

Alleen staan.

*Alleen wakker worden
met niemand naast je
Alleen je ontbijt klaarmaken
en niemand die je zegt
dat het eitje weer veel te hard is*

*Alleen vertrekken naar je werk
en niemand die je kust en je
een fijne werkdag wenst
Alleen thuiskomen
en niemand die je vraagt
hoe het was geweest
Niemand om te vragen
hoe je dag is gegaan*

*Alleen boodschappen doen
met een onvolledig lijstje
Alleen zijn met je gedachten
zonder er over kunnen praten
Alleen je eten klaarmaken
en niemand die zegt dat
je lekker hebt gekookt
Alleen naar de TV kijken zonder
iemand die vindt dat het
een slecht programma is en waarom*

*Alleen gaan slapen en
niemand die je even knuffelen kunt
Alleen wakker worden
in een veel te groot bed
Niemand om je iets te kunnen vertellen
over wat je voelt en wat je mist
Boos zijn om wat je is overkomen en
niemand bij je te hebben om dat mee te delen*

*Alleen staan
Machteloos soms
Ook al ben je
met al die honderdduizenden
Niet alleen.*

V.

Voorwoord.

Rouwen is heel vaak ronddraaien in wanhoop, en rouwbegeleiding is met een open hart die wanhoop durven binnengaan.

Een hulpverlener met een open hart geeft de ruimte, waarbij de ander mag klagen en mag huilen, zonder dat dit groter of kleiner wordt gemaakt.

Tranen worden gedroogd. Niet voor altijd, maar altijd weer.

Het gedicht en de regels, die ik gevonden heb in literatuur, markeren voor mij de affiniteit, die ik heb met de rouwbegeleiding.

Toen ik enkele jaren geleden de beslissing nam, om mij toe te leggen op begeleiding van mensen in de breedste zin van het woord, ging ik daarmee ook de grootste uitdaging aan voor mijzelf: *luisteren*.

Na jarenlang de boventoon te hebben gevoerd, bleek er nog een onontgonnen terrein te liggen, waar ik kwaliteiten van mijzelf kon ontdekken.

Om zover te komen, heb ik zelf verlies moeten meemaken, en nog een veel grotere dreiging van verlies tegemoet moeten zien.

De reis door het leven gaat verder.

Gerrit van Spengen
Afstudeerproject Haagse Hogeschool
Juni 2004.

Inhoudsopgave.

Voorwoord

Inhoudsopgave	4
Samenvatting en opbouw adviesnota.	6
Hoofdstuk 1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Doelstellingen	8
Hoofdstuk 2. Rouw en rouwverwerking	9
2.1 Samenvatting	9
2.2 Inleiding	9
2.3 Begripsbepalingen	9
2.4. De rouwtaken volgens Worden	11
Aanvaarden van verlies	12
Verwerken van de pijn	12
Aanpassen van het leven	13
Verdere invulling aan het leven	14
2.5. Conclusies	14
Hoofdstuk 3. De maatschappelijk werker en zijn specifieke rol in het ziekenhuis	15
3.1 Samenvatting	15
3.2 Inleiding	15
3.3 Functie van het medisch maatschappelijk werk	15
3.4. Doelstelling van het medisch maatschappelijk werk	16
3.5 De competenties van het medisch maatschappelijk werk	17
3.6 Verliesbegeleiding	18
Diagnostische taak	18
Multi-methodische taak	19
Zingevingstaak	19
Sociaal-netwerктаak	20
Zelfzorgtaak	20
Normaliseringstaak	20
3.7 Conclusies	21
Hoofdstuk 4. Huidige en gewenste situatie rondom rouwbegeleiding	22
4.1 Samenvatting	22
4.2 Inleiding	22
4.3 Maatschappelijke ontwikkelingen	22
Macroniveau	23
Mesoniveau	23
Microniveau	24
4.4 Huidige situatie	25
4.5 Gewenste situatie	26

Hoofdstuk 5. Voorstel voor na(bestaanden)zorg	27
5.1. Samenvatting	27
5.2. Inleiding	27
5.3. Praktische uitwerking	27
5.4. Presentatie gegevens	28
5.5. Conclusie en aanbevelingen	28
 Hoofdstuk 6. Conclusies en aanbevelingen	 29
6.1. Inleiding	29
6.2. Conclusies	29
6.3. Aanbevelingen	30
6.4. Vervolgtraject	30
 Nawoord	 31
 Literatuurlijst	 32
 Bijlagen.	
I afstudeercontract	
II project zorgvernieuwing	
III brief	
IV vragenlijst	
V manieren om te troosten	

Samenvatting.

