze bijeenkomst wordt (mede)georganiseerd door geestelijk verzorgers, die ook aanwezig zijn voor contact met nabestaanden. Op deze wijze ontvangen zij ook feedback van naasten die zij eerder begeleid hebben op de Spoedeisende Hulp.

zichtbare bijdrage van geestelijke verzorging tot meer kennis en waardering van hun professie onder zorgprofessionals leidt. Ook noemen geestelijk verzorgers praktijksituaties waarbij door de begeleiding onjuiste vooroordelen over geestelijke verzorging werden weggenomen bij naasten alsook gevallen waarin naasten zich juist vrij voelden met de geestelijk verzorger over de meer existentiële kanten van de situatie te spreken.

2.6.2 Nabijheid

Tijdens reanimatie

In de meeste onderzochte ziekenhuizen mogen naasten -in principe- bij de reanimatie aanwezig zijn, ook als niet in permanente begeleiding door geestelijke verzorging is voorzien. In die gevallen is de begeleiding de taak van een SEH-verpleegkundige die, zoals uit de interviews blijkt, vanwege hun behandeltaken niet altijd de begeleiding kunnen geven die zij wensen. Permanente en competente begeleiding van naasten wordt door alle geïnterviewde verpleegkundigen dan ook gezien als een duidelijke verbetering van het zorgproces. Ook in de evaluatie van de pilot in Isala komt dit beeld naar voren. Een van de betrokken zorgprofessionals daarin:

“Ik ben een groot voorstander van de aanwezigheid van GV, heb het nu een aantal keren meegemaakt. Er is veel meer aandacht voor de familie, dit wordt gegeven door een professional. Het geeft rust, doordat de omloop zich kan bezig houden met de reanimatie en daar waar nodig met familie.” (Rikmenspoel 2016, samenvatting, 1-2)

In het Westfries Gasthuis was het, voordat de structurele begeleiding door geestelijke verzorging was ingevoerd, voor naasten niet mogelijk om bij reanimatie aanwezig te zijn, omdat de betrokken cardiologen dit niet wenselijk vonden. Dit sluit aan bij de literatuur die stelt dat praktijkervaring met dit fenomeen de bereidheid bij zorgprofessionals vergroot.

De voorkeur van naasten om ook daadwerkelijk bij de reanimatie van hun dierbare aanwezig te zijn, zoals die uit onderzoek blijkt, wordt ook in de praktijk herkend. Zowel de geïnterviewde geestelijk verzorgers als verpleegkundigen hebben de ervaring dat de meeste naasten desgevraagd zelf duidelijk weten of ze in de traumakamer aanwezig willen zijn of in de familiekamer willen wachten. De meerderheid kiest vervolgens voor aanwezigheid bij de reanimatie. Naasten die hierover advies vragen worden door de geestelijk verzorgers en verpleegkundigen op een voorzichtige en vrijblijvende manier gestimuleerd aanwezig te zijn. Dit gebeurt door hen te wijzen op de mogelijke voordelen hiervan voor hun verwerkingsproces en door hen te helpen met eventuele drempelvrees. Daarbij is er steeds de mogelijkheid om weer afstand te nemen. Gv5: “Wat ik altijd doe is: ‘Kom, u mag hier bij uw vader, moeder, man, vrouw zijn, maar als het u teveel wordt, dan gaan we gewoon naar buiten toe.’” De keuze om de reanimatie bij te wonen, wordt volgens respondenten door naasten achteraf vrijwel altijd als de juiste ervaren, omdat men zo met eigen ogen heeft kunnen zien

dat al het mogelijke voor de dierbare is gedaan (zie ook 'schuldgevoelens' bij 2.4 Reacties van naasten). Niet alleen lijkt de door auteurs genoemde angst van zorgprofessionals voor traumatische consequenties bij de aanwezige naasten ongegrond, ook grote consternatie in de traumakamer of (latere) verwijten door naasten waarover de literatuur spreekt, blijven uit. Hoewel reanimatie volgens meerdere respondenten een aangrijpend en indrukwekkend fenomeen is, getuigt de gangbare opstelling van naasten eerder van ontzag dan van onvrede.

Na overlijden

Diverse auteurs benadrukken het belang van confrontatie met de overleden dierbare voor het laten doordringen van het (acute) verlies en het nemen van afscheid. In de praktijk krijgen naasten hiertoe volgens respondenten ook de mogelijkheid. Zij kiezen er vervolgens vrijwel altijd voor de overledene te zien. De geïnterviewde verpleegkundigen zijn zich bewust van het belang van dit moment. Zij nemen daarom alvorens de naaste de gelegenheid tot nabijheid te geven, tijd voor verzorging van de overledene om, zoals een van de geïnterviewde verpleegkundigen het uitdrukt "van de patiënt weer een mens te maken". Veel respondenten spreken over drempelvrees naar de opbaarkamer. Meerdere geestelijk verzorgers geven aan dat zij op dit moment vaak letterlijk als houvast dienen voor de naaste. Ook het voorzichtig uitnodigen van de naaste tot een laatste kus of aanraking van de overleden dierbare noemen geestelijk verzorgers als manier om nabijheid te stimuleren en het afscheid vorm te geven. Tegelijkertijd vraagt de intimiteit van de situatie van de geestelijk verzorger ook vaak dat deze (tijdelijk) afstand neemt en de naaste alleen laat verwijlen bij de overledene, en daarmee bij het verlies. Hoewel niet zonder hordes, wordt de (ondersteunde) gang naar de opgebaarde dierbare volgens respondenten door naasten uiteindelijk als 'goed' ervaren.

2.6.3 Communicatie

Informatie

De behoefte van naasten aan informatie speelt volgens alle geestelijk verzorgers een belangrijke rol in de crisisbegeleiding. Informatie geeft naasten volgens de respondenten houvast en rust. Dit is in lijn met het centrale belang dat informatie volgens onderzoek speelt in de geruststelling van naasten. Geestelijk verzorgers fungeren in de begeleiding in vrijwel alle gevallen als een schakelstation voor informatie tussen de naaste(n) en de Spoedeisende Hulp. Gv6 daarover:

"Ik denk dat ik altijd een beetje het overzicht houdt. Daarmee creëer je rust. (...) Ik zeg van 'nou dit is er aan de hand, en er gebeurt dit, en straks gaat ze daarheen.' Daarom is het ook belangrijk dat je die informatie hebt."

In de praktijk maken geestelijk verzorgers onderscheid tussen praktische informatie en medische informatie. Praktische informatie heeft betrekking op de organisatorische gang van zaken op de afdeling en de beschikbare faciliteiten. Dit 'wegwijs maken' op de Spoedeisende Hulp geeft naasten

volgens alle geestelijk verzorgers (be)grip op de voor hen onbekende context. Meerdere geestelijk verzorgers noemen voorbeelden waarin naasten gerustgesteld werden doordat zij contextuele informatie kregen over wat gebruikelijk is op de SEH. Gv4 geeft een voorbeeld van de verschillende belevingswerelden van artsen en naasten op de SEH, en het belang van de vertaalslag daarin:

“ ‘Zo meteen komen we bij u terug.’ Ik zeg [tegen de naasten; RP]: ‘zo meteen’ dat duurt dus twee uur. Want dat hebben zij [de artsen; RP] niet in de gaten, maar voor ons is het twee keer zestig keer zestig seconden. En iedere seconde is hier lang, en zij zijn hard bezig en dat is standaard. Maar anders maak je je doodsbang.”

Volgens respondenten is het belangrijk dat de begeleider naast de faciliteiten en processen op de afdeling Spoedeisende Hulp ook op de hoogte is van de zorgketens binnen het ziekenhuis, met name over de veelvoorkomende transfer van de SEH naar de Intensive Care of het mortuarium. Dit voorkomt dat naasten bij overplaatsing van de patiënt tussen wal en schip van verschillende afdelingen belanden. Het wegwijs zijn van de geestelijk verzorger op de afdeling(en) geeft naasten en zorgprofessionals volgens respondenten vertrouwen en draagt bij aan het opbouwen van goede werkrelaties. Gv6 beschrijft hoe kennis van zaken een ingang kan vormen voor de begeleidingsrelatie met naasten:

“Die mensen, een hele stevige zoon erbij, die zat daar echt groot te zijn, beschermend naar zijn moeder. Je had niet het gevoel dat je welkom was hoor, dat moet ik eerlijk zeggen. (...) Het was ook naar mij toe redelijk defensief. Ik zeg: ‘ik werk hier al heel wat jaren, ik weet de gang van zaken een beetje’. Toen was het allemaal niet meer zo ernstig geloof ik.”

Gv1, die veelvuldig begeleidt op de Spoedeisende Hulp, spreekt over wat dat betekent voor zijn positie tegen opzichte van zorgprofessionals: “Overall in het ziekenhuis ben ik ‘de geestelijk verzorger’, hier op de SEH is de enige afdeling waar ze me ‘collega’ noemen. Dat zegt wat en dat vind ik wel erg mooi eigenlijk.”

Naast praktische informatie speelt ook medische informatie een belangrijke rol in de begeleiding. Net als in de literatuur, is de verdeling van verantwoordelijkheden een relevant thema in de praktijk. Meerdere geestelijk verzorgers noemen het gevaar van rolvervaging, vanwege hun medische (voor)kennis. Het verstrekken van medische informatie wordt door alle geestelijk verzorgers tot de exclusieve competentie van de arts gerekend. Gv3: “Ik zeg ook altijd: ik ben geen medicus. Ik hou het altijd bij de feiten, in de zin van wat ze nog gaan doen. Ik vertel nooit hoe het gaat, dat is mijn taak niet.” Deze scheiding van verantwoordelijkheden vraagt om alertheid en een consequente opstelling van geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld in gevallen waarin de arriverende naaste de geestelijk verzorger vraagt of de dierbare nog leeft, terwijl de geestelijk verzorger via de arts al een doodsb bericht heeft ontvangen. Omdat de eigen medische competentie in de praktijk

echter ook behulpzaam kan zijn voor naasten, zijn de grenzen van de eigen positie niet altijd eenduidig. Gv1 beschrijft:

“Je hebt bepaalde medische kennis opgebouwd. Zo van: ‘hij gaat mogelijk naar een academisch ziekenhuis’, dan weet je wat het verschil is met dit ziekenhuis. Of er wordt gevraagd ‘Is ie nou in coma, en hoe komt dat dan?’ Nou, waarschijnlijk door medicijnen en opiaten. Dat is ook geruststelling, zo van: dat is normaal in deze setting, dat ie die pijn niet hoeft te beleven. Dat kun je wel aangeven. (...) Je bent ondertussen kind aan huis en weet alles wel. Dat helpt, maar dat maakt het ook diffuus, dat je bijna alles weet.”

Vrijwel alle geestelijk verzorgers geven aan dat zij bij de gesprekken van de naasten met artsen en verpleegkundigen aanwezig proberen te zijn. Zo zijn zij zelf op de hoogte van wat speelt en kunnen zij, zowel tijdens als na dat gesprek, medisch-praktische informatie verhelderen aan naasten. Die blijken in de praktijk, zoals ook in de literatuur benoemd is, informatie zeer vaak niet (volledig) te kunnen opnemen en hebben behoefte om (delen van) het verhaal herhaaldelijk te horen, om het te kunnen plaatsen en aanvaarden. Veel geestelijk verzorgers zien in het herhalen van dit verhaal naar de naaste een centrale rol voor henzelf weggelegd, al zijn sommige respondenten daarin ook voorzichtig. Gv9:

“Als de naaste het niet meekrijgt, zal ik eerder nog stimuleren dat de arts nog eens een gesprek heeft, dan dat ik er zelf al te veel over ga zeggen. Daar kan je echt de mist mee ingaan. Soms kan je wel een vermoeden uiten (...) maar dan zou ik eerder de suggestie doen van laten we dat gezamenlijk achterhalen. Daar vind ik dat we echt buiten moeten blijven.”

Ook andersom, naar de Spoedeisende Hulp, vervult de geestelijk verzorger een schakelfunctie, bijvoorbeeld in het tactvol bemiddelen tussen wat het meest passende moment voor een bepaalde boodschap of handeling is voor de familie en het behartigen van de belangen van naasten. Geestelijk verzorgers en verpleegkundigen zien deze taak als verbindende schakel als kernstuk van de begeleiding.

Betrekking

Volgens de literatuur wensen naasten een communicatiestijl die helder en betrokken van toon is. Diverse geïnterviewde geestelijk verzorgers geven aan dat zowel artsen als verpleegkundigen op de Spoedeisende Hulp informatie aan naasten naar hun indruk doorgaans op een competente, dat wil zeggen zowel transparante als betrokken manier overbrengen. De stijl van geestelijk verzorgers kenmerkt zich volgens eigen zeggen door een combinatie van respect, tact en meelevendheid. De geestelijk verzorger is, zoals Dykstra (1990) beschrijft ‘een nabije vreemde’ wiens houding door respondenten wordt gekenschetst als ‘betrokken distantie’ die zowel recht doet aan de emotionele

impact als het intiem-persoonlijke karakter ervan. “Je moet een soort betrokken buitenstaander blijven, maar wel buitenstaander. Het zijn niet jouw kinderen die doodgaan, hoe erg het ook is, het is hun verdriet en dat moet je heel goed verdisconteren vind ik.”, aldus gv6. De gekozen balans tussen afstand en betrokkenheid verschilt ook per geval, waarbij de naaste zelf steeds de maatstaf is. Gv6: “Bij de één doe je het en bij de ander haal je het niet in je hoofd om te zeggen: ‘geef me maar een arm’. Dat is voelen, dat is de mensen aanvoelen of voelen waar de behoefte aan is op zo’n moment.”

