

Inspiratiecyclus STEM

Een training voor zorgverleners

Hoe kijk ik zelf aan tegen de dood en wat betekent dat voor mijn werk als zorgverlener? Dat is de kern van de Inspiratiecyclus STEM: een trainingstraject voor zorgverleners. Van specialisten tot vrijwilligers: het ondersteunt hen in het maken van contact met hun zorgvragers. Een zorgmanager omschreef de training eens als volgt: "Het is een mooie combinatie van een training palliatieve zorg, belevingsgerichte zorg en teambuilding, met serieuze impact voor onze klanten." In dit artikel wordt de inhoud en opbouw van de training geschetst en staan we stil bij de output.

Door Bert Buizert

Het startpunt van de training is het onderzoek van het marketingbureau Motivaction naar de manier waarop mensen denken over het proces van hun eigen sterven. Er is een representatieve groep van 1.600 mensen gevraagd naar hun kijk op hun eigen levenseinde. Hieruit bleek dat er soortgelijke beelden, gedachten, aannames, (informatie)behoeften etc. te onderkennen waren. Door naar deze patronen te kijken, werd het mogelijk een categorisering aan te brengen in vijf 'sterfstijlen':

De Vertrouwendenden (12%). Voor mensen in deze groep is de dood een normaal deel van het leven. Zij hebben al een bepaald beeld van de laatste levensfase, dat meestal aansluit bij een geloof of spirituele stroming.

De Rationelen (15%). De laatste levensfase is taboe voor deze groep mensen. Ziekte en dood passen niet in hun beeld van een succesvol leven. Ze denken er wel over na, omdat ze de controle graag in handen willen houden.

De Socialen (33%). Binnen deze groep wordt wel over de dood gepraat, maar in dat gesprek staat

vooral de angst en afkeer centraal. Mensen maken beperkte eigen keuzes, ze sluiten zich aan bij wat gebruikelijk is in hun groep. Zij vinden het vooral belangrijk om te sterven tussen familie en vrienden. Daarbij verwachten zij dat zaken te zijner tijd voor hen geregeld worden.

De Proactieven (18%). Mensen uit deze groep kenmerken zich door een kritische houding als het gaat om de zorg in hun laatste levensfase. Voor hen is de dood geen taboe, er wordt over nagedacht en over gesproken om zo de regie in eigen hand te houden.

De Onbevangen (22%). Voor deze gemiddeld jonge trendsetters is de dood niet direct een onderwerp. Zij leven hun leven op een eigenzinnige manier en willen zoveel mogelijk uit het leven halen.

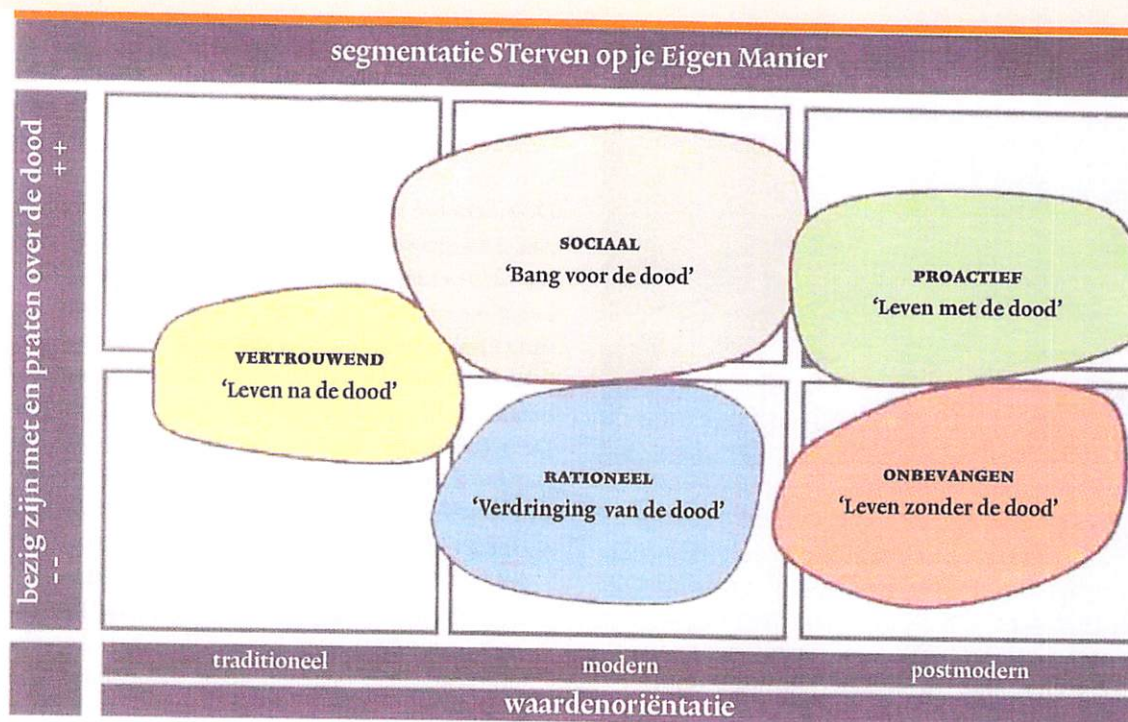
Bij de bovenstaande sterfstijlen is een belangrijke kanttekening te plaatsen: elke rubricering doet onrecht aan het unieke van mens-zijn. We zijn niet uitsluitend óf dit óf dat.