Als afstudeerproject in het kader van mijn opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, is in samenspraak met de directeur patiëntenzorg van de Stichting Bronovo-Nebo en de Haagse Hogeschool gekozen voor het ontwikkelen van de adviesnota zorg voor nabestaanden. (bijlage I)

De adviesnota beschrijft een voorstel tot begeleiding van nabestaanden, waarbij tevens een mogelijkheid wordt geboden om de geleverde terminale zorg door het ziekenhuis te evalueren. Deze adviesnota wil ik ontwikkelen voor de groeiende groep ouderen, om hen te kunnen bijstaan en ondersteunen in het rouwproces.

Concreet gaat het hierbij ook om het voorkomen, dan wel op een gestructureerde wijze benaderen van klachten van nabestaanden over de geleverde zorg.

De adviesnota is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 1 van deze adviesnota beschrijf ik aanleiding, probleemstelling en doelstelling
In hoofdstuk 2 wordt de adviesnota onderbouwd, door een beeld te schetsen van de gekozen theorie.

Hoofdstuk 3 handelt over de theorie van rouw en rouwverwerking. Hierin wordt beschreven aan de hand van welke theorie wordt gewerkt.

Hoofdstuk 4 gaat over de functie van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis.

Kerncompetenties komen eveneens aan bod, verwerkt in een model, wat binnen de verlieskunde wordt gebruikt. Vanuit de het beroep maatschappelijk werk gezien zal ik aangegeven, hoe de medisch maatschappelijk werker hieraan invulling zal geven.

Ik beperk mij in de adviesnota tot de nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden ouderen. (65 jaar en ouder)

Hoofdstuk 5 beschrijft de huidige en gewenste situatie. Ik zal aangegeven, welke ontwikkelingen er in het algemeen, en voor de nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden oudere patiënten in het bijzonder, op het medisch maatschappelijk werk in het ziekenhuis afkomen.

In hoofdstuk 6 wordt een advies voor na(bestaanden)zorg voorgesteld.

Hoofdstuk 1. Inleiding.

1.1. Aanleiding.

Aanleiding voor de keuze van het onderwerp is voor mij divers.

Ik ben geïnteresseerd in rouw en de dood, en hoe men hiermee omgaat.

Deze interesse is ontstaan vanuit mijn verpleegkundige achtergrond, waar ik regelmatig te maken had met verlies en rouwverwerking.

Ik beleef dit als een natuurlijke interesse voor de dood en de manier waarop mensen met het verlies van een dierbare omgaan.

Zeker spelen ook de eigen verlieservaringen en naastenliefde een rol van betekenis. De zin van mijn bestaan wordt voor een belangrijk deel bepaald door zorg(en) voor-en met- anderen. Voor een belangrijk deel te verklaren door mijn opvoeding, waar christelijke waarden diep zijn verankerd.

Vanuit mijn verleden als verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis kwam ik veel in aanraking met verlies. Verlies van lichamelijke functies, verlies van perspectief en toekomst, verlies van een geliefde door de dood.

Inmiddels ben ik enige jaren werkzaam als medisch maatschappelijk werker in ziekenhuis Bronovo te Den Haag.

In deze functie bemerkte ik, dat met name de ouderen onder ons worden getroffen door verlies van een dierbare door de dood, en alleen achterblijven.

Dat dit veel consequenties heeft, mag duidelijk zijn.