De specifieke positie van de geestelijk verzorger kenmerkt zich door het ontbreken van een rol in het behandelproces, in tegenstelling tot artsen en verpleegkundigen. Deze positie, die tot uitdrukking komt in het ontbreken van een uniform, wordt door alle respondenten als voordelig gezien in de begeleiding van naasten. Een van de verpleegkundigen (vpk4) spreekt over haar ervaring met de geestelijk verzorger als begeleider:

“Als zij daar binnen komt gelopen, dan wordt er niet direct zo naar gekeken. Zij is wel van heel veel meerwaarde, maar wel onopvallend, dan dat je in zo’n wit uniform komt, dan kijken mensen meteen van: ‘O, wat gaat ze zeggen’. Als ik binnen kom dan vallen de gesprekken stil.”

Meerdere respondenten noemen dat het (visuele) onderscheid met het behandelend personeel naasten ook de verzekering geeft dat hun begeleiding door de geestelijk verzorger niet ten koste gaat van de medische zorg voor hun dierbare.

Het ontbreken van een positie in het primaire proces maakt het volgens respondenten ook makkelijker voor de geestelijk verzorger om een bemiddelingsrol en ombudsfunctie te vervullen voor naasten, bij onvrede over de gang van zaken in het ziekenhuis. Meerdere geestelijk verzorgers geven voorbeelden waarin naasten hun frustraties over of op de organisatie afreageren. Dat geestelijk verzorgers in de beleving van naasten ‘wel van maar niet voor het ziekenhuis zijn’ geeft hen speelruimte voor bemiddeling. Zij vallen immers niet samen met de medische organisatie of de naasten, maar kunnen door de combinatie van hun tussenpositie en meertaligheid, zoals een van de geestelijk verzorgers verwoordt, “de werelden van biotechniek en biografie met elkaar verbinden”.²⁵

Bij alle voordelen van deze ‘vrije’ positie van geestelijk verzorgers, wordt ook een nadeel genoemd: in alle ziekenhuizen hadden geestelijk verzorgers in de aanvangsfase van de begeleiding moeite een vanzelfsprekende eigen plek te vinden binnen de strakke medische processen op de Spoedeisende Hulp, die door geestelijk verzorgers als “een geoliede machine” en “een militaire operatie” worden gekarakteriseerd. Ook is voor ‘invliegende’ zorgprofessionals van andere afdelingen of aanvangende verpleegkundigen bij dienstwisselingen niet altijd (meteen) duidelijk wat de rol van de geestelijk verzorger ter plekke is.

²⁵ Deze zogenaamde hermeneutische (vertalende) competentie is een van de kerncompetenties van de geestelijk verzorger (Beroepsstandaard, VGVZ 2015).

Beschikbaarheid

Adequate begeleiding van naasten vereist volgens de literatuur de beschikbaarheid van een begeleider, zowel bij de eerste opvang op de Spoedeisende Hulp, tijdens de reanimatie en na overlijden van de dierbare. Verpleegkundigen zijn, en voelen zich verantwoordelijk voor de begeleiding van naasten, maar ervaren volgens onderzoek beperkingen door de hoge werkdruk en ontbrekende vaardigheden.

Ook in de praktijk noemen alle geïnterviewde verpleegkundigen de hoge (en toegenomen) werkdruk op de Spoedeisende Hulp als factor die ertoe leidt dat verpleegkundigen zich regelmatig moeten beperken tot verpleegkundige handelingen bij de patiënt(en), waardoor de zorg voor naasten in het gedrang komt.²⁶ Vanwege personele beperkingen op de SEH is collegiale ondersteuning maar beperkt mogelijk. Overdracht van de begeleidingstaak aan een geestelijk verzorger wordt door alle verpleegkundigen als zinvol en geruststellend ervaren. Wat betreft de mate van overdracht van de begeleiding aan geestelijke verzorging overheerst volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers en verpleegkundigen pragmatisme, waarbij verpleegkundigen zich weer richten op de doorgang van het primaire proces en waar nodig afstemmen met en aansluiten bij de geestelijk verzorger. De onderlinge samenwerkingsrelatie is volgens alle respondenten doorgaans welwillend, gelijkwaardig en constructief.

De beperkte expertise van verpleegkundigen in de begeleiding van naasten bij situaties van (dreigend) acuut verlies, waarvan in de literatuur sprake is, komt minder expliciet naar voren uit de interviews. De tendens onder respondenten die hierover wel spreken is dat dit per verpleegkundige verschilt, maar dat een SEH-verpleegkundige niet zonder meer over deze competenties beschikt, omdat ze meer taakgericht werken en op zorg georiënteerd zijn, dan op begeleiding.

Geestelijk verzorgers worden door de geïnterviewde verpleegkundigen als competent ervaren. De meestgenoemde kwaliteiten zijn 'luisteren', 'rust' en 'omgaan met emoties'. Een zorgprofessional op de afdeling Eerste Hart Long Hulp van Isala in het evaluatieverslag van de pilot (Rikmenspoel 2016, samenvatting 1-2): "Er is veel meer aandacht voor de familie, dit wordt gegeven door een professional. (...) Ik vind de geestelijk verzorgers zeer prettig in omgang, rustig aanwezig en een absolute aanwinst in het proces."

Geestelijk verzorgers zelf ervaren het bijstaan van naasten bij crisissituaties, waaronder leven en dood, zelf ook als een taak die duidelijk binnen hun taakveld en competentie ligt, hoewel ook andere disciplines daarvoor in aanmerking kunnen komen. "Ik wil niet claimen dat we onvervangbaar zijn. Maar ik vind dat ze ons mogen bellen voor allerlei vormen stress en spanning, op wat voor manier dan ook, in het huis. Daar zijn we voor." verwoordt gv8.

²⁶ In beide ziekenhuizen waarvan verpleegkundigen zijn geïnterviewd, is de werkdruk op de Spoedeisende Hulp volgens hen structureel toegenomen. Dit past in het recente beeld in landelijke media die berichtten over (grenzen aan) de toenemende werkdruk op afdelingen Spoedeisende Hulp door een steeds zwaardere (oudere) patiëntenpopulatie (Van Steenberghe 2016, ANP 2016). Dit heeft geleid tot een brandbrief aan de verantwoordelijke minister. Een artikel in Trouw (16 februari 2017) meldt dat de toename van opnamestops op SEH's in Noord-Holland en Flevoland het gevolg was van personeelstekort en niet van toenemende patiëntenaantallen, al was het aandeel kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen verhoudingsgewijs wel toegenomen.

Maatschappelijk werkers worden door alle geestelijk verzorgers en verpleegkundigen genoemd als mogelijk alternatief voor de begeleiding, hoewel zij in die setting volgens de meeste geestelijk verzorgers dan niet zo oplossingsgeoriënteerd kunnen werken als zij mogelijk gewend zijn. Bovendien is extra aandacht voor de existentiële dimensie van verlies volgens de respondenten gewenst. De inzet van vrijwilligers als begeleider bij (dreigend) acuut verlies wordt, gezien de impact van de situatie en vereiste expertise, door respondenten afgewezen.

Een belangrijk onderscheidend criterium ten opzichte van andere disciplines die een rol kunnen spelen in de begeleiding is volgens de geïnterviewde verpleegkundigen en geestelijk verzorgers de permanente en onmiddellijke beschikbaarheid van geestelijke verzorging, die samenhangt met hun 24-uurs-bereikbaarheidsdienst.²⁷ Buiten kantooruren komt de dienstdoende geestelijk verzorger vanaf diens privé-adres naar het ziekenhuis. Overdag, bij aanwezigheid in het ziekenhuis, kan de geestelijk verzorger binnen enkele minuten aanwezig zijn. Dit betekent dat als geestelijke verzorging een directe (standaard)oproep krijgt, zij veelal voor, tegelijk met of kort na aankomst van de naasten aanwezig is voor eerste opvang op de Spoedeisende Hulp. De verpleegkundige verstrekt de eerste informatie aan de naasten, in het bijzijn van de geestelijk verzorger als die reeds aanwezig is. De noodzaak van de onmiddellijke beschikbaarheid van een begeleider hangt samen met de omstandigheden. Gv1:

“Als er een aantal familieleden tegelijkertijd komen die een goeie verhouding hebben met elkaar, dan is het prima dat wij daar als geestelijk verzorgers later komen (...) Maar als de enige partner, die alleen is en daar ontredderd aanwezig is, ja en iedereen is met van alles bezig, dan is het natuurlijk toch wel bijzonder prettig dat je als geestelijk verzorger daar van het begin af aan aanwezig bent.”

Ook het feit dat geestelijk verzorgers vervolgens tijd hebben - en nemen - om ononderbroken het gehele begeleidingstraject uit te voeren, inclusief overdracht naar een andere afdeling en eventuele nazorg, wordt door de geïnterviewde verpleegkundigen als groot voordeel gezien.

2.6.4 Comfort

Zelfzorg

De lage prioriteit die naasten volgens de literatuur geven aan hun eigen behoeftes wordt door respondenten herkend. Alle zorg en aandacht gaan in beginsel uit naar de patiënt.

Vanuit dit gegeven legitimeren de geïnterviewde verpleegkundigen het ongevraagd inschakelen van een begeleider voor de naaste, zoals dat zowel bij standaardalarmering als op aanvraag van een zorgprofessional gebeurt. De naaste wordt niet om toestemming gevraagd, maar wordt wel geïnformeerd en heeft de gelegenheid te weigeren. Deze insteek wordt volgens

²⁷ De 24-uursbereikbaarheidsdienst van geestelijke verzorging vindt zijn oorsprong in de beschikbaarheid van geestelijke verzorging voor het uitvoeren van (kerkelijke) stervensrituelen.

respondenten gekozen omdat naasten door de impact van en onbekendheid met de situatie geen adequate inschatting kunnen maken van hun eigen behoefte en geneigd zijn deze te onderschatten, waarover Redley et al. (2003) en Tye (1993) ook schrijven. Achteraf blijken naasten in de praktijk vaak zeer dankbaar voor de begeleiding die zij als behulpzaam ervaren. Een van de geestelijk verzorgers (gv4) herkent dit fenomeen ook vanuit haar eigen ervaringsdeskundigheid als naaste in een kritieke situatie op de Spoedeisende Hulp.

Ook tijdens het verdere verloop van de crisis blijft het zelfbewustzijn van naasten laag. Een van de verpleegkundigen (vpk3) geeft een voorbeeld: “Op een gegeven moment komen mensen opeens met beide benen op de grond, zo van: oh ja, ik heb ook nog niks gegeten inderdaad, ik heb eigenlijk ook wel honger. Dan komen opeens de dagelijkse dingen weer terug.” Alle geïnterviewde geestelijk verzorgers noemen voorbeelden van wat gv2 noemt “praktische dienstverlening” aan naasten, in de vorm van zorg voor eten en drinken, het regelen van zakdoeken, aspirines en medicatie, een kolfapparaat of telefoon(lader), het (helpen) organiseren of verzorgen van transport en telefoontjes en het aanbieden van een eigen rustplek, in de familiekamer of elders.

Troost

Ondanks het belang dat geestelijk verzorgers zien in de vervulling van de praktische noden van naasten, levert dit aanvankelijk wel principiële bedenkingen op. Deze spanning brengen meerdere geïnterviewde geestelijk verzorgers tot uitdrukking in het voorbeeld van ‘koffie halen’. Gv2:

“Op een gegeven moment hadden we de categorie ‘koffie halen’. Dat we zeiden ‘ja maar dat kun je toch zo ook het huis niet inbrengen, dat staat ook een beetje knullig’. (...) Ook in den lande werd er als ik het vertelde wel met onbegrip gereageerd, zo van: ‘dat koffieschenken laat een ander dat doen, en jullie alleen bellen als het de spuigaten uitloopt’.”

Gv5 wijst op een meer praktisch aspect wanneer hij stelt dat, ondanks individuele verschillen tussen geestelijk verzorgers, het uitvoeren van praktische taken en oplossingsgerichtheid niet hun eerste natuur, en sterkste kant is. Opvallend is dat waar geestelijk verzorgers hun bedenkingen uiten, vier van de vijf geïnterviewde verpleegkundigen geestelijk verzorgers juist loven voor het ruimhartig oppakken van deze voor hen ‘beroeps-oneigen’ taken en dit als teken van hun grote betrokkenheid op de naaste zien. Dit strookt met de bevindingen van Tye (1993), dat ondanks een lage score door naasten zelf, verpleegkundigen juist belang hechten aan deze tastbare vorm van zorg.

Ondanks hun aanvankelijke scepsis zien geestelijk verzorgers de praktische zorg voor de naaste uiteindelijk als een onlosmakelijk onderdeel van crisisbegeleiding. Sommige geestelijk verzorgers delegeren de praktische taken indien mogelijk aan verpleegkundigen of vrijwillige gastvrouwen, anderen koesteren deze taken juist als natuurlijk aanknopingspunt voor contact met de naaste. Gv4:

“Nu hebben ze in de familiekamer een koffieautomaat neergezet. Ik zeg: ‘jongens, ik mis mijn koffiekkan!’ Want nu lopen de mensen zelf naar die automaat. Eerder was het ‘Lust u een kopje koffie, wilt u een glaasje water?’, ‘Hoe gaat het met u?’. Eten en drinken, dat zijn heel basale communicatiemiddelen. Dat zijn mijn tools. Je moet dus de latente modus weten te beheersen, je moet de kleine communicatiemiddelen weten te benutten.”

Conform Dykstra (1990) zien geestelijk verzorgers dat deze praktische behoeftes nooit op zichzelf staan, maar raken aan een ruimere dimensie, waardoor zij (alsnog) goed passen bij geestelijke verzorging. Gv2:

“Je bent een verbindingsofficier. ‘Mensen heen en weer brengen, dat kan een bewaker toch ook doen’ zei een collega. Maar al pratend kwamen we erachter dat dat ook heel GV-achtig is: verbindingen leggen. Mensen met elkaar verbinden, met de afdelingen, met zichzelf, met hun bron. Bijvoorbeeld gebedskleedjes voor een moslim, dan ben je heel praktisch bezig, maar je verbindt ook iemand met zijn eigen bron.”

