
Niet meer weg te denken

De crisisbegeleiding van de geestelijke verzorging is binnen de Spoed Eisende Hulp van het Medisch Centrum Leeuwarden niet meer weg te denken. Dit is dan ook een verhaal over een succesvol werkende procedure rond zorg die in de eerste uren van een crisisopname ook de naasten ziet en 'meeneemt'. Zorg waarvan het belang op andere afdelingen steeds meer gezien wordt. Het verhaal is aangevuld met de belangrijkste voorwaarden om dit werk goed te kunnen doen.

Ben van Remmerden

Geschiedenis

De geestelijke verzorging van het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) draait al ruim twintig jaar een reguliere 24-uurs bereikbaarheidsdienst binnen het MCL. Gedurende de 24 uur is bij toerbeurt altijd een geestelijk verzorger via de 24-uurspost van het ziekenhuis in te schakelen. De eerste jaren betrof het vooral verzoeken rond stervensbegeleiding, ziekenzalving / ziekenzegen. Bij grote ongevallen werden de geestelijk verzorgers door de Spoed Eisende Hulp (SEH) incidenteel ingeschakeld om de naasten van patiënten te begeleiden en te ondersteunen. Dit werd niet alleen door patiënten en hun naasten, maar ook door veel artsen en

verpleegkundigen erg op prijs gesteld (Van Remmerden 1997, p. 47).

Voor ons was dat voldoende aanleiding om eind jaren negentig een meer structurele bijdrage van de geestelijke verzorging op de SEH te bepleiten. De toenmalige centrummanager bleek daar echter niet voor open te staan. Een paar jaar later werd hij opgevolgd door een teamleider die op basis van eigen ervaring heel enthousiast regeerde op ons idee over intensievere samenwerking op de SEH.

Ruim tien jaar geleden hebben we in samenwerking met deze nieuwe centrummanager en zijn team een procedure ontwikkeld voor een structurele zorgvuldige opvang en begeleiding van mensen in crisissituaties. Deze procedure is verwerkt tot bijgaand document (zie pagina hiernaast).

Deze standaard bleek uitstekend te werken. Binnen twee jaar was er bijna een verdubbeling van onze inzet op de SEH. De oproepen stegen van 20 in 2003 naar 38 in 2005. In ons jaarverslag van 2005 konden we dan met trots melden dat we ook dat jaar weer terug konden zien op een uitstekende samenwerking met de verpleegkundigen, specialisten en arts-assistenten op de SEH. Alle partijen vinden dat deze zorg binnen de SEH niet meer weg te denken is (Van Remmerden 2006, p. 3). We kregen kort daarop via de mail een reactie van de directeur onder wiens aandachtsgebied de SEH viel. Hij liet ons weten dat hij het met deze uitspraak roerend eens was. 'Jullie spelen daar op de SEH een onmisbare rol.'

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, Rimmelt (Spoedeisende Hulp Verpleegkundige)
Medeauteur	Oost, Fiona (Spoedeisende hulpverpleegkundige)

Doel

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

Toepassingsgebied en indicatie

Spoedeisende Hulp Afdeling.

Werkwijze

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 uren 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 Verzorging	Er vindt een evaluatie plaats	-Na elke opvang -Direct of binnen 24 uur

Arbo-, milieu- en hygiëne aspecten

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

Begrippen

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

In 2009 werden we al 82 keer door de SEH opgeroepen en 45 keer door ander afdelingen, waaronder vooral door de IC en het Hartcentrum. Deze en vele andere afdelingen weten ons nu steeds beter te vinden en ook met hen is meestal van een prima samenwerking en afstemming sprake. Het aantal oproepen neemt nog steeds toe. Gemiddeld worden we nu 2 à 3 keer per week ingeschakeld.