Ouderen anticiperen meer dan jongeren op de dood. Ze lezen meer overlijdensadvertenties, hebben niet zelden over de begrafenis van hun geliefde gefantaseerd en spreken op oudejaarsavond de wens uit: 'hopelijk blijven we in het nieuwe jaar bij elkaar'.

Mogelijk, omdat de omgeving vindt, dat de dood hoort bij het ouder worden, heeft deze minder oog voor de pijn van de oudere nabestaande.

Daarentegen is de veerkracht van oudere weduwen en weduwnaars om verlies op te vangen, minder dan bij jongeren.¹

Daarnaast neemt door de vergrijzing het aantal ouderen snel toe. Het is daarom belangrijk aandacht te hebben voor deze groep. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voorspelt een toename van het aantal alleenstaanden tot 3,4 miljoen in 2035.

De moderne samenleving met zijn hedendaagse 24-uurs economie heeft weinig plaats gelaten voor afstaan, loslaten en verlies. Geen wonder dus, dat rouwen ook in ons maatschappelijk leven nog maar nauwelijks de ruimte krijgt, want rouwen heeft immers alles met verlies te maken. Dit is niet alleen individueel een spijtige zaak, maar heeft ook maatschappelijke consequenties: absenteïsme, doktersbezoek, opnames en behandelingen, medicatie...

Persoonlijk voel ik in belangrijke mate affiniteit met ouderen, omdat ik uit eigen ervaring weet, dat ouderen ons veel te vertellen hebben. Daarnaast weet ik, dat bij het tot stand komen van deze adviesnota, de eigen verlieservaringen ook in belangrijke mate hebben bijgedragen. Het werken voor en met ouderen levert mij een belangrijke satisfactie op, namelijk het effect van de hulpverlening op de ervaren kwaliteit en invulling van het eigen leven.

¹ H.Buijssen, *Verstoorde rouw bij ouderen* (Baarn, Hb uitgevers, 1999)

1.2. Probleemstelling.

Op het moment, dat de patiënt is overleden in het ziekenhuis, stopt de zorg binnen de instelling. Bij navraag is gebleken, dat er na het overlijden weinig tot geen begeleiding meer plaatsvindt vanuit het ziekenhuis.

In het kader van deze adviesnota moeten er eerst een aantal vragen worden beantwoord, om een passend nazorgtraject te kunnen bieden aan de nabestaanden. Dit leidt tot de volgende probleemstelling;

Hoe kan de medisch maatschappelijk werker in een algemeen ziekenhuis de hulpverlening aan de nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden patiënten gestalte geven?

De probleemstelling leidt tot de volgende deelvragen:

- 1) Wat is rouw en welke gevolgen brengt dit mee voor de nabestaanden?
- 2) Wat is de positie van de medisch maatschappelijk werker in het ziekenhuis op dit moment en is deze voldoende om hulp aan nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden patiënt te bieden?
- 3) Welke verbeterpunten zijn er voor de hulpverlening van de medisch maatschappelijk werker aan nabestaanden?
- 4) Hoe kan de medisch maatschappelijk werker invulling geven aan de desbetreffende hulpverlening aan nabestaanden?

1.3. Doelstellingen.

De zorg voor nabestaanden staat in de belangstelling. In deze afstudeeropdracht wil ik een pleidooi houden om de rouwverwerking onder de aandacht brengen, en aantonen dat de medisch maatschappelijk werker hierbij een belangrijke rol en een toegevoegde waarde kan hebben.

De problemen van nabestaanden maken soms een directe behandeling of begeleiding binnen de ziekenhuismuren noodzakelijk. De medisch maatschappelijk werker is hiertoe toegerust. In samenspraak met de directeur patiëntenzorg van ziekenhuis Bronovo is besloten een adviesnota te ontwikkelen, waarin een voorstel wordt gedaan voor een zorgtraject aan nabestaanden van in het ziekenhuis overleden cliënten.

Om deze adviesnota een duidelijke afbakening te geven, beperk ik mij in deze adviesnota tot de ouderen. Specifiek bedoel ik hiermee ouderen vanaf 65 jaar.