2.6.5 Steun

Sociale context

De primaire rol van het eigen sociale netwerk als belangrijkste factor van steun voor naasten uit de literatuur, wordt herkend door alle geïnterviewde geestelijk verzorgers. Zij geven aan dat de aanwezigheid van andere naasten (familie, vrienden) bepalend is voor hun eigen positie in de begeleiding. De afwezigheid van steunende naasten maakt dat de geestelijk verzorger een belangrijke bron van steun is voor de eerst betrokken naaste. Gv8 geeft daarvan een voorbeeld:

“Dat die mevrouw (...) nooit gedacht had dat hij zo onverwacht zou sterven, en dat ze geen kinderen had en er volkomen alleen voor stond. Dus mijn bijdrage was om haar eerste steunpunt te zijn dat uur. En dat was hard nodig, want ze was compleet ontredderd, hopeloos van verdriet en angstig omdat ze volledig aanhankelijk en afhankelijk van hem was. Ze moest iemand hebben naast zich. Iemand waarop ze, ook letterlijk, kon leunen. En dat was ik.”

Hoewel de nakomende naasten, die in de loop van de tijd arriveren op de Spoedeisende Hulp, ook opgevangen moeten worden, geven alle geestelijk verzorgers aan dat hun rol zich daarmee meer naar de zijlijn verplaatst. Het ontstaan van een netwerk van adequate sociale steun rondom de meestbetrokken naaste is voor alle geestelijk verzorgers ook een reden om zich tijdelijk of permanent terug te trekken als begeleider. Gv8 beschrijft dat proces:

“Naarmate de groep groter is en je ziet dat het verdriet onderling gedeeld wordt, trek je je terug (...) want het is nogal wat dat je daar in de intimiteit van de familie bij een sterfgeval bent, dus je moet je zeer bewust zijn van de hele bescheiden positie die je moet innemen. Die kan ook zo bescheiden worden dat je denkt: het wordt tijd om te gaan.”

Dit lijkt de suggestie van Redley et al. (2003) te bevestigen dat de aanwezigheid van een steunend sociaal netwerk het beroep op zorgprofessionals verkleint. De aanwezigheid van meerdere naasten kan echter ook een extra last vormen voor de naastbetrokkenen. Alle geestelijk verzorgers noemen situaties waarin onderlinge conflicten tussen de aanwezige naasten ontstaan of tot uiting komen, onder invloed van de gespannen omstandigheden. Soms gaat het om reeds beladen verhoudingen, bijvoorbeeld tussen broers en zussen of ex-partners en nieuwe relaties. Alle geestelijk verzorgers zien bij deze conflicten een regulerende en verbindende rol voor zichzelf weggelegd. Gv1: “Rust in de storm bieden, recht doen aan verschillende partijen, uitzoeken wie bij de patiënt kan zijn, verhalen die nooit zijn uitgesproken tot hun recht laten komen. Mensen zich met elkaar laten verstaan op de afdeling.”

Presentie

Naast het sociale netwerk kan ook een competente begeleider een belangrijke bron van sociale steun zijn voor de naaste. Dit kan zowel indirecte steun zijn, door een constructieve verstandhouding met andere naasten te faciliteren, als directe steun, door zelf steunend present te blijven te midden van de turbulente omstandigheden en reacties van de naaste.

Het steunend ‘aanwezig zijn’ voor de naasten is voor alle geestelijk verzorgers het fundament van de begeleidingsrelatie bij (dreigend) acuut verlies.²⁸ Deze situaties van existentiële en psychologische ontwrichting kunnen niet “opgelost” worden. Het met de naaste (ver)dragen van onmacht, heftige emotionele reacties, terugtrekking en stiltes passen volgens geestelijk verzorgers bij uitstek bij hun specifieke expertise en professionele attitude.²⁹ Gv8:

“Doordat ik GV-er ben heb ik de ruimte voor de ander, ook als ie lastig is, en ook het inzicht dat iemand die zich heel lastig gedraagt, dat er allerlei lagen in zitten. Ik hoef niet primair te reageren ik heb voldoende bagage en voldoende rust om daar niet te primair op te reageren, hetzij in hem, hetzij in mezelf (...) Want de rol van iemand die rust brengt, daar waar spanning of stress of onrust is, zowel bij de patiënt, als de persoon in kwestie, als bij de familie, als bij het huis; nou daar zijn we wel voor opgeleid, omdat we ook het inzicht wel hebben.”

Deze houding valt ook de geïnterviewde verpleegkundigen op. Vpk3: “Jullie gaan er volgens mij niet heen met een plan. Jullie luisteren en kijken waar behoefte aan is en daar sluit je dan op aan.”

Geestelijk verzorgers noemen dit een onderscheidend kenmerk ten opzichte van andere disciplines, zoals Maatschappelijk Werk, die meer handelingsgeoriënteerd zijn. Deze primaire attitude van presentie houdt dus de ‘beschikbaarheid’ van de geestelijk verzorger in, zonder vooropgezet plan, agenda of methodiek. Dit betekent echter geenszins passiviteit. Gv6 vat dit bondig samen: “juist als je niks hoeft, kun je zien wat er speelt.” Vanuit beschikbaarheid ‘ziet en voelt’ de

²⁸ In de cases in de pilot in Isala scoort presentie zeer hoog (75 %).

²⁹ Geestelijk verzorgers werken vaak vanuit de presentiemethode die gebaseerd is op de presentietheorie van Andries Baart (2004).

begeleider wat voor de naaste(n) op een specifiek moment nodig is, passend bij de intimiteit van de situatie: afstand of toenadering, luisteren of bevragen, stilte of spreken, ruimte of leiding. Eigen initiatieven van de begeleider, subtiel of directief, om “dingen weer te laten stromen” (gv2) maken daar onderdeel van uit (zie ook 2.6.5 Leiding). De voortdurende sensitiviteit die deze houding vraagt is volgens respondenten bepalend voor de kwaliteit van de begeleiding, maar ook van de werkbelasting ervan (zie ook 2.7 Continuïteit – zelfzorg).

De begeleider fungeert volgens alle geestelijk verzorgers ook als klankbord voor de naaste bij het maken van keuzes. Bij overlijden spelen altijd vragen rond donorschap en autopsie (obductie).³⁰ Hoewel de arts volgens geestelijk verzorgers hierin de primaire gesprekspartner is voor naasten, fungeert de geestelijk verzorger daarin wel als voorbereider en gesprekspartner. Meerdere geestelijk verzorgers hebben de ervaring dat naasten meestal weinig twijfels hebben, maar dat er in sommige gevallen wel behoefte is aan verheldering. In dat proces kan de geestelijk verzorger een rol spelen.

Hoewel steunend present zijn wezenlijk is voor de begeleiding, wijzen diverse geestelijk verzorgers op het belang van pauzes in de begeleiding, zowel vanwege de privacy van de naaste als in het belang van de continuïteit en kwaliteit van de begeleiding door de geestelijk verzorger (zie ook 2.7 Continuïteit – zelfzorg).

Het bepalen van het geschikte moment waarop de begeleider zich permanent terugtrekt, wordt door vrijwel alle geestelijk verzorgers als lastig ervaren. Meerdere geestelijk verzorgers wijzen op het gevaar van ‘moeilijk kunnen loslaten’, volgens sommigen een kenmerk van de beroepsgroep. Het moment van afronding blijft een persoonlijke inschatting, die volgens een van de geestelijk verzorgers “gebaseerd is op logica en intuïtie”. Een steunend sociaal netwerk en een zekere emotionele harmonie zijn volgens geestelijk verzorgers de belangrijkste criteria. Zij beëindigen de begeleiding als er naar hun indruk een zekere rust en stabiliteit is teruggekeerd bij naasten om te situatie te kunnen (ver)dragen. Gv1 en gv8 noemen ook situaties waarin naasten zelf subtiel aangegeven dat zij geen behoefte meer hebben aan begeleiding. Ook overplaatsing van de patiënt naar een ander ziekenhuis, een andere afdeling (meestal de Intensive Care) of bij overlijden naar het mortuarium of de uitvaartverzorger is een veelvoorkomend moment van afronding van het begeleidingscontact. Alle geestelijk verzorgers benadrukken het belang van een expliciete overdracht en afronding, zowel naar de naasten als naar de zorgprofessionals. Aan naasten wordt door vrijwel alle geestelijk verzorgers een kaartje met contactgegevens meegegeven, zodat zij indien gewenst contact op kunnen nemen (zie ook 2.7 Continuïteit – nazorg). Hoewel op de IC volgens sommige geestelijk verzorgers intensieve familiebegeleiding door verpleegkundigen wordt gegeven, wordt het contact met de naasten daar, of op een andere afdeling, op een later moment veelal voortgezet. Dat valt op en wordt gewaardeerd, aldus gv2:

³⁰ Autopsie (Grieks: “*met eigen ogen zien*”), ook wel inwendige lijkschouw(ing), sectie of obductie, is het inwendig onderzoeken van het lichaam van een overleden persoon om doodsoorzaak en ziekteprocessen te onderzoeken en vast te stellen.

“Vertrouwd gezicht, komt de volgende dag ook weer... want je vervolgt ook. Als het dus langer duurt dan gaan we weer terug naar de IC, of als ze teruggaan naar de afdeling, gaan wij ook naar de afdeling. Dus je hebt een keten van zorg met steeds dezelfde persoon en dat wordt gewaardeerd door mensen, want ze zeggen: ‘ik zie honderd artsen, maar u komt elke keer terug.’”

Leiding

Naast de hiervoor (2.6.5 Steun - Presentie) besproken non-directieve interventies als aanwezig zijn, uithouden, luisteren, ruimte geven, aansluiten en volgen zijn alle geestelijk verzorgers het erover eens dat ook leiding nemen een wezenlijk onderdeel is van crisisbegeleiding. Het meer sturend optreden is volgens geestelijk verzorgers vooral nodig in de beginfase, wanneer naasten ontredderd zijn. Gv5:

“Die onwerkelijkheid leidt heel vaak tot stuurloosheid bij mensen, zowel de mensen die helemaal in paniek zijn of die heel kalm zijn, want ook die kalmte kan ook een vorm van stuurloosheid zijn, en dan is het goed om een beetje de leiding te nemen.”

De onbekendheid van naasten met de situatie maakt dat geestelijk verzorgers hun kennis van de implicaties van (dreigend) acuut verlies en de omstandigheden op de SEH inzetten om hen te gidsen, conform Dykstra (1990), die spreekt van een pleitbezorger voor de *justice needs* van naasten. Gv1:

“Maar hier moet je toch echt wel even kijken van: ‘Is de familie compleet?’ ‘Moeten we mensen benaderen?’ ‘Willen jullie bij vader zijn?’ ‘Hebben jullie goed geparkeerd? Waar staat ie dan?’ ‘Weet je, ik ga even de artsen benaderen, want ik zie dat jullie zoveel vragen hebben.’ Nee, daar ben je wel sturend.”

Deze rol vraagt leiderschap van de geestelijk verzorger en is volgens sommige geestelijk verzorgers anders dan de rol die zij in hun reguliere werkzaamheden hebben. Gv1:

“Je moet wel een zeker overzicht hebben ook ja. Dat is in de reguliere gesprekken ook veel minder aan de orde, een enkele keer. Daarom leeft het misschien ook niet zo zeer onder geestelijk verzorgers, omdat je uit je beschouwende rol komt in een veel meer sturende actieve rol. (...) Maar wij drieën hebben dat wel in ons, dat we graag daarin wel wat sturen. We vinden dat ook wel eens lekker.”

Anderen zien de crisisbegeleiding op de SEH eerder in lijn met hun reguliere werkzaamheden. Gv4: “Deze rol (...) intensificeert dat wat je anders doet, rustiger. Want in het ziekenhuis ben je ook bij crisis, bij: ‘Goh, hoe moet het nou? Wat is nou voor mij belangrijk?’ Alleen daar wordt het langer uitgesmeerd.”

Leiding biedt de naaste houvast, maar vindt wel plaats in afstemming op de naaste en de situatie. Niet in elk geval is er evenveel behoefte aan sturing. Gv5 geeft aan dat leiding soms niet nodig is, omdat sommige mensen zelf adequaat zaken beginnen te regelen. Gv7 wijst erop dat zelfsturing ook een copingstrategie kan zijn. Gv4 wijst op het belang om al te zelfsturende naasten juist te remmen:

“Want de kostbare momenten die je nog bij iemand hebt en die ga je dan zitten verklooiën met het opzoeken van het telefoonnummer van de uitvaartondernemer. Laat ze even stil staan. Geef ze even een vorm in handen. Dat is ook structureren en leidinggeven.”

Andere situaties die volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers om een directieve begeleidingsstijl kunnen vragen, zijn escalerende conflicten tussen naasten onderling of met zorgprofessionals (zie ook 2.6.5 Steun - sociale context), gevaarlijke situaties, zoals een labiele naaste die kost wat kost op eigen gelegenheid naar huis wil en situaties waarin de naaste door een grenzeloos schuldgevoel geen oog meer heeft voor het belang van het moment (zie ook 2.4 Gevolgen – reacties van naasten).