Verschillende soorten oproepen

Op de SEH komen we vooral bij multitrauma (zeer zwaar ongevalletsel), massale hersenbloedingen en bij reanimaties in beeld. Je treft dan bijna altijd een levensbedreigende situatie aan. Er wordt heel hard 'gevochten' om de patiënt te stabiliseren, indien nodig zo snel mogelijk te opereren en/of voor te bereiden op een opname op de Intensive Care (IC). Wij bieden dan vooral zorg die ook naasten van de patiënt ziet en 'meeneemt' (Baart e.a. 2011, p. 320). De patiënt zelf komt vaak dagen later pas in beeld als hij herstellende is op de IC of in het Hartcentrum.

Door de verbetering van de verkeersveiligheid zien we al jaren een afname van grote ongevallen. In ons ziekenhuis komen wel steeds meer reanimaties binnen door de concentratie van zorg en de medisch-technische mogelijkheden

die een topklinisch ziekenhuis als het MCL kan bieden. Ondanks de toenemende medische expertise rond reanimatie blijft het positieve effect ervan gering. Ruim de helft van de gereanimeerde patiënten komt al op de SEH te overlijden. Bij een behoorlijk aantal in eerste instantie succesvol gereanimeerde patiënten moet na een aantal dagen op de IC na zorgvuldige afweging de behandeling gestopt worden omdat er van een zinvol leven geen sprake kan zijn door de nare gevolgen van de tijd dat de hersenen het zonder zuurstof moesten doen. 'Globaal kun je zeggen dat van de tien mensen die worden gereanimeerd, er twee weer een normaal leven kunnen leiden' (De Rek 2012, p.

3). Op onze SEH mogen naasten altijd meekijken bij de reanimatie van hun dierbare. Ze zien dan óók de emoties van artsen en verpleegkundigen die bezig zijn om iemand het leven te redden. Reanimatie wordt op die manier bijna een voor nabestaanden belangrijk ritueel dat bijdraagt aan het rouwproces, ook als het medisch nut betwijfeld kan worden (Van der Wedden 2008, p. 8-9).

Ongevraagde aanwezigheid

We zijn vaak al eerder dan de naasten in het ziekenhuis gearriveerd om hen tijdig op te vangen en te ondersteunen. Dat kan omdat wij ongevraagd ingeschakeld worden. Expliciet ondersteund door de centrummanager hebben we hier bij de start van de procedure bewust voor gekozen. Als aan de naasten van te voren toestemming gevraagd zou worden, zou lang niet iedereen van deze vorm van ondersteuning en begeleiding gebruik maken.

We hebben het hier wel over levensbedreigende situaties waar onder grote druk door artsen en verpleegkundigen heel snel gehandeld moeten worden: crisissituaties waarin ook veel gevraagd wordt van naasten, die in de eerste uren vaak nog alleen zijn. In veel situaties komt het overlijden totaal onverwacht en heeft men op geen enkele wijze van hun dierbare afscheid kunnen nemen. Komt de patiënt er in eerste instantie doorheen, dan volgt voor de naasten meestal een periode van afwachten, met veel angst en onzekerheid over het vervolg. Komt hun dierbare er wel uit, dan is de vraag of er van een menswaardig bestaan, van kwaliteit van leven voor hem of haar gesproken kan worden. Het is dan belangrijk iemand in huis te hebben die alle tijd voor hen heeft, die zorgvuldig bij hun emoties, hun belevingen, hun leefwereld weet aan te sluiten, die oog heeft voor de soms totale ontredde maar ook de vaak grote veerkracht bij mensen, en die ook ziet dat in deze situaties vooral elkaar helpen helpt, die praktische hulp kan geven, bemiddelt, een vraagbaak of sparringpartner kan zijn en zo nodig voor hun belangen weet op te komen en die hen ook blijft vol-

Zorg die ook de naasten van de patiënt ziet en meeneemt

gen of aan één van de directe collega's overdraagt na de opname van hun dierbare op de IC of het Hartcentrum (Van Doremalen e.a. 2010, p. 3).