Met deze adviesnota wil ik een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het beroep, alsmede ook aan de kwaliteitszorg van de organisatie. Daarnaast ben ik in staat om als individueel beroepsbeoefenaar verschillende vormen van hulp-en dienstverlening te hanteren bij het uitvoeren van het hulp-en dienstverleningsplan.

Hoofdstuk 2. Rouw en rouwverwerking.

2.1.Samenvatting.

In dit hoofdstuk werk ik allereerst een aantal begrippen uit, geef ik aan waarvoor ik voor de taken theorie van Worden heb gekozen en wat de theorie inhoudt. Deze theorie spreekt mij het meest aan en kan gebruikt worden naast de holistische mensvisie, die ziekenhuis Bronovo in haar missie heeft gekozen.

Ik zal mij niet beperken tot de taken theorie². Voor rouwbegeleiding zijn ook de kenmerken en factoren van verdriet, rouwbegeleiding en technieken nodig. Emoties worden daarbij niet expliciet, maar wel impliciet genoemd. De richtlijnen dienen als een hulpmiddel, omdat de rouwbegeleiding allereerst een persoonlijk gebeuren blijft.

Daarnaast is aangegeven, dat accepteren wel bestaat, maar actieve aandacht eist. Accepteren is tenslotte een *werk-woord*.

Het einddoel is: zinvol verder leven.

2.2. Inleiding.

Het centrale thema rond rouw is onthechting of losmaking van de overledene.

In tegenstelling tot de fasentheorie van Kübler-Ross, waarbij het doorlopen van verschillende rouwfasen kenmerkend is, biedt de taken theorie van Worden meer ruimte aan de nabestaande om zelf invulling te geven aan zijn rouwproces. Het begrip rouwtaak geeft niet aan welke fasen doorlopen (moeten) worden, noch in welke volgorde dit moet gebeuren. Wel verwijst Worden naar een aantal, volgens hem, essentiële taken waar de nabestaande voor komt te staan. Hij doet hier mee recht aan het zelfbeschikkingsrecht van de mens.

Aan de hand van deze taken kan de verwerking van het verlies worden geëvalueerd.

Bovendien heeft de indeling in taken het voordeel dat daarmee de eigen invloed van de nabestaanden op het rouwproces onderkend wordt.

In dit hoofdstuk werk ik de taken theorie van Worden uit.

2.3 Begripsbepaling.

In deze begripsbepaling zal ik eerst een aantal begrippen verduidelijken.

Wat wordt er verstaan onder rouwen, rouwverwerking of rouwproces? Hoe lang is de rouwduur? Wat is de begripsomschrijving van 'fase' en 'taak'?

Volgens van Dale is;³

- rouwen: grote droefheid, smart over iemands verlies door de dood.
- verwerken: psychisch verduren, geestelijk aankunnen; dat bericht, die gebeurtenis.
- rouwproces; het rouwen en al wat er in tijden van rouw psychisch met de rouwende gebeurt.

Tijdens verder literatuuronderzoek is mij gebleken, dat verschillende schrijvers brede invulling geven aan het begrip rouwen. In deze adviesnota bedoel ik met deze woorden het hele proces van rouwen. De periode van de rouwende na de dood van een geliefd persoon.

De Bruijn⁴: verdriet verwerken kan alleen door het te ondergaan. Je moet het verdriet je eigen maken en de pijn ondergaan. Je moet jezelf ervan bewust worden dat dit verdriet een

² M.Keirse *Helpen bij verlies en verdriet* (Tielt, Lannoo, 1998)

³ Dale, van. *Groot woordenboek der Nederlandse taal* (Utrecht/Antwerpen, Van Dale Lexicografie BV, 2000)

wezenlijk onderdeel is van jouw bestaan. Pas als je dat accepteert, kom je tot aanvaarding en liefde voor jezelf. Pas dan kun je in harmonie verder gaan.