2.7 Continuïteit: nazorg, evaluatie, zelfzorg

Nazorg

Nazorg heeft betrekking op hernieuwd contact met naasten met het oog op hun welzijn, na afronding van de begeleiding op de Spoedeisende Hulp en de eventuele daaropvolgende afdelingen binnen het ziekenhuis. Uit de literatuur blijkt dat zorgprofessionals terughoudend staan tegenover nazorgcontact, dat door naasten echter wel wordt gewaardeerd. In de onderzochte ziekenhuizen is geen sprake van structurele nazorgprogramma's voor naasten op de Spoedeisende Hulp. Volgens verpleegkundigen hangt dit samen met het 'doorloopkarakter' (korte ligduur en hoge patiëntenaantallen) van de afdeling en de beperkte personele gelegenheid om invulling te geven aan nazorg. Dit in tegenstelling tot de Intensive Care, waar wel sprake is van structurele nazorgprogramma's.³¹

Ook geestelijk verzorgers geven geen structurele invulling aan nazorg. Wel wordt regelmatig aan de naaste een visitekaartje meegegeven met de uitnodiging om bij behoefte contact op te nemen. Gv8 stelt dat hij “in schrijnende situaties, met een mager sociaal netwerk” zelf voorstelt om op korte termijn nog eens contact op te nemen met de naaste in diens thuissituatie. In het Westfries Gasthuis wordt structureel nabellen vanuit het ziekenhuis momenteel overwogen. Het voortzetten van de begeleidingsrelatie met de naaste in de thuissituatie komt volgens de geïnterviewde geestelijk verzorgers incidenteel voor. Sommige geestelijk verzorgers noemen de door het ziekenhuis

³¹ In ZGT Almelo-Hengelo is er bijvoorbeeld een systematisch nazorgprogramma vanuit de IC, waarbij patiënten en/of naasten (nabestaanden) enkele weken later worden nagebeld met de vraag hoe het hen gaat en vergaan is op de IC. Daarbij wordt ook gelegenheid geboden voor een bezoek aan de IC en/of een gesprek met de betrokken verpleegkundige in het kader van de verwerking van de opname.

georganiseerde herdenkingsdag voor nabestaanden van patiënten die zijn overleden in het ziekenhuis ook als moment van hernieuwd contact met de naasten, waarbij ook vaak hun ervaring en welzijn nog ter sprake komt. Meerdere geïnterviewde verpleegkundigen noemen de mogelijkheid tot het bieden van nazorg juist als een pre van geestelijke verzorging, hetgeen de indruk geeft dat zij hier opener tegenover staan dan in de literatuur wordt beschreven.

Evaluatie

Evaluatie heeft betrekking op kwaliteitsbehoud en -verbetering van de begeleiding. Evaluatie met de naasten zelf gebeurt in de onderzochte ziekenhuizen niet actief en systematisch. Alle geestelijk verzorgers ontvangen na afloop van de begeleiding wel regelmatig uitdrukkelijke blijken van waardering van naasten zelf, zowel verbaal als non-verbaal, in later ontvangen kaarten of tijdens de herdenkingsbijeenkomst voor nabestaanden van in het ziekenhuis overleden patiënten. In MCL wordt de stijging van de tevredenheidscijfers over de SEH onder naasten volgens gv5 door de afdeling zelf toegeschreven aan de begeleiding van geestelijke verzorging bij acute situaties. Ondanks de ervaren oprechtheid in de reacties van naasten, zijn meerdere geestelijk verzorgers zich bewust van de beperkte generaliseerbaarheid van deze beoordelingen. Gv2 noemt het gevaar van sociale wenselijkheid bij naasten, gv5 noemt een ervaring waarin hij zijn eigen bijdrage juist als minder behulpzaam had ingeschat dan deze later voor de naaste bleek. Meerdere geestelijk verzorgers hechten belang aan een actieve en meer uitgebreide en objectieve evaluatie onder naasten, maar noemen praktische en ethische belemmeringen. Het RadboudUMC is wel voornemens om na afloop van de pilot een tevredenheidsonderzoek onder naasten op de Spoedeisende Hulp uit te voeren.

Evaluatie met de zorgprofessionals op de Spoedeisende Hulp vindt bij lopende samenwerking plaats in een regulier (half)jaarlijks overlegmoment met (de coördinator van) zorgprofessionals op de SEH. Ook pilots kennen na afloop een meer of minder uitgebreide en systematische (afsluitende) evaluatie door geestelijke verzorging met de afdeling SEH, waarover ook gerapporteerd wordt. Evaluaties na specifieke inzetten zijn volgens zowel verpleegkundigen als geestelijk verzorgers onregelmatig aan de orde op de SEH, omdat de actiegerichtheid en werkdynamiek hoog is. Wel wordt er vanuit de goede werkcontacten tijdens of na een inzet even uitgewisseld, maar ook hierbij heeft men te maken met werkdruk en dienstwisselingen. Bij bepaalde indrukwekkende inzetten, zoals wanneer kinderen betrokken zijn, wordt door zorgprofessionals op de SEH meestal meer georganiseerd 'nagepraat', waarbij ook de persoonlijke beleving aan de orde komt. Geestelijke verzorging is daarbij verschillend betrokken: soms niet uitgenodigd of beschikbaar, soms deelnemend, soms organiserend.

Evaluatie door geestelijk verzorgers zelf gebeurt door zelfreflectie en uitwisseling met collega-geestelijk verzorgers 'aan de koffietafel'. De teams geestelijke verzorging, die meestal uit enkele personen bestaan, kenmerken zich door korte onderlinge lijnen. Hoewel nabespreking zeer regelmatig plaatsvindt, blijft zij informeel en incidenteel van karakter. In Isala zijn de inzetten na de pilot met een gestandaardiseerde vragenlijst geëvalueerd door de betrokken geestelijk verzorger.

Gv2: “Normaal gesproken doen we evaluatie niet zo intens. We houden elkaar wel scherp, we vertellen elkaar wel wat er gebeurt als je oproepen krijgt. Dan deel je dat wel, niet systematisch, maar het is wel gewoon op de maandagochtend na je weekend.” Meerdere geestelijk verzorgers noemen het structureler organiseren van evaluaties als verbeterpunt in de begeleidingstaak op de Spoedeisende Hulp, hetgeen aansluit bij de literatuur die stelt dat het lerend vermogen door evaluatie van de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp niet optimaal wordt benut.

Zelfzorg

In de literatuur wordt aandacht gevraagd voor het welbevinden van de begeleider zelf, aangezien de confrontatie met (dreigend) acuut verlies emotioneel veeleisend is. Ook in de praktijk ervaren alle geestelijk verzorgers de inzetten op de Spoedeisende Hulp als zeer intensief, vanwege het acute, langdurige, ingrijpende en sensibele karakter van de situatie. Inzetten duren vaak meerdere uren, variërend van een half uur tot uitzonderlijke gevallen van acht uur, waarbij de meeste respondenten spreken over een reguliere inzetduur van drie tot vier uur.³² Meerdere geestelijk verzorgers noemen de betrokkenheid van kinderen of jongvolwassenen en situaties die aan de eigen biografie raken als bijzonder indrukwekkend. Dat geldt volgens gv2 en gv3 ook voor de eerste ervaringen met een reanimatie. De sensitiviteit die de precaire en steeds wisselende omstandigheden vereisen, dragen volgens alle geestelijk verzorgers ook bij aan de ervaren intensiteit. Gv3: “Je bent voortdurend bezig te kijken, te voelen van ‘doe ik het goede’, want het komt er op aan op dat moment vind ik. (...) Op het scherpst van de snede ben je bezig, het is heel precair, zo ervaar ik het wel: fijn om er te kunnen zijn, maar het is ook slopend.”

Juist het uitdagende karakter van de situaties op de Spoedeisende Hulp, die gv4 typeert als “de openhartoperaties van geestelijke verzorging”, geeft volgens alle geestelijk verzorgers veel voldoening, net als de merkbare waardering door naasten en zorgprofessionals. Alle geestelijk verzorgers merken dat een oproep op de Spoedeisende Hulp ‘adrenaline’ oproept. De mate waarin geestelijk verzorgers weerstand voelen bij de oproepen verschilt. De één geeft aan niet op te zien tegen oproepen, een ander geeft aan vooral moeite te hebben met het acute karakter van de oproepen, weer anderen voelen weerstand bij de heftigheid van bepaalde situaties. Meerdere geestelijk verzorgers spreken over het belang van momenten van bewuste ontspanning voor en tijdens de inzet op de Spoedeisende Hulp, om geconcentreerd en beschikbaar te zijn en blijven. Afstand nemen, zowel innerlijk (mentaal) of uiterlijk (fysiek) zijn belangrijk om het gevaar van “heroïek” en “jenzelf verliezen” in de begeleiding te voorkomen en worden vaak als leerpunt uit de praktijk genoemd. Gv2:

³² Gv3, gv4, gv5 spreken van “drie tot vier uur”. Gv1 differentieert: “overdracht ander ziekenhuis een half uur tot een uur, andere afdeling twee tot tweeënehalf uur, sterfgevallen drie tot vijf uur”. De gemiddelde inzetduur tijdens de pilot in Isala (reanimaties) was 100 minuten (Rikmenspoel 2016), in ZGT (reanimaties, trauma, suïcidepogingen) was de gemiddelde inzetduur twee uur en drie kwartier, variërend van anderhalf uur tot vier uur (Pater 2016).

“Het andere waar we heel erg slecht in zijn is zelfzorg. Ik heb hier wel eens nachten gelopen dat ik dacht: ik heb geen druppel gedronken, ben niet naar de wc geweest, heb niks gegeten. Ik moet beter voor mezelf zorgen, dit is niet normaal dit.”

Eten, koffie drinken, plassen, een ommetje maken, terugtrekken op een stille plek, zelfreflectie, even praten de verpleegkundige of schriftelijke verslaglegging worden genoemd als manieren om emotioneel afstand te kunnen nemen en de kwaliteit van de begeleiding te behouden. Deze afstand is eveneens van betekenis voor de naaste zelf (zie ook 2.6.5 Steun – presentie).

Na afloop van een ingrijpende inzet is het volgens alle geestelijk verzorgers belangrijk om te kunnen delen wat hen geraakt heeft. In eerste instantie gebeurt dit ‘stoom afblazen’ met collega’s tijdens de koffie. Dit heeft geen structureel karakter, maar wordt door geestelijk verzorgers wel als laagdrempelig ervaren. Het thuisfront is ook, en zeker buiten kantooruren, een plek om op verhaal te komen. Ook schrijven en beeldhouwen worden genoemd als manieren om ‘uit te drukken’.

Hoewel de inzeturen gecompenseerd worden, is het volgens alle geestelijk verzorgers meestal niet mogelijk om deze direct als volledige rusttijd op te nemen “wanneer het eigenlijk wel nodig is”, omdat het reguliere werk dat niet toelaat. Sommige geestelijk verzorgers plannen de dag na hun bereikbaarheidsdienst geen vroege afspraken in, of onder voorbehoud. Anderen verzetten afspraken op het laatste moment als zij een late inzet hadden. In al deze gevallen is er sprake van “een uurtje later komen”. Anderen parkeren hun behoefte aan herstel geheel, ook al erkennen zij dat dit niet gezond is. Gv2 wijst op het gevaar dat verschillen in draagkracht binnen het team het moeilijk kunnen maken om tot een voor iedereen passende oplossing te komen. Gv4 stelt dat met toegenomen leeftijd het herstel vermindert, hetgeen de draagkracht beperkt.

De begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp leidt volgens alle geestelijk verzorgers tot een toename van de werkdruk binnen de 24 uren-bereikbaarheidsdienst. Hoe groot die toename is, is afhankelijk van de mate van standaardisering. Bij standaardalarmering bij reanimaties, zoals in het MCL, Westfries Gasthuis en Isala, stijgt de frequentie van incidentele inzetten op jaarbasis tot drie tot vier inzetten per week die vaak meerdere uren duren. Daarbij kan dit leiden tot een toename in het reguliere patiëntenwerk op de afdelingen, zowel door vervolgcontacten als door een toename van de oproepen aldaar door grotere zichtbaarheid van geestelijke verzorging in de organisatie. Dit roept organisatorische vragen op over grenzen aan de beschikbaarheid van, in de regel kleine, teams geestelijke verzorging. In het Westfries Gasthuis is werkdruk door de intensieve standaardinzet van geestelijke verzorging op de SEH aanleiding voor een heroverweging van het tijdraam en de criteria voor beschikbaarheid en de verdeling van verantwoordelijkheden tussen zorgprofessionals en geestelijk verzorgers.

2.8 Resumé en vooruitblik

In dit deel is in kaart gebracht hoe de begeleiding van naasten bij situaties van (dreigend) acuut verlies op de afdeling Spoedeisende Hulp in de praktijk wordt ingevuld door geestelijk verzorgers. Daarbij is gebleken dat de rol die geestelijke verzorging speelt op de afdelingen Spoedeisende Hulp van Nederlandse ziekenhuizen verschilt. De samenwerking varieert van incidenteel tot intensief, van langdurig tot recent. De begeleiding van naasten bij situaties van (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp past goed binnen het huidige zorgparadigma en binnen het professionele paradigma van geestelijk verzorgers, dat momenteel echter wel onderwerp van discussie is. Hoewel de wijze waarop de verschillende geestelijk verzorgers invulling geven aan de begeleiding tijdens crisissituaties vooral gebaseerd is op hun individuele praktijkervaring, is het beeld dat uit het praktijkonderzoek in verschillende ziekenhuizen ontstaat vrij consistent, zowel onderling als in vergelijking met de bevindingen uit de literatuur. Het organisatorische kader, dat de continuïteit van deze taak, die door geestelijk verzorgers als bevredigend maar veeleisend wordt ervaren, moet garanderen, is echter minder vastomlijnd.

Het derde, en laatste deel van dit onderzoek presenteert de resultaten, die voortkomen uit de onderlinge betrekking van de bevindingen uit de voorgaande delen 1 (theorie) en 2 (praktijk). Na een presentatie van de resultaten en een kritische reflectie op hun geldigheid, vormen conclusies en aanbevelingen het antwoord op de hoofdvraag waarmee dit onderzoek begon, namelijk de wijze waarop de geestelijk verzorger idealiter fungeert als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp bij situaties van (dreigend) acuut verlies.

