



The Way of the Cross III, 2015, mixed media, 100 x 100 cm

Wie begeleidt familie bij reanimatie?

Een pilot met de geestelijk verzorger als familie-ondersteuner

TIJDENS EEN JAARLIJKS afstemmings-overleg tussen de geestelijk verzorger en de leidinggevende van de afdeling Eerste Hart Long Hulp (EHLH) komt de vraag naar de begeleiding van familieleden bij reanimatie naar boven. De leidinggevende heeft van haar medewerkers gehoord dat recent bij de reanimatie van een jonge man de geestelijk verzorger is gebeld, die 'goed werk' heeft verricht. De afdeling had de aanwezigheid van de geestelijk verzorger als steunend en rustgevend ervaren. Daarnaast vertellen verpleegkundigen met regelmaat dat ze het gevoel hebben tekort te schieten in de zorg aan de naasten: vanwege de focus op de patiënt en het ontbreken van specifieke competenties. De leidinggevende vraagt de geestelijk verzorger om na te gaan of er mogelijkheden zijn om deze vorm van ondersteuning protocollair (standaard) aan te bieden.

Onderzoek

We starten met een literatuuronderzoek naar mogelijkheden en onderbouwing voor geestelijke verzorging bij reanimaties. Daarnaast wordt bij andere ziekenhuizen navraag gedaan naar werkwijze en ervaringen.¹ Binnen Isala wordt met diverse be-

Binnen het ziekenhuis Isala Zwolle heeft een klein onderzoek plaatsgevonden naar de mogelijkheden om de geestelijk verzorger in te zetten als familie-ondersteuner bij reanimaties op de Eerste Hart Long Hulp. De betrokken geestelijk verzorgers doen verslag.

Marjanne Dijk en Marjolein Rikmenspoel

trokkenen gesproken; artsen en verpleegkundigen werkzaam op de Intensive Care (IC), de familiebegeleiding op de IC, leidinggevenden EHLH en IC, en geestelijk verzorgers. Op grond van de gevoerde gesprekken en de bestudering van de literatuur wordt besloten om een pilot uit te voeren. De resultaten van de pilot zullen richtinggevend zijn voor toekomstige stappen.

Patiënt en familie als geheel

In met name Engelstalige artikelen in medische tijdschriften blijkt dat er afgelopen jaren veel veranderd is in de betrokkenheid van naasten bij reanimatie. De visie op de

Casus

Een ouder echtpaar zit thuis op de bank. De man is al een tijdje niet lekker. Plotseling begint hij anders te ademen en valt opzij. De vrouw belt een buurvrouw, die snel 112 belt. Via de telefoon krijgt mevrouw begeleiding in wat ze moet doen: haar man op de grond leggen, Basic Life Support beginnen. De kinderen worden gebeld, de ambulance komt en de familie rijdt er achter aan naar het ziekenhuis. Meneer wordt naar de crashkamer gereden. Daar gaat de reanimatie door. De echtgenote en een dochter zijn in de crashkamer aanwezig. De verdere familie wordt naar een familiekamer gebracht. Daar wachten ze op de arts, op informatie, hopen en wanhopig. De artsen en verpleegkundigen volgen het reanimatieprotocol. Ze geven zo nu en dan aandacht aan de aanwezige echtgenote en dochter, die stil in een hoek zitten. Ze beseffen dat de rest van de familie ergens anders zit, proberen zo vaak als mogelijk even om de hoek te kijken en hen bij te praten. Maar er is geen gelegenheid om bij de familie te gaan zitten voor ondersteuning of begeleiding.

'Aanwezigheid geestelijke verzorging wordt als waardevergroterend gezien voor het hele zorgproces.'

verpleegkundige EHLH

patiënt is verbreed naar de patiënt en familie als één geheel. Een meer familiegerichte benadering van zorg betekent een toename van het aantal reanimaties met familie in de crashkamer. Enig onderzoek is inmiddels gedaan naar de effecten van de aanwezigheid van familie bij reanimaties. Maar hoe voorzie je in zorg voor de familie tijdens reanimatie-procedures? De conclusies van de diverse door ons verzamelde artikelen lijken in eenzelfde richting te wijzen. Als de familie aanwezig is bij de reanimatie, is het noodzakelijk dat er een vrijgestelde zorgprofessional is om de familie voor en tijdens de procedure te ondersteunen (Cottle & James, 2008). Die zorgprofessional kan een verpleegkundige zijn, maar ook een geestelijk verzorger of een maatschappelijk werker. 'The chaplain's background and ability to interpret medical information, combined with the emotional and spiritual support he or she can offer, make the chaplain suitable for this role' (Cottle & James, 2008, p. 43). Waarbij wel vermeld moet worden dat de term geestelijk verzorger bij sommige pa-