Polspoel⁵: rouw is de reactie op het verlies van een betekenisvol iemand, waarbij onze gehele identiteit geschokt wordt in die zin, dat alle grondhoudingen van psychische gezondheid welke wij reeds geheel en gedeeltelijk hebben verworven en geïntegreerd, erdoor aangetast worden. Deze rouw voltrekt zich in een proces waarin we het werk proberen te verrichten dat de banden met de verlorene losmaakt en tegelijkertijd leidt tot een nieuwe verwerving en integratie van de in crisis zijnde grondhoudingen.

Worden⁶: het omvat een breed scala aan gevoelens en uitingen die voorkomen na een verlies. Anderen omschrijven het rouwverwerkingsproces als een doolhof, verminking met fantoompijn of een reis door een beangstigend land.

Uit bovenstaande opvattingen mag de conclusie worden getrokken, dat je niet kan spreken van 'hét rouwproces', elk rouwproces heeft naast een universeel, immers ook een individueel karakter.

De persoonlijke achtergrond bepaalt mee op welke manier men rouw beschrijft. Hiermee bedoel ik als wetenschapper, pastor of gewoon als persoonlijke ervaring.

Zelf kan ik mij het meest vinden in de volgende omschrijving van rouw (rouwverwerking of rouwproces): "Rouw is een geheel van gevoelsbelevingen, gedachten en ander gedrag, waarmee mensen reageren op een belangrijk verlies".⁷

De rouwduur kan variëren van enkele maanden tot een toestand van een soort 'gehalveerd bestaan'.⁸ Meestal gaat de rouw wel voorbij. Er is een eindpunt.

De duur van een rouwverwerkingsproces hangt af van de persoon, zijn karakter, zijn levensopvattingen en ook de verwerking van eerdere verliezen.

De rouwverwerking kan enkele maanden tot enige jaren duren. Gemiddeld blijkt er uit de literatuur een duur van twee jaar tegenwoordig te zijn geaccepteerd als normaal.

De begrippen rouwfasen en rouwtaken kom ik tegen in de verschillende beschrijvingen en boeken over rouw en rouwverwerking. Het is daarom zinnig om deze begrippen nog eens nader te bekijken.

Bestaat er een significant verschil tussen rouwfasen en rouwtaken?

Van Dale zegt over fase; *een tijdperk of tijdelijke toestand in de ontwikkeling van iets. Synoniem aan stadium. Een fase van ontwikkeling. Ook als tweede lid in samenstelling, waarin het eerste lid een werking of handeling noemt. Bijvoorbeeld: aanpassingsfase, gewenningsfase, herstelfase, stervensfase*

Je kunt een fase zien als een ontwikkelingsmoment. (Zonder de popfase kan de rups geen vlinder worden). Het is iets wat je overkomt. Na het verlies kom je vanzelf in de verschillende rouwfasen terecht. Het einddoel zal zijn dat je na de verschillende fasen doorlopen te hebben je einddoel hebt bereikt: verwerking van het verlies.

⁴ M.de Bruijn *Leren leven met verliezen* (Dordrecht, Drechtwerk, 1996)

⁵ A.R.M.Polspoel *Wenen om het verloren ik* (Hilversum, Gooi en Sticht, 1981)

⁶ J.W.Worden *Verdriet en rouw* (Amsterdam, Swets en Zeitlinger, 1992)

⁷ H.J.M.Vossen *Leren bijstaan van rouwenden* (Kampen, Kok, 1989)

⁸ J.Forceville-van Rossum *Dagen van na-bestaan* (Baarn, Ambo, 1987)

Van Dale zegt over taak: *werk, dat iemand is opgelegd, arbeid die verricht moet worden, werkzaamheid waarmee iemand belast is. Iemand een taak opleggen, met een taak belasten, een taak van iemand overnemen. Ook als tweede lid in samenstelling als de volgende waarin het eerste lid een werk noemt; een adviestaak, bezuinigingstaak, werktaak, zorgtaak.*

Taak houdt in, dat je iets moet doen. Je kiest ervoor om met de, (soms opgelegde) opdracht aan de slag te gaan. Bij de uitvoering van de taak kun je zelf de volgorde kiezen. (Een huisvrouw doet bijvoorbeeld verschillende huishoudelijke en zorgende taken. De student kan kiezen voor een bepaalde opbouw of volgorde van zijn studie.)