Kort geleden nam de centrummanager van de SEH afscheid omdat hij gevraagd was voor een coördinerende managementfunctie rond de crisisopvang in Noord-Nederland. Bij zijn receptie roemde hij onze goede samenwerking. 'Voor veel patiënten en vooral hun naasten, die via de SEH waren binnengekomen, zijn jullie de rode draad geworden in ons ziekenhuis. Al die afgelopen jaren hebben we nooit meer een klacht rond deze opvang ontvangen. En dat wil wat zeggen!' We horen er net als de artsen en verpleegkundigen gewoon standaard bij. Dat neemt niet weg dat naasten wel altijd de vrijheid hebben om van deze vorm van opvang en begeleiding af te zien. Geestelijke verzorging kan negatieve associaties oproepen, of men is gewoon 'hulpverlenermoe' geworden doordat men in het verleden al veel negatieve ervaringen met hulpverleners heeft opgedaan. Het gebeurt echter zelden dat onze ondersteuning ter plaatse afgewezen wordt.

Waarom geestelijk verzorgers?

Bij deze crisisbegeleiding hebben wij als geestelijk verzorgers veel te bieden omdat 'we deskundigen zijn in het begeleiden van grensverkeer' (Anbeek 2012, p. 6). En er zijn veel van die grensgebieden die bij crisissituaties een rol kunnen spelen, zoals: leven en dood, macht en machteloosheid, eenzaamheid en verbondenheid, vrijheid en verantwoordelijkheid, zinvolheid en zinloosheid, dat wat met woorden te zeggen is en waar geen taal meer is.

We zijn goed thuis in rituelen rond het sterven, de dood en de uitvaart. Wij weten hoe belangrijk het is om goed afscheid te kunnen nemen. Hoe belangrijk die laatste dagen voor de uitvaart voor de nabestaanden kunnen zijn. En wat er tegenwoordig allemaal wel niet mogelijk is. Zo werd vorig jaar een gerenommeerd oud-voetbaltrainer van o.a.

de plaatselijke voetbalclub Cambuur vanuit hun voetbalstadion begraven. Een kwestie van even verder en anders denken. Ook zijn we deskundig op het terrein van moral counseling. Bij crisissituaties spelen er bij naasten vaak grote emoties en morele dilemma's rond het wel of niet doorbehandelen, orgaan- en weefseldonatie en obductie.

Belangrijke voorwaarden

Er zijn een aantal belangrijke voorwaarden om dit werk goed te kunnen doen (zie ook Mackor 2007, p. 21-37).

a. Voldoende bezetting

Deze bereikbaarheidsdienst vraagt veel van ons. Dit kunnen we alleen maar doen door een substantiële bijdrage van onze collega's geestelijke verzorgers van Noorderbreedte, de Divisie Ouderenzorg van ons concern Zorgpartners Friesland. Zij nemen op jaarbasis 15 weken voor hun rekening. Afspraak is daarbij dat wij tijdens onze bereikbaarheidsdienst dan ook inzetbaar zijn voor de locaties van Divisie Ouderenzorg regio Midden. Op dit moment wordt de bereikbaarheidsdienst door 9 geestelijk verzorgers gedraaid. Tijdens de 'kantooruren' heeft één van de geestelijke verzorger van het MCL de 'stip' voor de bereikbaarheidsdienst. Hierbij wordt geestelijke verzorger van het MCL, die in die week de reguliere bereikbaarheidsdienst draait, zoveel mogelijk ontzien. Het weekrooster rond onze bereikbaarheidsdienst wordt breed de organisatie in gestuurd.

b. De financiering

Zowel het draaien van de bereikbaarheidsdienst als de oproepen, waar we gemiddeld drie uur mee bezig zijn, kunnen via geld of vrije tijd gecompenseerd worden. We hebben er allemaal bewust voor gekozen alles te laten uitbetalen. Voor een week bereikbaarheidsdienst krijg je 9 uur compensatie en bij de gewerkte uren komen vaak onregelmatigheidstoelagen. Rekening houdend met de oproepen tijdens de 'kantooruren' komen we op al gauw uit op ruim 650 uur op jaarbasis, die gecompenseerd moeten worden. Door deze uren als vrije tijd op te nemen

zouden we met onze kleine bezetting nog meer onder druk komen te staan. Voor de inzet op de SEH en andere afdelingen in het ziekenhuis worden de collega's uit de ouderenzorg betaald door het MCL.