tiënten en hun families ongewenste associaties kan oproepen ('als er een dominee komt, moet het wel heel erg zijn' of 'wij zijn niet gelovig, dus we hebben geen behoefte aan geestelijke verzorging'). In een van de artikelen worden verschillende thema's genoemd die voor familie-ondersteuners (zowel verpleegkundigen als geestelijk verzorgers) een rol spelen (James et al., 2011).

Als familie-ondersteuner (a) kijk je voortdurend naar de manier waarop de familie met de situatie omgaat en je handelt daarnaar; (b) bied je de familie de keuze om bij de reanimatie te blijven of ergens anders heen te gaan; (c) navigeer je in de omstandigheden: dichtbij zijn en niet in de weg zitten; (d) leg je in begrijpelijke taal uit wat er gebeurt, indien gewenst (en breng je medische en emotionele taal in verbinding); (e) kom je zelf in het reine met de dood; en (f) verkeer je soms in een innerlijk conflict over de vraag of je als familie-ondersteuner wel geaccepteerd wordt door de leden van het reanimatieteam.

De verpleegkundige of de geestelijk verzorger als familie-ondersteuner?

De vraag doet zich voor waar een ziekenhuis of een afdeling voor kiest: voor de verpleegkundige als familie-ondersteuner, de geestelijk verzorger, of wellicht de maatschappelijk werker of een vrijwilliger? In dit artikel gaan we in op de verpleegkundige

en de geestelijk verzorger. De verpleegkundige heeft kennis van procedures rond reanimaties en is onderdeel van het reanimatieteam. Dat maakt de verpleegkundige een geschikte familie-ondersteuner. Het kan echter lastig zijn om de rollen van uitvoerend verpleegkundige en familie-ondersteuner te scheiden of te combineren. Een ander probleem is dat de spirituele competentie bij verpleegkundigen niet altijd in voldoende mate aanwezig is. De emotionele impact is ook een aandachtspunt. Onderzoek toont aan dat 70% van de verpleegkundigen zich niet in staat voelt om te kunnen omgaan met de noden en behoeften van de familie gedurende de reanimatie (Ellison, 2003).

In de VS en in Groot-Brittannië worden hier en daar geestelijk verzorgers ingeschakeld als familie-ondersteuner. De geestelijk verzorger heeft als kern van zijn werk de ondersteuning van patiënt, familie en zorgprofessionals in tijden van emotioneel en existentieel ingrijpende gebeurtenissen. Hun ervaring en expertise wordt als waardevol ervaren. Volgens Van Remmerden (2012, p. 43) is de geestelijk verzorger bij uitstek deskundig 'in het betreden van grensgebieden die bij crisissituaties een rol kunnen spelen, zoals: (...) leven en dood, macht en machteloosheid, eenzaamheid en verbondenheid, vrijheid en verantwoordelijkheid, zinvolheid en zinloosheid, wat met woorden te zeggen is en waar geen taal meer is.' Van Remmerden (2012) noemt in hetzelfde artikel de belangrijkste voorwaarden om de geestelijk verzorger als familie-ondersteuner in te kunnen schakelen: voldoende bezetting, financiering, goede samenwerking, registratie, zelfzorg en zelfreflectie.

Er is verschil tussen de manier waarop een verpleegkundige en de manier waarop een geestelijk verzorger als familie-ondersteuner functioneert. De laatste zal meer de spirituele dimensie kunnen herkennen en benoemen. Een andere specifieke kwaliteit van de geestelijk verzorger is haar 'tweetaligheid': ze kan medische taal begrijpen en die vertalen voor familie en patiënten. Bij niet suc-

cesvolle reanimaties kan de geestelijk verzorger bij de familie blijven tot ze weer naar huis gaan. Als de patiënt na een reanimatie wordt opgenomen in het ziekenhuis verzorgt de geestelijk verzorger ook de vervolgzorg aan patiënt en familie. Daarnaast kan de geestelijke verzorging steun bieden aan het reanimatieteam. Wat echter niet vergeten mag worden is de zorg voor de geestelijk verzorger zelf in deze rol; te denken valt aan

'Er is meer aandacht voor de patiënt door focus verpleegkundige, en er is meer en betere aandacht voor de familie.'

verpleegkundige EHLH

kennis over de medische procedures en aan ondersteuning vanwege de emotionele impact.