TR1

Transaktoren
1



3 De geestelijk verzorger als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp

3.1 Inleiding: inhoud en methodiek

Inhoud

In het voorgaande deel is beschreven hoe geestelijk verzorgers de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp in de praktijk invullen. Daaruit bleek dat veel bevindingen uit de literatuur over de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies ook in de praktijk worden herkend. Daarnaast zijn in de begeleidingspraktijk van geestelijk verzorgers ook onderwerpen als positionering, ritualiteit, het levensverhaal en organisatorische continuïteit relevant.

Dit derde, en laatste deel komt terug bij het startpunt van dit onderzoek: de beantwoording van de vraag hoe de geestelijk verzorger idealiter invulling geeft aan de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp. In 3.2 worden eerst de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek gepresenteerd. Na een kritische reflectie op die resultaten en de aanbevelingen die dat oplevert (3.3), volgt de conclusie (3.4). Tot slot wordt in het nawoord een doorkijk gegeven.

Methodiek

De inhoud van dit deel is gebaseerd op een analyse van deel 2, waar de praktijkbevindingen in verband zijn gebracht met de theoretische bevindingen uit deel 1. De aspecten uit het literatuuronderzoek in deel 1 (zie 1.9) die leidend waren in deel 2, zullen ook terugkomen in dit laatste deel. De centrale onderzoeksvraag vormt het kader waarbinnen de resultaten beschreven worden. In de kritische reflectie worden de bevindingen op hun onderzoeksmatige en maatschappelijke waarde geschat. De gevonden hiaten in de begeleiding zijn aanleiding voor de aanbevelingen. In de conclusie wordt de centrale onderzoeksvraag kort en (af)sluitend beantwoord. Het nawoord tot slot grijpt terug op het beeld waarmee dit onderzoeksrapport opende, zet dit in perspectief van 'het grote plaatje' en opent zo een ruimer uitzicht.

3.2 Analyse

Uit dit onderzoek bleek dat zorg voor naasten van ziekenhuispatiënten bijdraagt bij aan het welzijn van zowel patiënt als naaste, en goed past binnen het huidige mensgeoriënteerde zorgparadigma van ziekenhuizen. Begeleiding van naasten van kritieke patiënten op de afdeling Spoedeisende Hulp is in het bijzonder legitiem, omdat (dreigend) acuut verlies van een dierbare potentieel psychotraumatiserend is en de naaste daarbij wordt geconfronteerd met een onbekende en zeer dynamische –soms chaotische- omgeving van de SEH, alwaar (dreigende) sterfgevallen zich kenmerken door (meervoudig) complicerende factoren. Omdat de eerstverantwoordelijke SEH-verpleegkundigen vanwege hoge werkdruk en beperkte competentie in de praktijk vaak niet in staat zijn om permanente en passende begeleiding te bieden aan naasten, stond in dit onderzoek de overdracht van deze begeleiding aan geestelijk verzorgers centraal. De onderlinge betrekking van de

kritische succesfactoren uit de literatuurstudie en de begeleidingspraktijk van geestelijk verzorgers, leidt tot de volgende bevindingen over de invulling van die begeleidingsrol.

Allereerst zijn geestelijk verzorgers als geen ander gewend en toegerust om professioneel om te gaan met uitdagende existentiële levenssituaties, waaronder ook (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp valt. Het ontbreken van een behandelagenda en het werken vanuit de presentiemethode, waarbij geestelijk verzorgers een vertrouwensrelatie aangaan door luisterend af te stemmen op de behoeftes en het referentiekader van de persoon in kwestie, sluit aan bij het specifieke karakter van de eerste uren van (dreigend) acuut verlies, die zich kenmerken door crisis, stress, onmacht, schuld, trauma, conflicten, heftige emoties, keuzedilemma's en rouw. In deze acute fase gebeurt veel, maar kan weinig opgelost worden. Dit vraagt om een begeleider die hiervan en hiervoor begrip heeft.

Naast een presente attitude is ook de snelle en permanente beschikbaarheid van geestelijk verzorgers vanuit hun 24-uurs bereikbaarheidsdienst wezenlijk voor het cruciale proces van betekenisgeving bij (dreigend) acuut verlies. Deze betekenisgeving heeft voor naasten in eerste instantie het karakter van proberen te 'bevatten' door voortdurende beeldvorming (*making sense*). De aanwezigheid van een begeleider ondersteunt dit proces op twee manieren. Enerzijds door herhaling en correctie van (wezenlijke) medisch-feitelijke informatie, die naasten door de shock vaak niet, gedeeltelijk of onjuist verwerken. Anderzijds door de drempelverlagende werking van een vakkundige begeleider voor de naaste zelf en voor andere zorgprofessionals, die het mogelijk maakt dat naasten aanwezig zijn bij aangrijpende, maar voor de verwerking bepalende momenten van reanimatie en de confrontatie met de dierbare na diens overlijden. Betekenisgeving krijgt in tweede instantie het karakter van duiding van de situatie in het bredere perspectief van het eigen levensverhaal met de dierbare (*finding significance*). Omdat de verschuiving van de vraag 'wat betekent dit?' naar 'wat betekent dit voor mij?' echter gefragmenteerd, wisselend en onvoorspelbaar verloopt, vereist dit een permanent beschikbare begeleider bij wie de naaste op geëigende momenten 'op verhaal kan komen', om zo te midden van existentiële ontwrichting de eigen krachtbronnen te hervinden. Dit bredere aspect van betekenisgeving blijft in de literatuur over (dreigend) acuut verlies overigens onderbelicht. Verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn dat veel literatuur zich richt op de begeleiding door verpleegkundigen, die een meer praktische zorgoriëntatie hebben, of dat het copingproces van naasten door auteurs vanuit een psychologisch referentiekader wordt beschouwd dat, in tegenstelling tot het narratief-existentiële perspectief van geestelijk verzorgers, minder aandacht heeft voor betekenisgeving.

De specifieke positie van de geestelijk verzorger, die (in kleding zichtbaar) geen deel uitmaakt van het behandelend personeel, maakt het mogelijk te fungeren als rustplaats voor naasten. Vanuit zijn positie kan de geestelijk verzorger ook 'bemiddelen' tussen naasten en de zorgorganisatie, door zowel op inhoudelijk (vraagbaak en doorgeefluik) als relationeel (ombudsman en conflictbemiddelaar) vlak verbindingen te leggen. Deze tussenpositie vraagt echter ook om een

heldere positionering en taakafbakening, bijvoorbeeld ten aanzien van het verstrekken van medische informatie.

Kenmerkend voor de begeleiding op de Spoedeisende Hulp is een combinatie van precaire omstandigheden en het ontbreken van routine. De noodzaak van begeleiding en de gewenste positie van de begeleider hangt af van de kenmerken van de omstandigheden, de naaste zelf en zijn sociale omgeving. Het in beginsel ongevraagd inschakelen van de begeleiding is weliswaar legitiem, gezien de onbekendheid van naasten met de impact van een dergelijke situatie op henzelf, hun door de shock beperkte inschattingsvermogen en hun waardering achteraf. Tegelijkertijd vraagt juist dit ongevraagde karakter van de begeleiding, gecombineerd met de precaire en veranderende omstandigheden en de aangedaanheid van de naaste, om voortdurende sensitiviteit van de begeleider over de wenselijkheid van zijn (tijdelijke of permanente) aanwezigheid en positie. De behoefte aan sociale steun is hierin maatgevend; bij ontredde en een ontbrekende of conflictueuze sociale context is een meer nabije en sturende positie van de begeleider gewenst, in andere gevallen is een positie van beschikbaarheid aan de zijlijn (presentie) meer gepast. In alle gevallen zijn momenten van fysieke afstand binnen het begeleidingsproces nodig, zowel voor de naaste (privacy op intieme momenten) als de begeleider (zelfzorg en reflectie).

Daarnaast is flexibiliteit en incasseringsvermogen gewenst, omdat de confrontatie met (dreigend) acuut verlies van een dierbare bij naasten leidt tot zeer individuele en snel wisselende, en soms extreme emotionele reacties, conflicten, dilemma's en behoeftes op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Dit vraagt een veelzijdige en weerbare begeleider die in staat is aan te (blijven) sluiten bij de variërende reacties en behoeftes waarmee naasten proberen weer grip te krijgen op de ontwrichtende situatie.

Deze veelzijdigheid van de taken en rollen bij de begeleiding bij (dreigend) acuut verlies, roept vragen op over grenzen aan de bereidheid en het vermogen van geestelijk verzorgers om aan alle facetten van crisisbegeleiding invulling te geven.

In de eerste plaats is er onder geestelijk verzorgers discussie over de uitvoering van de meer praktische taken in de acute crisisbegeleiding, zoals de fysieke zelfzorg voor de naaste, waarvoor deze zelf weinig aandacht hebben, vanwege hun eigen aangedaanheid en de sterke emotionele gerichtheid op de patiënt. Hoewel praktische dienstverlening op het eerste gezicht niet tot het domein van geestelijk verzorgers behoort, is dit bij nadere beschouwing een volwaardig en onlosmakelijk onderdeel van de integrale crisisbegeleiding. Allereerst geeft uitvoering van alle voorkomende taken door eenzelfde begeleider de naaste de continuïteit en stabiliteit van een vertrouwd en voortdurend beschikbaar gezicht. In de tweede plaats biedt het voorzien in praktische noden aanknopingspunten voor contact met de naaste. Tot slot beantwoordt praktische zorg tijdens de crisis symbolisch³³ aan voor de naaste broodnodige dimensie van houvast en troost. Kleine,

³³ De uitdrukking 'symbolisch', die in dagelijks spraakgebruik soms de connotatie van 'cosmetisch' of 'fictief' heeft, wordt hier juist bedoeld als waarheidsdrager. Een symbolisch voorwerp of symbolische handeling wordt zo een tastbaar brandpunt dat bevatbaar maakt van wat op een andere wijze amper uitgedrukt of ontvangen kan worden.

praktische gestes maken existentiële waarden ervaarbaar en hebben invloed op het centrale proces van betekenisgeving, dat de kwintessens van geestelijke verzorging vormt. Vanwege de sterke oriëntatie van de naaste op de dierbare, zou het beklemtonen van het belang van zelfzorg als manier om juist de patiënt te kunnen blijven steunen de meest zinvolle ingang zijn om de naaste te bereiken.

Een ander aspect van de eigen plaatsbepaling is de mate waarin geestelijk verzorgers hun beroepseigenheid expliciet willen inbrengen in de begeleidingsrol. Dit geldt bijvoorbeeld voor de profilering - is men 'familiebegeleider' of 'geestelijk verzorger'?- en voor de inbreng van de eigen rituele competentie. In de praktijk blijken rituelen een onmiskenbare bijdrage te kunnen leveren aan het omgaan met (dreigend) verlies, ook voor niet-religieuze naasten. Desondanks lijkt er bij zorgprofessionals, naasten en geestelijk verzorgers schroom te bestaan ten aanzien van rituelen op de hoogtechnologische Spoedeisende Hulp met al zijn 'slangen en tangen'. Ook in de literatuur is het belang van het ritueel als ondersteunend (betekenisgevend) instrument bij de acute crisisverwerking een onderbelicht onderwerp.

Tot slot is de vraag of de individuele geestelijk verzorger naast zijn presente beroepsattitude en beschouwende vaardigheden, ook beschikt over voldoende (potentie tot) de daadkracht en het pragmatisme die vereist kunnen zijn in situaties van acute crisisbegeleiding. Bovendien vereist het fungeren als gids voor naasten op de Spoedeisende Hulp dat iedere betrokken geestelijk verzorger zelf 'wegwijs' is en zich derhalve voldoende specifieke kennis heeft eigen gemaakt van disciplines, processen en faciliteiten op de SEH (en aansluitende transferafdelingen).

De veelzijdigheid van taken, het voortdurend bepalen van de eigen positie en attitude in de steeds veranderende sociale, emotionele en medische situatie, de (uren)lange inzetduur en de impact van de situatie, maken begeleiding bij (dreigend) acuut verlies intensief. Geestelijk verzorgers ervaren de begeleidingstaak zowel organisatorisch-praktisch als persoonlijk-emotioneel als veeleisend, maar halen ook grote voldoening uit het uitdagende en dankbare karakter ervan. De rol van geestelijk verzorgers op de afdelingen Spoedeisende Hulp van Nederlandse ziekenhuizen varieert sterk, van incidenteel op aanvraag tot een frequente standaardinzet. De ervaring leert dat standaardalarmering van geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp een forse extra werkbelasting vormt voor de in de regel kleine teams geestelijke verzorging, maar dat alarmering op aanvraag onvoldoende frequentie geeft om een zichtbare en structurele positie op de SEH te verwerven. De uitvoering van de begeleiding door geestelijke verzorging biedt kansen voor een grotere zichtbaarheid binnen de ziekenhuisorganisatie, zowel op de werkvloer als bij het management, en tot grote waardering bij naasten en zorgprofessionals. Omdat de begeleiding van naasten goed past binnen het huidige mensgeoriënteerde zorgparadigma van ziekenhuizen, lijkt het momentum voor een dergelijke taak ook gunstig. Het verwerven, uitvoeren en behouden van een begeleidingspositie op de Spoedeisende Hulp vraagt echter een significante investering. De mate waarin geestelijke verzorging de beschikbaarheid voor deze specifieke vorm van crisisbegeleiding organisatorisch en persoonlijk wil en kan waarmaken, vraagt dus om een duidelijke principiële en organisatorische afweging.