Op de site www.doodgewoonbespreekbaar.nl is meer gedetailleerde informatie beschikbaar; deze 'typen' hebben door videomateriaal letterlijk gezicht gekregen. Sommigen herkennen patiënten, partners en/of familieleden in de geportretteerden, of zichzelf.

Op de site kun je ook een test doen die inzicht verschaft in hoe je scoort op de verschillende stijlen. In eerste instantie zijn we geneigd om te denken dat dit over onze patiënten gaat, maar dit gaat natuurlijk ook over onszelf als zorgverleners. In de Inspiratiecyclus opent het gesprek over sterfstijlen vaak de deur tot het denken, voelen en praten over het eigen sterven van de deelnemers. En dat is logisch want onze eigen 'binnenkant' heeft natuurlijk invloed op de zorgrelaties die we onderhouden.

Inhoud training

In de training staan we in vier dagdelen stil bij vier belangrijke zorgrelaties.



Zorgrelatie 1: ik. We doen een visualisatieoefening over je eigen sterven. Daarin 'reis' je naar je eigen einde en kom je voor vragen te staan. Over wie je meeneemt naar een slechtnieuwsgesprek, over wie je het liefst naast je wilt hebben als je incontinent bent geworden, over wie je nog wilt zien in de laatste fase, etc.

Dit is geen makkelijke oefening, maar uit evaluatie blijkt het wel een zeer relevante. Want regelmatig blijkt dat onbewust het denken over de eigen dood een dominante plek inneemt in het zorgproces. Of juist dat het eigen gevoel naar de achtergrond is verdwenen, waardoor er spanning ontstaat. Zo zei een verpleegkundige eens over de gedachte incontinent te zijn: "Eigenlijk mag alleen mijn partner mij wassen. Maar wat is dat nou toch gek, als partners elkaar in het ziekenhuis willen wassen, zeg ik altijd: 'Laat mij het maar doen, want ik kan het veel sneller.' Dat zal ik nooit meer zeggen."

Zorgrelatie 2: de patiënt. Aan de hand van toegesneden videocasusstiek gaan de deelnemers in subgroepen aan de slag met de vraag: 'Hoe blijf of kom ik in contact met de terminale patiënt die ik voor mij heb?' Elke sterfstijl heeft zijn eigen voorkeuren en benaderingswijzen. In de video-uitwerkingen

van de cases laten we zien wat er wel én niet werkt. Dus de deelnemers krijgen langs deze weg een praktische 'handleiding' voor de omgang met verschillende stijlen.

Zorgrelatie 3: het team. We staan in het derde deel stil bij de zorgvraag van en aan collega's. Daarin komen vaak dingen aan de orde die geblokkeerd zijn geraakt in een team. Zo was er eens een evv'ster (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende, red.) in een verpleeghuis die sprak over haar verlangen om zelf weer te mogen afleggen. Een collega deed haar armen over elkaar en zei: "Ja maar Evelien, we zorgen hier alleen voor de levenden!" Teksten die niet goed of fout zijn, maar juist passen bij verschillende sterfstijlen. De sleutel is natuurlijk om daarin zonder oordeel te kunnen kijken naar wat ieder nodig heeft. En uiteraard oefenen met elkaar om daar ook in het dagelijks werk vorm aan te geven.