Beschrijving van de pilot

De pilot had als doel om na te gaan of protocollaire inschakeling van geestelijk verzorgers bij reanimatie tot betere zorg voor familie bij reanimatie leidt dan er nu geboden wordt, en of deze inschakeling een aanvulling is op het werk van de verpleegkundigen in de zorg voor de naasten. De pilot liep van 24 augustus tot 5 oktober 2015. Voordat de pilot van start ging, hebben de geestelijk verzorgers een klinische les gehad van een IC-verpleegkundige, om goed te weten wat er precies gebeurt bij een reanimatie. Ook zijn in het team afspraken gemaakt over onderlinge steun en opvang. Er werden duidelijke afspraken gemaakt met de EHLH:

- de dienstdoende geestelijk verzorger wordt direct gebeld als de ambulance onderweg is;
- de geestelijk verzorger heeft maximaal een half uur aanrijtijd (buiten kantooruren);
- de geestelijk verzorger komt standaard, dus verpleegkundigen vragen niet bij familie naar behoefte;

- de geestelijk verzorger vangt meerjiddende familie op en ook later arriverende familie;
- de geestelijk verzorger is aanwezig bij de reanimatie in de crashkamer als de familie daar ook is, of de geestelijk verzorger is aanwezig in de familiekamer of elders waar de familie verblijft (of probeert beide aandacht te geven);
- verpleegkundigen kondigen geestelijke verzorging aan als ondersteuning vanuit het ziekenhuis;
- de geestelijk verzorger draagt de familie na een geslaagde reanimatie over aan de familiebegeleiding van de IC of aan de IC-verpleegkundige.

Van elke oproep is door de opgeroepen geestelijk verzorger een log ingevuld met zoveel mogelijk feitelijke informatie. Alle teamleden participeerden. Tijdens de pilotperiode waren er 16 oproepen, gemiddeld bijna 3 keer per week. Hiervan werd 7 keer meegegaan in de crashkamer. Per oproep was de geestelijk verzorger gemiddeld 100 minuten bezig.

Soort interventie	Frequentie	Percentage
Gesprek	13	81%
Presentie/aanwezigheid	12	75%
Verbindingen leggen	11	69%
Praktische dienstverlening	9	56%
Betekenisverlening geloof/religie	2	13%
Overig	6	38%

Evaluatie van de pilot

De bijgehouden logs zijn na afloop van de pilot geanalyseerd. Daarnaast hebben er evaluatieve gesprekken plaatsgehad met de afdeling EHLH, met enkele artsen die bij reanimaties betrokken zijn, met de IC en met de gespecialiseerde IC-verpleegkundigen die het ondersteunen van familieleden als taak hebben. De algemene tendens is dat de verschillende disciplines opmerken dat er veel meer aandacht is voor de familie, door een

professional. Het geeft rust, doordat de medici en verpleegkundigen zich met de reanimatie kunnen bezighouden. De ervaring is dat de geestelijk verzorgers 'prettig in omgang, rustig aanwezig en een absolute aanwinst in het proces' zijn. Uit de evaluatie tijdens de afdelingsvergadering op de EHLH blijkt dat de verpleegkundigen die geestelijk verzorgers tijdens reanimaties hebben mee-gemaakt grote bewondering tonen voor de rustige uitstraling en familiegerichte aanwezigheid, op een bescheiden manier invogend in het hectische geheel. Dat geestelijke verzorging professioneel en ervaren is in ondersteuning en opvang rondom crisismomenten en dood en leven blijkt een belangrijk gegeven. Ook zijn de betrokkenen tevreden dat de gemaakte afspraken nagekomen werden. Het is waardevol dat er ook buiten reguliere werktijden ondersteuning is. De geestelijk verzorgers achten het belang van dergelijke aanwezigheid bij familieleden rond reanimatie groot. De belasting en de werkdruk in de bereikbaarheidsdiensten is wel sterk vermeerderd in de periode van de pilot. De informatie vooraf, de zelfzorg en de zorg voor elkaar in het team wordt belangrijk gevonden.