Dit vraagstuk zou gezien moeten worden binnen de lopende discussie over herziening van het beroepsprofiel in het algemeen, en binnen de veranderende ziekenhuiszorg. Dat geestelijk verzorgers volgens eigen zeggen neigen naar overbelasting dient in het kader van duurzaamheid een aandachtspunt te zijn bij deze intensieve vorm van crisisbegeleiding. Hoewel nazorg, evaluatie en zelfzorg erkend worden als factoren die bijdragen aan de continuïteit en stabiliteit van de begeleiding, zijn deze in de praktijk veelal informeel en weinig structureel georganiseerd. Nazorg, evaluatie en zelfzorg steunen op het initiatief van individuele geestelijk verzorgers, hetgeen de kwetsbaarheid ervan vergroot.

3.3 Kritische reflectie en aanbevelingen

In de methodische paragrafen van dit onderzoek (1.1, 2.1 en 3.1) is verantwoord hoe naar een zo valide mogelijke onderzoeksopzet is gestreefd.³⁴ Toch zijn daar kanttekeningen bij te plaatsen.

Literatuuronderzoek dat zich specifiek richt op naasten op de Spoedeisende Hulp is beperkt beschikbaar. Met de combinatie van drie (recente en gedegen) studies over de Spoedeisende Hulp (Redley et al. 2003; Redley en Beanland 2003; Hallgrimsdottir 2000), aangevuld met onderzoek over de behoeften van naasten in bredere *critical care settings*, bij reanimaties, bij acuut verlies en bij rampen een voldoende representatief theoretisch kader ontstaan. Nader empirisch onderzoek naar ervaringen met de begeleiding op de SEH en de invloed daarvan op het verwerkingsproces onder naasten zelf is wel gewenst, aangezien de literatuur over ontstaan en voorkomen van trauma sterk op theoretisch-filosofische aannames stoelt.

Ook het empirische deel van dit onderzoek is grotendeels gebaseerd op (uitvoerige) interviews met geestelijk verzorgers, omdat het bevragen van naasten ethisch, en praktijkobservatie tijdens de begeleiding organisatorisch niet uitvoerbaar bleek. Hierdoor komt de informatie 'uit tweede hand' en is er sprake van zelfanalyse van geestelijk verzorgers, met het gevaar van sociale wenselijkheid en subjectiviteit. Om de plausibiliteit te vergroten zijn ter aanvulling vijf interviews met verpleegkundigen gehouden, is er geobserveerd op twee afdelingen Spoedeisende Hulp en is er ter aanvulling gebruik gemaakt van artikelen en evaluatieverslagen ('triangulatie'; Baarda 2014). Dit versterkte het beeld dat ook uit de interviews naar voren kwam. De geïnterviewde geestelijk verzorgers bleken daarbij sterk (zelf)reflectief ingesteld en lieten zich genuanceerd, zelfkritisch en zelfcorrigerend uit. Het feit dat vijf van de tien geestelijk verzorger-respondenten en vier van de vijf verpleegkundige respondenten uit eenzelfde ziekenhuis afkomstig waren, zou de generaliseerbaarheid van de resultaten kunnen beperken. De consistentie van het totale beeld dat ontstaan is vanuit interviews, schriftelijke bronnen en observaties geeft die indruk echter niet.

Vanwege het brede karakter van het onderzoek en de beperkte onderzoeksgroep is in de analyse weinig gedifferentieerd naar organisatorische context (pilot of structurele fase, academisch, topklinisch of algemeen ziekenhuis), kenmerken van de geestelijk verzorger (leeftijd, werkervaring,

³⁴ Baarda (2014) onderscheidt externe validiteit (populatie en steekproef), interne validiteit (onderzoekdesign), instrumentele validiteit (instrumenten).

geslacht, levensbeschouwelijke achtergrond) of de situatie (eigenschappen van de naasten, slachtofferkenmerken, reanimatie of trauma, overleven of overlijden). Ook zijn naasten zelf niet betrokken geweest bij dit onderzoek. Hetzelfde geldt voor artsen, hoewel de keuze voor verpleegkundigen legitiem is, gezien hun centrale rol in het zorgproces. De kracht van het voorliggende onderzoek is dat het inzicht geeft in de fenomenen die een rol spelen bij de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp. Van hieruit is verdere theoretische en empirische verbreding en verdieping van dit onderwerp mogelijk, en gewenst. Verdere differentiatie naar context, begeleider of situatie geeft meer zicht op (de samenhang tussen) de verschillende factoren die uiteindelijk bepalen hoe de begeleiding vorm krijgt, en kan zo bijdragen aan doeltreffende en doelmatige begeleiding van naasten in situaties van (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp. Hetzelfde geldt voor vergelijkend onderzoek met crisis-geestelijke verzorging in ons omringende landen³⁵ en andere disciplines, zoals medisch maatschappelijk werk, dat ook ervaring heeft met de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies.³⁶ Onderzoek naar verschillen en overeenkomsten maakt duidelijk waar van elkaars expertise geleerd kan worden en verhogen de kwaliteit van de begeleiding.

Nader onderzoek vanuit het eigen domein van geestelijke verzorging is ook gewenst. Daarbij verdienen twee in de literatuur onderbelichte onderzoeksrichtingen aandacht. Allereerst de rol van narrativiteit en spiritualiteit in het centrale proces van betekenisgeving als copingstrategie bij (dreigend) acuut verlies.³⁷ Naasten zoeken te midden van de ontwrichtende en uitzichtloze situatie naar een perspectief dat weer houvast geeft en een 'safe haven' vormt. Attig (2001) definieert rouwen –omgaan met verlies– als het integratieproces van de on(be)gerijpbare gebeurtenis in het eigen levensverhaal, dat herstel van de eigen integriteit beoogt en waardoor er weer toegang tot de eigen krachtbronnen ontstaat. Het inpassen van de acute situatie in de context van het eigen levensverhaal past in narratieve theorieën (Attig 2001; Ganzevoort 1998). Dit narratieve perspectief komt tijdens de acute crisis in beeld bij de overgang van de vraag van de naaste van 'Wat is er aan de hand?' naar 'Wat is er voor mij aan de hand?' Binnen dat proces van *finding significance* speelt ook het persoonlijke (spirituele) waardenkader een rol. Toespitsing van bestaande theorieën over spirituele coping (Pieper 2012) op de situatie op de Spoedeisende Hulp levert inzicht op over de

³⁵ Zo kent Duitsland een lange en omvangrijke traditie van *Notfallseelsorge*, die al op de plaats van het ongeluk geestelijke begeleiding aan betrokkenen verzorgt.

³⁶ Medisch maatschappelijk werk wordt door respondenten genoemd als beroepsgroep die de begeleiding ook zou kunnen uitvoeren. Bekend is dat het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis (voorheen Sint Elisabeth Ziekenhuis) in Tilburg ervaring heeft met de begeleiding van naasten op de SEH door zowel medisch maatschappelijk werkers (in dagtijd) en geestelijk verzorgers (buiten dagtijd) (Verharen 2009). Geestelijk verzorgers in dit onderzoek typeren de oriëntatie van maatschappelijk werkers als meer doelgericht, systeemgericht en pragmatisch. Dit sluit ook aan bij het beeld dat ontstaat in een onderzoek (Verharen 2010) naar de rol van medisch maatschappelijk werk bij de begeleiding van naasten van traumapatiënten. Deze competenties zouden geestelijk verzorgers mogelijk sterker kunnen ontwikkelen. Maatschappelijk werkers zouden volgens geestelijk verzorgers op hun beurt kunnen profiteren van de meer presentiegerichte attitude van geestelijk verzorgers en hun existentiële en rituele gevoeligheid.

³⁷ Zingeving, betekenisgeving, spiritualiteit en religie zijn meerdubbel uitlegbare begrippen die bovendien niet geheel los van elkaar staan. In dit onderzoek wordt onder zin- of betekenisgeving verstaan: de voor de persoon geloofwaardige interpretatie van de oorzaak, aard en consequenties van de feitelijke omstandigheden. Deze zingeving komt voort uit de eigen spiritualiteit, waarmee hier het de eigen grondhouding ten opzichte van het leven wordt verstaan (dit impliceert dat ieder mens zijn eigen spiritualiteit heeft, onafhankelijk van het (a-)religieuze karakter daarvan). Religie verwijst in dit onderzoek naar de godsdienstige betekenisssystemen die bronnen van de eigen spiritualiteit (en daarmee zin- of betekenisgeving) kunnen zijn. Godsdienst verwijst naar de zichtbare uitingvormen van religie.

bijdrage daarvan aan een constructief verloop van het verwerkingsproces en kan bijdragen aan betere zorg. Dit past ook in binnen de nieuwe definitie van gezondheid (Huber et al. 2011), waarin gezondheid wordt gedefinieerd als welbevinden, waaraan ook de spirituele dimensie bijdraagt.³⁸

Een tweede onderwerp dat nader onderzoek verdient is de bijdrage van rituelen bij (dreigend) acuut verlies. Rouwen om het verlies van een dierbare is volgens Attig (2001) het overgangsproces van liefhebben van de dierbare in diens aanwezigheid naar liefhebben in diens afwezigheid. Overgangsrituelen (*rites de passage*) helpen op grensmomenten de transitie van de ene fase (bijvoorbeeld leven) naar de andere (bijvoorbeeld sterven) te maken (Van Gennep 1960). Een ritueel bepaalt de betrokkenen bij het afscheid, geeft daar vorm en betekenis aan en beoogt een opening te maken voor de nieuwe realiteit door te helpen bij *closure* van wat verloren is gegaan. Vanuit het perspectief van *finding significance* kan het ritueel –ondanks de in de praktijk ervaren schroom- volwaardig deel uitmaken van de crisisbegeleiding op de Spoedeisende Hulp, die zich immers verstaat als een integrale psychopreventieve interventie tijdens de eerste fase van (dreigend) acuut verlies. Overigens zijn overgangsrituelen niet onbekend binnen de ziekenhuisorganisatie. Geaccepteerde rituelen zijn bijvoorbeeld de aanwezigheid van naasten bij reanimatie en het maken van gipsen voetafdrukjes van overleden kinderen voor ouders op de kinderafdeling.

Al het aanbevolen onderzoek draagt bij aan expertise waarmee naasten kunnen rekenen op een methodisch verantwoorde, uniforme en doeltreffende aanpak die maximaal is afgestemd op hun behoeftes. Het voorliggende onderzoek is geïnitieerd vanuit een persoonlijke doelstelling van de onderzoeker om de begeleiding van mensen in situaties van (dreigend) acuut verlies te versterken. Dit is gedaan door individuele praktijkervaringen van geestelijk verzorgers te bundelen en deze expertise te ontsluiten voor anderen die zich daarmee (willen) bezighouden. Enerzijds richt het onderzoek zich specifiek op geestelijk verzorgers, met als doel om de (h)erkenning van juist hun bijdrage aan het zorgproces in het ziekenhuis te vergroten. Anderzijds streeft dit onderzoek ernaar geestelijke verzorging een doelmatig(er) en doeltreffend(er) vakgebied te laten zijn, door kritisch te reflecteren op haar kwaliteit en eigenheid. Tezamen zorgen beide doelstellingen voor een aanvaardbare balans tussen betrokkenheid die het onderwerp recht doet en distantie die een te sterke vooringenomenheid (onderzoeksbias) voorkomt.

Daarbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat in dit onderzoek ziekenhuizen zijn gepresenteerd waar de begeleiding van naasten bij (dreigend) acuut verlies als zinvol en kansrijk wordt ervaren. Investeren in deze taak staat in deze organisaties niet ter discussie. Hoewel tijdens het onderzoek bleek dat dit onderwerp ook in diverse andere ziekenhuizen actueel is, is de uitvoering daarvan door geestelijke verzorging geen uitgemaakte zaak. Zoals immers in de inleiding van dit onderzoek is uiteengezet, bevinden zowel zorg als geestelijke verzorging zich in transitie. De

³⁸ "Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven". De spirituele/existentiële dimensie (zingeving) is volgens Huber et al. (2011) één van de zes hoofddimensies van gezondheid, naast (onder meer) mentaal welbevinden en kwaliteit van leven.

uitkomsten van dit onderzoek vormen inbreng in die herpositioneringsdiscussies. Het gaat dan bijvoorbeeld om fundamentele vragen naar wat de positie van naasten moet zijn in het zorgproces, wie daarvoor verantwoordelijk is, of de geestelijk verzorger vooral zingevingsdeskundige of traumabegeleider is, of hij zich op patiënt of naaste richt, of hij zich specialiseert of generalist blijft en of hij uitvoerend is of vooral andere professionals toerust. Een duurzaam en continue aanbod van begeleiding bij (dreigend) acuut verlies door de betrokken teams geestelijke verzorging vraagt daarom om de ontwikkeling van een helder organisatorisch kader, in de vorm van een visie op de rol die geestelijk verzorgers (niet) spelen in de begeleiding van naasten op de Spoedeisende Hulp. Aspecten die om een standpunt vragen zijn de balans tussen inbedding, continuïteit en praktische haalbaarheid, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, roleigenheid en competenties en tot slot kwaliteitsaspecten, zoals uniforme afspraken over nazorg aan naasten, systematische evaluatie met naasten, collega's en zorgprofessionals en zelfzorg en opleiding voor geestelijk verzorgers.³⁹

Net als de voorgenoemde visie-ontwikkeling, zou ook het verhogen van de bekwaamheid van geestelijk verzorgers bij voorkeur op boven-organisatorisch niveau moeten plaatsvinden. Vanuit de beroepsvereniging kunnen met en voor het werkveld producten worden ontwikkeld die de actuele kennis en vaardigheden over crisisbegeleiding van naasten in acute situaties gebundeld ontsluiten aan (toekomstig) geestelijk verzorgers, bijvoorbeeld in een post-initiële workshop. Met het oog op het veeleisende karakter van de taak, moet daarbij ook de persoonlijke morele weerbaarheid van geestelijk verzorgers aandacht krijgen. Het stabiele aanbod van goed toegeruste geestelijk verzorgers dat hiermee ontstaat, leidt tot een versterking van de begeleiding van naasten op uitvoeringsniveau.