c. Een goede samenwerking

Een belangrijke voorwaarde was ook het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking. Hier zijn wij goed in geslaagd. Zowel op de SEH als op de IC, waar wij het meeste in beeld zijn, is er een prima samenwerking met de specialisten en de verpleegkundigen gerealiseerd. Beide afdelingen hebben de laatste jaren een grote kwaliteitsslag gemaakt met de komst van eigen specialisten: de intensivisten op de IC en de SEH-artsen op de SEH. Na afloop van de oproep vindt er meestal een korte evaluatie plaats, waarbij we ook kijken naar onze betrokkenheid rond het mogelijke vervolgtraject. In situaties waarbij de impact voor alle betrokkenen groot was, nemen we vaak meer tijd om samen 'even op verhaal' te komen.

Deskundigen in het begeleiden van het grensverkeer

Op andere afdelingen, zoals het Hartcentrum, krijgt deze samenwerking ook steeds beter gestalte. Mede door de uitwerking van deze procedure leveren we op de hartbewaking via een andere procedure een structurele bijdrage aan de begeleiding van oudere hartpatiënten die een hartklepoperatie moeten ondergaan.

We hebben een uitstekende samenwerking met medewerkers van het mortuarium. Een aantal mensen die buiten het ziekenhuis zijn overleden worden rechtstreeks naar het mortuarium gebracht. Indien nodig bieden we ook daar aan de nabestaanden de nodige ondersteuning en begeleiding.

d. Registratie

Elke oproep wordt zorgvuldig geregistreerd met een kleine schets van de situatie, de

vorm van onze begeleiding, op welke afdeling, tijdsduur, evaluatie, doorverwijzing en mogelijke aandacht- of verbeterpunten. Een aantal uitkomsten daarvan worden gebruikt om ons te verantwoorden en op allerlei ontwikkelingen te kunnen inspelen. Zo hebben we op basis van onze ervaringen rond de soms gebrekkige communicatie met de naasten al in een vroeg stadium de komst van eigen SEH-artsen bepleit. Uit registratie blijkt dan dat een aantal zaken voor verbetering vatbaar is. Een voorbeeld daarvan is zeker het omgaan met obductie na het overlijden van de patiënt. Als dit niet voor 12.00 uur is aangemelde, is het pas de volgende dag mogelijk. Komt iemand op vrijdagmiddag te overlijden, dan wordt het gezien de beperkte beschikbaarheid van pathologen-anatomen vaak over het weekend getild. Dan krijg je procedures die afbreuk doen aan mogelijkheid van de naasten om waardig afscheid te nemen van hun dierbare. We hebben dit bij de directie aangekaart en er is hierover overleg met de coördinator van de pathologen-anatomen in Friesland geweest. Dit heeft uiteindelijk niet veel opgeleverd.

Bij navraag blijkt dit in veel ziekenhuizen de gangbare praktijk te zijn, mede versterkt door het feit dat de mortuaria vaak worden uitbested. In ons ziekenhuis wekt deze handelswijze steeds meer verzet, niet het minst bij de begeleidende SEH-artsen.

e. Zelfzorg en zelfreflectie

Meedraaien in deze bereikbaarheidsdienst is zwaar. Zowel de fysieke als de emotionele belasting is vaak groot. Onze gemiddelde leeftijd ligt ruim boven de 50 jaar. Het hakt erin als je 's nachts wordt opgeroepen en een paar uur later in de ochtend weer voor je reguliere werk moet aantreden. En dan maar hopen dat je de volgende nacht niet weer wordt opgeroepen. In het begin draaide ieder van ons een hele week bereikbaarheidsdienst. Daar zijn de meeste collega's van afgestapt. Zij kiezen nu voor een midweek of langweekend. Daarnaast is er de mogelijkheid dat één van de collega's na een zware crisissituatie het tijdelijk van je over-

neemt. Dit vraagt dan wel een flexibele opstelling van het team. Regelmatig worden ook om andere redenen diensten van elkaar overgenomen zonder dat het grote problemen oplevert.