Conclusies en discussie

De resultaten van de pilot komen overeen met de literatuur. De verpleegkundigen merken dat hun aandacht minder verbrokkelde is. Ze hoeven minder heen en weer te gaan tussen hun interventies bij de patiënt en de aandacht voor de familie. De zorg voor de patiënt wordt er beter van. Het gevoel van tekortschieten tegenover de familie vermindert. De literatuur benadrukt de spirituele competenties van de geestelijk verzorger. Die zouden maken dat zij bepaalde kwaliteiten heeft om families in diepe angst en nood bij te staan. In de pilot valt daarentegen op dat de concreet benoemde spirituele dimensie (betekenisverlening geloof/religie) twee keer aan de orde is geweest. Gesprek, presentie, verbindingen leggen, praktische dienstverlening en overige interventies komen vaker voor. Zijn die cijfers een indicatie dat ook een vrijgestelde verpleegkundige

deze taken op zich kan nemen? De evaluatie van de pilot laat zien dat de geestelijk verzorger in het gesprek, in de aanwezigheid, in het verbinden en in de praktische dienstverlening kennelijk ook een gewaardeerde specialist met eigen kwaliteiten is. Aanvullend op de literatuur kan gezegd worden dat de vertrouwde relatie met mensen in crisissituaties, de innerlijke rust waar de geestelijk verzorger zich in oefent en de bekendheid met de verschillende afdelingen in het ziekenhuis en de specialisten (door patiëntenbesprekingen bijvoorbeeld) bevorderlijk zijn voor de manier van presentie, van praktische dienstverlening en het vermogen om verbindingen te leggen. Niet te onderschatten is ook de ondersteuning die bij een eventuele opname na de reanimatie geboden kan worden vanwege de inbedding in de totale zorg. Onderzoek in de Nederlandse context zou de verschillende taken en competenties van geestelijk verzorgers in de zorg voor familie bij reanimaties verder inzichtelijk kunnen maken.

Vervolgacties

Na de pilot is op verzoek van de Eerste Hart Long Hulp een verzoek ingediend om deze vorm van dienstverlening van de geestelijk verzorgers op de EHLH als standaard protocollaire zorg aan te bieden aan familieleden. Daartoe is extra financiering nodig voor de uren die deze vorm van dienstverlening het team kost, omdat deze dienstverlening niet vanuit de reguliere formatie verzorgd kan worden. Deze aanvraag ligt inmiddels bij diverse gremia uit het ziekenhuis op het bureau. Het zou mooi zijn als deze vorm van ondersteuning van familieleden en naasten op cruciale momenten standaard kan worden geboden in ons ziekenhuis.

Drs. Marjanne Dijk werkt als geestelijk verzorger binnen Isala. Zij heeft de pilot geïnitieerd, geïmplementeerd en geanalyseerd, en is nu bezig met borgen. Deze pilot en dit artikel zijn tot stand gekomen dankzij de inzet en steun van de geestelijk verzorgers van Isala Zwolle. ma.e.dijk@isala.nl

Marjolein Rikmenspoel MA, ten tijde van de pilot als geestelijk verzorger werkzaam binnen Isala op een werkervaringsplek. Zij heeft de opzet van het log-document gemaakt, ervoor gezorgd dat iedereen rapporteerde over de oproepen en de resultaten van het onderzoek verwerkt en geëvalueerd. marjolein@notos.info

Literatuur

- Cottle, E. M., & James, J. E. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standard*, 23(9), 43-47.
- Ellison, S. (2003). Nurses' attitudes towards family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 515-521.
- James, J., Cottle, E., & Hodge, D. (2011). Registered nurse and health care chaplains' experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 19-26.
- Remmerden, B. van. (2012). 'Niet meer weg te denken'. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 15(67), 40-45.

Om verder te lezen

- Baumhover, N., & Hughes, L. (2009). Spirituality and support for family presence during invasive procedures and resuscitations in adults. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 357-366.
- Bertens, I., Burg, M. van der, & Leget, C. (2013). Verbindende schakel. De rol van geestelijk verzorger bij traumaopvang op de SEH. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 16(72), 10-23.
- Dijk, M. (2011). Geestelijke verzorging na het Koninginnedagdrama. In: A. de Vries (red.), *Zinnig verband. Veertig jaar Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen* (pp. 71-76). Nijmegen: Valkhof Pers.
- Tudor, K., et al. (2014). Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e88-e96.

Noten

1. Zie bijvoorbeeld: 'Steun voor naasten in wachtkamer Westfriesgasthuis', *Noordhollands Dagblad*, 5 september 2015.