³⁹ De pilot op de Eerste Hart Long Hulp in Isala (Rikmenspoel 2016) geldt in dit verband als een goed voorbeeld van een afgebakende en systematisch voorbereide, gedefinieerde, geïmplementeerde en geëvalueerde manier van werken. Ook is te overwegen of voor evaluatie aansluiting kan worden gezocht bij de Intensive Care, waar een substantieel deel van de patiënten in levensgevaar terecht komt na hun behandeling op de SEH, en waar vaak wel structurele nazorg – en evaluatieprogramma's zijn opgezet.

3.4 Conclusie

Dit onderzoek is opgezet rond de vraag:

Welke invulling geeft de geestelijk verzorger idealiter aan zijn rol van begeleider van naasten bij situaties van (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp?

Vanuit de vergelijking van bevindingen uit een theoretische reflectie op deze rol en een empirische praktijkoriëntatie, kan deze vraag als volgt worden beantwoord:

Idealiter is de geestelijk verzorger als begeleider van naasten op de Spoedeisende Hulp een aanwezig baken in de onbekende, onvoorspelbare en ontwrichtende omstandigheden van het (dreigende) acute verlies van een dierbare. Soms aansturend, soms ondersteunend kan hij aan ontredderde naasten rust brengen in een zee van emoties, door te fungeren als een voortdurend afstemmend verbindingstation dat de relatie bewaakt van de naaste met zichzelf en met alle andere betrokkenen, zoals de patiënt, andere naasten en zorgprofessionals. Zo draagt de geestelijk verzorger, terwijl zijn medische en verpleegkundige collega's zich bekommeren om het leven van de patiënt, al in de eerste acute fase op veelsoortige wijze bij aan de heling van de vernield geraakte verbinding van de betrokken naaste(n) met hun leven. In deze turbulente omstandigheden een competent rustpunt te kunnen zijn en blijven, vereist ook van de geestelijk verzorger zelf dat hij persoonlijk en professioneel stevig verankerd is in de relatie met zichzelf, de naaste en de zorgorganisatie. Het duurzaam organiseren van deze begeleiding vereist 1) het vergroten van kennis door nader onderzoek naar onder andere narrativiteit, spirituele coping en ritualiteit, 2) het verhogen van de vakbekwaamheid door de ontwikkeling van specifieke scholingsmiddelen voor geestelijk verzorgers en 3) het ontwikkelen van een organisatorische visie van geestelijke verzorging op de uitvoering van de begeleiding.

Verder



Finisterre - 'het einde van de wereld', Camino de Santiago, Spanje (bron: eigen beeld)

"...when we lose someone dear, we experience loss of our wholeness. (...) The weaves of our daily life patterns are in tatters. Much of the weaving that comprises our individual and collective life histories is undone. Lines of connection with larger life contexts within which we find and make meaning are broken or damaged. (...) As we grieve we struggle to put our lives back together in a process I call 'relearning the world'. As we relearn the worlds of our experience we reweave the fabric of our lives and come to a new wholeness. We reshape and restore integrity to our daily lives. We redirect and once again experience continuity and meaning in our life narratives. And we reconnect with larger wholes in meaningful ways. (...) Relearning the world after someone we love has died is not a matter of taking in information or mastering ideas or theories. It is, rather, a matter of learning again how to be and act in the world without those we love by our sides. (...) As we grieve we seek and find ways of making a transition to lasting love. (...) The central challenge as we grieve is moving from a life where we loved them in presence to a new life where we love them in absence."

Thomas Attig, *Relearning the World* (2001, 36, 38, 41, 46)

"Perhaps (...) changes were really not observable. There was no sudden, striking, and emotional transition. Like the warming of a room or the coming of daylight. When you first notice them they have already been going on for some time."


C.S. Lewis (1976) over zijn rouwproces in: Thomas Attig, *Relearning the World*, (2001, 50-51)

Ring-Zuid



 Ziekenhuis



 Eerste Hulp
Ambulance



Achtergronden

Literatuur

- Allen, J.
2005 *Coping with trauma: Hope through understanding*. Second edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- ANP
2016 'Steeds meer ouderen melden zich onnodig op Spoedeisende Hulp', <http://www.nu.nl/lifestyle/4347393/steeds-meer-ouderen-melden-zich-onnodig-spoedeisende-hulp.html?redirect=1>. (gezien op 8 november 2016)
- Attig, T.
2001 Relearning the world: making and finding meanings. In *Meaning reconstruction & the experience of loss*, ed. Robert A. Neimeyer, 33-53. Washington: American Psychological Association.
- Auerbach, S., D. Kiesler, J. Wartella, S. Rausch, K. Ward & R. Ivatury
2005 Optimism, Satisfaction With Needs Met, Interpersonal Perceptions of the Healthcare Team, and Emotional Distress in Patients' Family Members During Critical Care Hospitalization. *American Association of Critical-Care Nurses Journal*, <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/3/202.full?sid=700a2c92-7c2b-402b-96c9-401957d73a02> (gezien op 4 april 2016).
- Baarda, B.
2014 *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers BV.
- Baart, A.
2004 *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Boudreaux, E., J. Francis & T. Loyacano
2002 Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitations in the Emergency Department: A Critical Review and Suggestions for Future Research. *Annals of Emergency Medicine* 40 (2), 193-205.
- Bruens, M., C. Doggen, A. Drost, E. Hans, M. Mes, J. Snel, J. van Til, H. Verhey & I. Vliegen
2013 *Optimale logistiek en patiënten voorkeuren in de acute zorgketen; de huisartsenpost en spoedeisende hulp in één geïntegreerde spoedpost. Een implementatie onderzoek van de Centrale Huisartsenpost Almelo, Universiteit Twente en Ziekenhuisgroep Twente in opdracht van ZonMw*. Den Haag: ZonMw.
- Coulter, M.
1989 The needs of family members of patients in intensive care units. *Intensive Care Nursing* 1989 (5), 4-10.
- Davies, J.
1997 Grieving after a sudden death; the impact of the initial intervention. *Accident and Emergency Nursing* 1997 (5), 181-184.
- Davis, C., S. Nolen-Hoeksema
1998 Making Sense of Loss and Benefiting From the Experience: Two Contruals of Meaning. *Journal of Personality and Social Psychology* 75 (2): 561-574.
- Dimond, B.
1995 Death in Accident and Emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 1995 (3), 38-41.
- Dückers, M., M. Rooze
2011 *Handreiking Rampenspirit. Zorg voor de geest*. Diemen: Impact.
- Dykstra, R.
1990 The Intimate Stranger. In *Images of Pastoral Care. Classic Readings*, ed. Robert C. Dykstra (2005), 123-136. St. Louis: Chalice Press.
- Egging, D., M. Crowley, T. Arruda, J. Proehl, G. Walker-Cillo, A. Papa, S. Li & J. Walsh
2009 Emergency Nursing Resource: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing* 2011 (37), 469-473.

- Ekwall, A., M. Gerdtz & E. Manias
 2008 The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing* 17 (6), 800-809.
 2009 Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing* 18 (24), 3489-3497.
- Ganzevoort, R.
 1998 Hoe leest gij? Een narratief model. In: *De praxis als verhaal. Narrativiteit en praktische theologie*, R.Ruard Ganzevoort (ed.). Kampen: Kok, 71-90.
 2005 Als de grondslagen vernield zijn...Over trauma, religie en pastoraat. *Praktische Theologie* 32(3), 344-361.
 2011 Trauma en Geestelijke Verzorging. *Cogiscope* 11 (3), 2-5.
- Gastvrijheidszorg met Sterren
 2016 *Sterrengids 2016*. Auditresultaten (48). Alphen a/d Rijn: Vakmedianet.
- Gennep, A. van
 1960 *The rites of passage*. Chicago: The University Of Chicago Press.
- Hallgrimsdottir, E.
 2000 Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing* 2000 (9), 611-619.
- Hartstichting
 2016 *Reanimatie in Nederland 2016. Cijfers over overleving na hartstilstand buiten het ziekenhuis*. Den Haag: Hartstichting, 2016.
- Huber, M., M. van Vliet, M. Giezenberg, B. Winkens, Y. Heerkens, P. Dagnelie & J. Knottnerus
 2015 Towards a 'patiënt-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal Open*, <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e010091> (gezien op 2 mei 2017).
- Janoff-Bulman, R.
 1992 *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Köberich, S., A. Kaltwasser, O. Rothaug & J. Albarran
 2010 Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care* 15 (5), 241-250.
- Kübler-Ross, E.
 1969 Köberich *On Death and Dying*. Oxford: Routledge.
- Leske, J.
 1986 Needs of relatives of critically ill patients: a follow up. *Heart and Lung* 15, 46-54.
- Medisch Centrum Leeuwarden
 2003 *Procedure Opvang en begeleiding na traumatische gebeurtenis, van patienten, familie en begeleiders door de Geestelijke Verzorging op de Spoedeisende Hulp (versie 2)*. Leeuwarden: MCL.
- Nederlands Bijbelgenootschap
 1951 *Bijbel (NBG vertaling)*. Haarlem: NBG.
- Pater, R.
 2016 *Rust brengen in een zee van emoties. Onderzoeksrapport geestelijke verzorging op de Spoedeisende Hulp van ZGT Almelo-Hengelo*. Stage-onderzoek, Rijksuniversiteit Groningen.
- Pieper, J.
 2012 Religieuze coping. Ontwikkelingen en onderzoek in Nederland. *Psyche & Geloof*, 23 (3), 139-149.
- Redley, B., S. LeVasseur, G. Peters & E. Benthune
 2003 Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 606-615.
- Redley, B., C. Beanland
 2003 Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 95-104.

- Remmerden, B. van
2012 'Niet meer weg te denken' in: *Tijdschrift Geestelijke verzorging*, jaargang 15, nummer 67.
- Rikmenspoel, M.
2016 *Eindverslag pilot reanimatie Isala 2015*. Zwolle: Isala.
- Schrojenstein Lantman, R. van
2007 *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking*. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.
- Steenbergen, van E.
2016 'Spoedeisende Hulp weigert vaker patiënten' in: NRC 23 mei 2016, <http://www.nrc.nl/next/2016/05/23/spoedeisende-hulp-weigert-vaker-patienten-1621922> (gezien op 24 mei 2016)
- Trouw
2017 'Vaker opnamestop spoedeisende hulp' in: Trouw, 16 februari 2017.
- Twibell, R., S. Craig, D. Siela, S. Simmonds & C. Thomas
2015 Being there: Inpatients' Perception of Family Presence During Resuscitation and Invasive Cardiac Procedures. *American Journal of Critical Care* 24 (6), 108-115.
- Tye, C.
1993 Qualified nurses' perceptions of the needs of suddenly bereaved family members in the accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 18 (6), 948-956.
1995 Sudden bereavement in Accident and Emergency: the development and evaluation of a short educational course for qualified nurses. *Accident and Emergency Nursing* 1996 (4), 88-93.
- Verharen, L.
2009 'Opvang voor naasten op de spoedeisende hulp'. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, <https://blog.han.nl/acute-intensieve-zorg/2009/06/25/opvang-voor-naasten-op-de-spoedeisende-hulp/> (gezien op 11 juli 2016).
2010 *Psychosociale Hulpverlening voor naasten van traumapatiënten. Doorbreken van de cirkel van verdriet*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Proefschrift, Universiteit voor Humanistiek Utrecht.
- VGvZ
2015 Beroepsstandaard geestelijk verzorger, Vereniging van Geestelijk VerZorgers, <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/beroepsstandaard-gv-2015/> (gezien op 3 maart 2017).
- Walker, W.
2007 Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing* 61 (4), 348-362.
- Wedden, H. van der
2008 *Reanimatie. Een sociologische analyse van een modern ritueel rondom de dood*. Bachelorscriptie, Universiteit van Amsterdam.
- Weslien, M., T. Nilstun, A. Lundqvist & B. Fridlund
2005 When the unreal becomes real: family members' experiences of cardiac arrest. *Nursing in Critical Care* 10 (1), 15-22.
- Westfries Gasthuis
2015 'Geestelijk verzorgers voor familie op de Spoedeisende Hulp' in: *Jaarverslag 2015 Westfries Gasthuis Hoorn*, <http://www.wfgjaarverslag.nl/2015/kwaliteit-veiligheid-continu-verbeteren-middel-lean/> (gezien op 1 juni 2017).
- Yin, R.
2003 *Case study research. Design and Methods*. 3rd Revised edition. London: Sage Publications Inc.
- Ziekenhuisgroep Twente
2015 *Richtlijn inroepen Geestelijke Verzorging op SEH*. Almelo-Hengelo: ZGT.

Geraadpleegde websites

Ziekenhuizen

Ziekenhuisgroep Twente, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/spoedeisende-hulp-seh/> (gezien op 3 maart 2016).

Isala Zwolle, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <http://www.isala.nl/patienten/specialismen-centra/spoed/over-afdeling>, (gezien op 3 maart 2016).

Westfries Gasthuis Hoorn, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <http://westfriesgasthuis.nl/afdelingen/seh/Paginas/Wat-gebeurt-er-op-de-Spoedeisende-Hulp.aspx> (gezien op 3 maart 2016).

RadboudUMC, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <https://www.radboudumc.nl/afdelingen/spoedeisende-hulp>, (gezien op 3 maart 2016).

Medisch Centrum Leeuwarden, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <https://www.mcl.nl/patient/specialismen-en-centra/spoedeisende-hulp-seh/>, (gezien op 3 maart 2016).

Universitair Medisch Centrum Groningen, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Poliklinieken_en_centra/Paginas/spoedeisendehulp.aspx (gezien op 3 maart 2016).

OLVG Amsterdam, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, https://www.olvg.nl/afdelingen/spoedeisende_hulp_seh, (gezien op 3 maart 2016).