Het belang van een goede 'debriefing' staat buiten kijf. Het is goed te weten dat je na een crisissituatie bij de collega's binnen kunt vallen om bij te praten en je verhaal te doen. Binnen het ziekenhuis loopt dat welhaast vanzelfsprekend. Voor de collega's in de ouderenzorg ligt het lastiger. We hebben de afspraak dat ze in het ziekenhuis altijd rond 9.00 uur langs kunnen komen om even bij te tanken. Rond onze taakopvatting, de methodische en persoonlijke taakuitvoering van dit werk hebben we eind vorig jaar een studieochtend belegd onder begeleiding van traumadeskundige Dr. Jos de Keyser. Voor dit jaar wordt nog een evaluatiebijeenkomst met de verpleegkundigen, de SEH-artsen en het management van de SEH gepland.

Er wordt veel van ons gevraagd, maar we twijfelen geen van allen aan het belang en de zin van deze vorm van crisisbegeleiding. Veel nabestaanden zien we terug op een van de herdenkingsbijeenkomsten tijdens onze jaarlijkse herdenkingsdag in november (Van Doremalen 2010, p. 13). Dan praten we na afloop altijd nog even bij en staan we stil bij wat er toen gebeurd is en hoe het nu met hen gaat. Vaak laten ze ons dan weten hoe blij ze achteraf waren dat er tijdens de crisissituatie een betrokken en deskundig iemand voor hen was, die luisterde, af en toe raad gaf, met hen meeliep en een rode draad voor hen kon zijn.

Ben van Remmerden is afdelingshoofd geestelijke verzorging MCL en stafmedewerker Stuurgroep Ethiek MCL

Met dank aan de collega's Grietje Willy van Bochove, Fons van der Meulen, Harry Nobbe en Gerda Wiersma van Noorderbreedte, Divisie Ouderenzorg en de collega's René van Doremalen, Joep van de Geer, Rinske Nijendijk en Jan Willem Uringa van het MCL voor het kritisch meelesen en de vele suggesties bij het schrijven van dit artikel.

Literatuur

Christa Anbeek (2012). *Onze waardigheid bestaat niet louter uit zelfbeschikking, vrijheid en zelfontplooiing.*

Artikel rond het thema 'vrijwillig levenseinde' in *Trouw*, 11 februari 2012 (Letter & Geest, 18).

Andries Baart, Jolanda van Dijke, Marjanneke Ouwerkerk, Elly Beurskens (2011). *Buigzame zorg in een onbuigzame wereld. Presentie als transitiekracht.* Den Haag, Boom Lemma.

Doremalen, René van, Joep van de Geer, Rinske Nijendijk & Ben van Remmerden (2010). *Geestelijke verzorging in topklinisch perspectief. Jaarverslag & toekomstvisie.*

Mackor, Anne Ruth (2007). *Standaardisering van geestelijke verzorging.* Tijdschrift Geestelijke Verzorging 10 (2007) nr. 44, 21-37.

Rek, Wilma de (2012). *Lange neus naar de dood.* Artikel over wel/niet reanimeren in *de Volkskrant*, 10 maart 2012 (Het Vervolg, 3). - Betreft uitspraak van de neuroloog Michael Kuiper, voorzitter van de Nederlandse Reanimatieraad en intensivist bij het Medisch Centrum Leeuwarden.

Remmerden, Ben van (1997). *Verdriet en troost in de praktijk van de humanistische geestelijke verzorging op de Intensive Care en de EHBO, Praktische Humanistiek 7/2.*

Remmerden, Ben van (2006). *Jaarverslag 2005, Staf Geestelijke Verzorging MCL.*

Wedden, Hugo van der (2008). *Reanimatie. Een sociologische analyse van een modern ritueel rondom de dood.* Scriptie in het kader van zijn studie sociologie.