Zorgrelatie 4: de instelling. Gaande de training wordt er naast de hierboven beschreven inhoud gewerkt aan een verbeterplan dat de deelnemers stimuleert en motiveert, doordat het van henzelf is. Hoe pakken we dit aan? We staan lang stil bij de



STEM-bijeenkomst in hospice Gouda

vraag waarom een verbetering belangrijk is. Dat doen we door opnieuw vanuit de vier perspectieven te kijken (ik, patiënt, team en instelling). In het algemeen vinden zorgverleners dit lastig, omdat zij vaker neigen naar het direct oplossen van problemen.

Een concreet voorbeeld: een groep verplegenden en verzorgenden in een verpleeghuis hadden veel last van het niet duidelijk markeren van de terminale fase van een bewoner. De groep is gaan kijken naar de verschillende perspectieven en kwam tot de volgende output:

Perspectief patiënt: als het onduidelijk is voor de patiënt kan hij onrustig of extra angstig worden. Dat kan leiden tot aanpassingen in de medicatie, het welbevinden kan onder druk komen te staan en de ontvangen zorg dreigt inconsistent te raken – die wordt namelijk afhankelijk van de zorgverlener die op dat moment aan het bed komt.

Perspectief zorgverlener: onduidelijkheid is lastig omdat dat mij als zorgverlener onzeker maakt. Het is onduidelijk voor mij wat ik wel en niet kan bespreken met de patiënt, en ik vind het moeilijk om anderen aan te spreken op hun gedrag als we geen heldere afspraken hebben.

Perspectief team: voor het team is het lastig omdat iedereen zijn eigen 'dingetje' kan doen – de een is druk met het regelen van een second opinion, terwijl de ander al bezig is met het einde.

Perspectief organisatie: voor de organisatie is dit ook een probleem, omdat er risico's ontstaan in de behandeling of verzorging van een klant.

De kracht om stil te staan bij het belang – de noodzaak van de verbetering – is essentieel, omdat daarin de energie gevonden wordt om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. Want na een oefening als deze is het lastiger om de verbetering niet door te voeren. De prijs die voor niets doen wordt betaald, is namelijk duidelijk. Dit is de eerste stap. De tweede stap is het stellen van doelen en de derde stap het definiëren van resultaten. Ten slotte worden er activiteiten benoemd. In dit concrete geval:

- Het is voor ons nodig klinische lessen te volgen om de kenmerken van het terminaal worden te (h)erkennen. De specialist ouderengeneeskunde heeft de lessen verzorgd.
- Er is een belletje opgehangen op de afdeling waaraan kan worden getrokken als iemand zich afvraagt of de terminale fase nu is aangebroken of niet. Dan volgt een kort ingelast overleg.
- De procedure is aangescherpt.
- Evaluatie na een jaar, waarin moet blijken of deze acties succesvol zijn geweest.

Andere voorbeelden van plannen:

- In een groot ziekenhuis is een plan opgesteld om de aanloop tot het slechtnieuwsgesprek en het gesprek zelf te verbeteren, waarbij artsen en verpleegkundigen nauwer met elkaar samenwerken in het belang van de patiënt.
- In een hospice zijn ze aan de slag met de vraag over hoe 'afstand en nabijheid' verbonden kan worden aan de verschillende sterfstijlen.

Zo zit de Inspiratiecyclus in elkaar – de kern draait om in contact komen en blijven met jezelf, met de patiënt, met je team en met je instelling. Om het leuk te vinden om al die weggetjes met elkaar uit te knobbelen én om je eigen (voor)oordelen te onderkennen en te beslissen of je die wilt volgen of niet. •

Meer informatie over de Inspiratiecyclus:
bert.buizert@stichtingstem.info.

Bert Buizert mede-ontwikkelaar van STEM. Hij verzorgt trainingen en coacht organisaties, teams en individuen in de gezondheidszorg.