Martini Ziekenhuis Groningen, informatie over de afdeling Spoedeisende Hulp, <https://www.martiniziekenhuis.nl/Bezoek-het-ziekenhuis/Afdelingen/Spoedeisende-Hulp-SEH/>, (gezien op 3 maart 2016).

Landelijk Netwerk Acute Zorg, <http://www.lnaz.nl/lnaz>, (gezien op 3 maart 2016).

Hulpbronnen

Online encyclopedie Wikipedia, <https://nl.wikipedia.org> (gezien op 3 mei 2016)

Online synoniemenwoordenboek Synoniemen.net, <http://synoniemen.net>, (gezien op 14 juni 2017).

Online bijbelvertalingsprogramma Biblegateway.com, <https://www.biblegateway.com>, (gezien op 18 mei 2017).

Beelden

Voorpagina en pagina 2

Porto Lighthouse, fotograaf onbekend, bron: HD Wallpapers,
<http://wallpapers-achtergronden.blogspot.nl/2014/05/vuurtoren-tijdens-storm-op-zee.html>

Overige afbeeldingen
Robin Pater

Bijlage 1. Respondenten

Respondenten telefonische interviews inventarisatie status begeleiding geestelijke verzorging op de SEH				
ziekenhuis	locatie	zorgprofiel	functionaris	datum interview
Westfries Gasthuis	Hoorn	algemeen	geestelijk verzorger	2 april 2016
MCL	Leeuwarden	topklinisch	geestelijk verzorger	2 april 2016
RadboudUMC	Nijmegen	academisch	coördinerend geestelijk verzorger	29 maart 2016
Isala	Zwolle	topklinisch	coördinerend geestelijk verzorger	19 mei 2016
Scheper Ziekenhuis	Emmen	algemeen	geestelijk verzorger	17 mei 2016
Rijnstate	Arnhem	topklinisch	geestelijk verzorger	17 mei 2016
UMCG	Groningen	academisch	geestelijk verzorger	17 mei 2016
ZGT	Almelo-Hengelo	algemeen	coördinerend geestelijk verzorger	2 april 2016
UMCL	Leiden	academisch	coördinerend geestelijk verzorger	20 mei 2016

Respondenten mondelinge interviews uitvoering begeleiding geestelijke verzorging op de SEH					
ziekenhuis	locatie	zorgprofiel	functionaris	datum interview	code
Westfries Gasthuis	Hoorn	algemeen	geestelijk verzorger	16 juni 2016	gv1
Isala	Zwolle	topklinisch	coördinerend geestelijk verzorger	23 juni 2016	gv2
RadboudUMC	Nijmegen	academisch	geestelijk verzorger	29 juni 2016	gv3
MCL	Leeuwarden	topklinisch	geestelijk verzorger	28 juni 2016	gv4
			geestelijk verzorger	28 juni 2016	gv5
			SEH-verpleegkundige	28 juni 2016	vpk5
ZGT	Almelo-Hengelo	algemeen	geestelijk verzorger	14 april 2016	gv6
			coördinerend geestelijk verzorger	29 maart 2016	gv7
			geestelijk verzorger	31 maart 2016	gv8
			geestelijk verzorger	04 april 2016	gv9
			geestelijk verzorger	11 april 2016	gv10
			SEH-verpleegkundige	14 maart 2016	vpk1
			SEH-verpleegkundige	10 maart 2016	vpk2
			SEH-verpleegkundige	8 april 2016	vpk3
SEH-verpleegkundige	21 maart 2016	vpk4			

Bijlage 2. Vragenlijst

'De geestelijk verzorger als begeleider van naasten bij (dreigend) acuut verlies op de Spoedeisende Hulp'

Respondent

Organisatie:

Naam:

Functie:

1. Organisatie

Is er sprake van structurele inzet GV op SEH?

Sinds wanneer?

Hoeveel inzetten GV op SEH per jaar?

Welk type (medische) omstandigheden? (wat zijn de criteria voor inzet?).

Werken jullie volgens een protocol?

Wat legitimeert de begeleiding van naasten op de SEH in het algemeen? (meerwaarde)

Wat legitimeert dat deze begeleiding door GV wordt uitgevoerd?

Hoe zijn de algemene ervaringen van de inzet, zowel van GV als SEH-personeel?

Hoe wordt de inzet gefinancierd?

2. Alarmering

Hoe snel is GV in de regel ter plaatse op de SEH? (absolute tijdsindicatie + relatief i.r.t. naaste)

Is de naaste vooraf geraadpleegd over de begeleiding? Waarom (niet?)

Hoe werkt dat in de praktijk uit?

3. Rolinvulling

Positionering

Hoe vindt introductie aan naaste plaats? Wie doet dat, en hoe?

Wat tref je aan als je op de SEH arriveert? (qua emoties/gedrag)

Hoe vul je je rol als GV in?

Hoe wordt dat bepaald?

Welke factor(en) zijn cruciaal voor goede begeleiding?

Wat is de grootste uitdaging in de begeleiding van naasten op de SEH?

Vaardigheden/competenties

Welke vaardigheden en expertise is nodig?

Is GV daarvoor voldoende toegerust?

Welke competenties mist GV of zijn minder sterk ontwikkeld?

Rolinvulling

Typeer eens jouw positie als begeleider van naasten. Wat is niet jouw rol?

In hoeverre is je rol sturend danwel volgend?

In hoeverre is je rol actief danwel passief?

In hoeverre is er sprake van spreken danwel zwijgen? Waarover/wat spreken?

4. Behoeftes

Welke behoeftes hebben naasten?

Welke behoeftes zijn het sterkst aanwezig (primair, later)?

Hoe voorzie je (niet) in de behoeftes? (instrumenteel, emotioneel, informatief, waarderend)

5. Nabijheid en afstand

Hoe zie je de verhouding tussen nabijheid en afstand?

Welke complicaties spelen er op de SEH?

Welke rol spelen andere naasten?

6. Relatie met SEH-personeel

Hoe staan SEH-professionals (artsen, verpleegkundigen) tegenover begeleiding van naasten?

Welke rol spelen artsen en verpleegkundigen in de begeleiding van naasten?

7. GV specifiek

Wat maakt GV geschikt voor begeleiding naasten op SEH?

Welke rol speelt zingeving?

Welke rol speelt religie?

Welke rol spelen rituelen?

Wat is de unieke bijdrage van GV?

Kunnen andere disciplines dit ook doen? Welke?

8. Nazorg en evaluatie

Wat bepaalt wanneer de begeleiding afgerond wordt?

(Hoe) is er sprake van contact met naasten na ontslag van SEH? Waarom (niet) en zo ja, door wie?

Is er voortzetting van de begeleiding in het ziekenhuis, in thuisituatie of na overlijden?

(Hoe) Is er sprake van feedback van naasten over begeleiding?

(Hoe) is er sprake van feedback van zorgprofessionals?

(Hoe) vindt evaluatie plaats?

Hoe kan de inzet van GV op de SEH nog verbeterd worden?

Is er in het algemeen sprake van voortzetting begeleidingstraject door GV?

Waarom (niet?), hoe vaak en hoe?

9. Zelfzorg

(Hoe) bereid je je voor op een inzet op de SEH?

Hoe lang duurt een inzet? (gemiddeld, minimum, maximum)

Welke impact hebben de inzetten op de SEH op jezelf?

Wat is er voor nodig om de inzetten op de SEH te kunnen blijven doen?

Hoe raakt de begeleiding jezelf en hoe ga je daarmee om?

Is er ruimte en aandacht voor zelfzorg tijdens de inzet? (reflectie in actie)

Is er ruimte en aandacht voor zelfzorg na de inzet? (reflectie na actie)

Tot slot

Is er verder nog iets dat je nog kwijt zou willen?

Hoe heb je dit interview ervaren?

Dank voor de medewerking

Bijlage 3. Codeboek

Codeboek data-analyse praktijkonderzoek geestelijke verzorging op SEH			
thema	deelaspecten		primaire actor
Context	Patiënt		Zorgprofessional
	Proces		
	Plaats		
	Personeel		
Positie	Betrokkenheid		Naaste
Gevolgen	Impact		Naaste
	Reacties		
Focus	Behoeftes		Naaste
Uitvoering	Betekenis	beeldvorming	Geestelijk verzorger
		zingeving	
		religie	
	Nabijheid	reanimatie	
		overlijden	
	Communicatie	informatie	
		betrekking	
		beschikbaarheid	
	Comfort	zelfzorg	
		troost	
Steun	sociale context		
	presentie		
	leiding		
Competentie	Eisen		Geestelijk verzorger en zorgprofessional
Continuïteit	Nazorg, evaluatie en zelfzorg		Geestelijk verzorger en zorgprofessional

Bijlage 4. Protocol SEH

t

Richtlijn inroepen Geestelijke Verzorging op SEH (ZGT)

Doel:

- Ondersteuning van patiënt, familie/naasten
- Nazorg voor patiënt/familie/naasten
- Ontlasten van werkzaamheden op SEH in chaotische, gespannen en drukke situaties

Inschakelen GV , naar bevinden, kan bij:

- Acut levensbedreigende situaties van patiënten
- Levensbedreigende situaties rondom kinderen
- Onverwacht overlijden van kinderen
- Grote ongevallen met levensgevaar
- Spanningen en onrust bij patiënt/familie/naasten
- Patiënt/naaste die er op dat moment alleen voor staat

GV voor medewerkers SEH

- Persoonlijke en professionele ondersteuning van medewerkers SEH
- Voorzitten van Trauma gesprek en/of Moreel Beraad

Afspraken tussen SEH en GV

- Na inschakelen meldt de GV zich bij de desbetreffende VPK
- Tussentijdse afstemming
- Terugkoppeling van GV aan desbetreffende VPK
- GV registreert in eigen programma de oproepen
- Evaluatie na zes maanden van deze richtlijn en de praktijk
- Van richtlijn naar protocol indien gewenst
- Vanuit de GV zijn Bea Holtrust (3771) en Anton Scholte (3769) eerst verantwoordelijken

Praktische informatie:

Geestelijke Verzorging is 24/7uur bereikbaar.


Secretariaat GV: 3763.

Buiten kantooruren via receptie of AWN-hoofd in te roepen.

Opgesteld door:

Annie Braam
Cecil Stegeman
Anton Scholte
Bea Holtrust

© ZGT, 2015-06-17

	Titel	Procedure opvang en begeleiding na traumatische gebeurtenis, van patiënten, familie en begeleiders door de Geestelijke Verzorging op de SEH	
	Doc.nr.	MCL-SEH-PRO-034	Versie 2
	Status	Vrijgegeven	
	Norm		Reikwijdte Alle ziekenhuizen MCL

Documenteigenaar	Kootstra, R Emmelt (Spoedeisende Hulp Verpleegkundige)
Medeauteur	Oost, Fiona (Spoedeisende hulpverpleegkundige)

Inhoudsopgave

[Doel](#)

[Toepassingsgebied en indicatie](#)

[Werkwijze](#)

[Arbo, milieu en hygiëne aspecten](#)

[Bijbehorende documenten](#)

[Begrippen](#)

Doel (terug naar inhoudsopgave)

Vastleggen van taken en verantwoordelijkheden van betrokkenen bij de opvang en begeleiding van patiënt familie en begeleiders na een traumatische gebeurtenis.

Toepassingsgebied en indicatie (terug naar inhoudsopgave)


Spoedeisende Hulp Afdeling.

Werkwijze (terug naar inhoudsopgave)

WIE	ACTIE	VOORWAARDE
ZoCo SEH	Schakelt de Geestelijke Verzorging in	-Bij patiënten met een traumatische gebeurtenis waarbij hulp nodig wordt geacht; -Tijdens kantooruren bereikbaar (zie Dienstlijst Geestelijke Verzorging; zie Begrippen) ; -Buiten kantooruren via de 24 uurs post
Verpleegkundige SEH	Geeft een mondelinge overdracht aan de Geestelijke Verzorging Informeert de patiënt, familie en begeleiders over de gang van zaken op de SEH en de vorderingen	-Reden van oproep -Situatieschets van het moment -Wat is de hulpvraag -Geestelijke Verzorging is hierbij aanwezig -Minimaal eens per 30 minuten en zonodig vaker
Arts-assistent/Specialist	Informeert patiënt, familie en begeleiders over de medische toestand van patiënt	-Na vaststellen van de diagnose en indien nodig eerder -De Geestelijke Verzorging is hierbij aanwezig
Geestelijke Verzorging	Vangt familie en begeleiders op Draagt zorg voor een duidelijke communicatie tussen medewerkers SEH/Specialisten, patiënt familie en begeleiders Er vindt verslaglegging plaats	-Is continu aanwezig bij de familie en begeleiders -In familiekamer SEH -Na elke opvang
Verpleegkundige/Geestelijke	Er vindt een evaluatie plaats	-Na elke opvang

Afdrukdatum
29-06-15 15:22

Pagina 1 van 2

	Titel	Procedure opvang en begeleiding na traumatische gebeurtenis, van patiënten, familie en begeleiders door de Geestelijke Verzorging op de SEH	
	Doc.nr.	MCL-SEH-PRO-034	Versie 2
	Status	Vrijgegeven	
	Norm		Reikwijdte Alle ziekenhuizen MCL

Verzorging		-Direct of binnen 24 uur
------------	--	--------------------------

Arbo-, milieu- en hygiëne aspecten ([terug naar inhoudsopgave](#))

Algemeen geldende regels op het gebied van arbo, milieu en hygiëne tenzij anders vermeld.

Bijbehorende documenten ([terug naar inhoudsopgave](#))

—

Begrippen ([terug naar inhoudsopgave](#))

Dienstlijst Geestelijke Verzorging: Deze lijst wordt wekelijks, op donderdag, gemaïld naar de Teamleider en Manager SEH.