Na het verlies kies je er zelf voor om met een aantal rouwtaken aan de slag te gaan. Ook hier is het einddoel: verwerking van het verlies.

Het eindresultaat lijkt dus bij zowel de fase als de taak gelijk. Bij fasen doorloop je verschillende stadia in een (meestal) vaste volgorde. Bij taken kun je een of meerdere taken op je nemen en daaraan werken.

Tot slot: rouwbegeleiding en rouwtherapie.

Rouwtherapie richt zich vooral op zware rouwproblematiek, anders genoemd gecompliceerde rouw.

Rouwbegeleiding is een proces waarin rouwenden (of nabestaanden) met hulp en ondersteuning de gelegenheid wordt geboden om over de verlieservaring te praten, en om alle emoties en gedragingen die daarmee samenhangen, te uiten en te delen.⁹

2.4 De rouwtaken volgens Worden.

J. William Worden is een Amerikaans psycholoog. Hij deed onderzoek naar rouwverwerking en heeft veel (Engelstalige) publicaties op zijn naam staan over terminale ziekten, kanker en verdriet. Worden wil meer inzicht geven in het verschijnsel verlies en hoopt dat zijn theorie als leidraad kan dienen voor het begeleiden van rouwenden. Het gaat erom verdere kennis en vaardigheden te ontwikkelen voor de rouwbegeleiding.

Over de publicaties van Worden is weinig informatie te vinden. Er is één vertaald boek van Worden. Dit is een wereldwijde bestseller en wordt regelmatig aangehaald door verschillende Nederlandse wetenschappers.¹⁰

De psycholoog, J. William Worden, heeft zijn taken theorie als volgt uitgewerkt.

De vier rouwtaken zijn:

- aanvaarden van verlies
- verwerken van de pijn
- het aanpassen van het leven waarin de overledene ontbreekt
- de overledene emotioneel een plaats geven en verder leven.

Omwille van de volledigheid beperk ik mijzelf niet alleen tot de taken theorie van Worden.¹¹ Het takenmodel geeft structuur, maar zegt niets over rouwreacties en evenmin over factoren, die van invloed zijn op het proces van verwerking.

Een goede begeleiding is pas mogelijk als je ook aandacht hebt voor kenmerken van normaal verdriet, begeleiding van rouwenden en technieken.

⁹ P. Boelen, C. Huiskes, I. Kienhorst, *Rouw en rouwbegeleiding* (Utrecht, NIZW, 1999)

¹⁰ Bijvoorbeeld prof. dr. J. van den Bout, bijzonder hoogleraar verlieskunde in Utrecht, de klinisch psycholoog H. Buijssen en M. Keirse, klinisch psycholoog en doctor in de medische wetenschappen.

¹¹ J. W. Worden, *verdriet en rouw* (Amsterdam, Swets en Zeitlinger, 1992)

Taak: aanvaarden van verlies.

Het aanvaarden van het verlies betekent: het geloven van het verlies, het onderogen kunnen zien van het verlies, het verstandelijk weten dat het verlies realiteit is en het gevoelsmatig beseffen dat het verlies heeft plaatsgevonden. Net na het overlijden, en soms nog lange tijd daarna, is dit alles nog heel moeilijk. De realiteit van het overlijden dringt vaak pas geleidelijk door. Hoewel nabestaanden verstandelijk gezien al snel weten, dat de ander overleden is, is het gevoelsmatig aanvaarden van het verlies vaak lange tijd heel moeilijk. Het aanvaarden van het verlies wordt steeds minder moeilijk omdat men er steeds weer aan herinnerd wordt dat de ander er niet meer is. Overal waar men komt en bij alles wat men doet waar de overledene voorheen bij aanwezig was, wordt men geconfronteerd met het feit, dat de dierbare werkelijk voorgoed weg is.

Sommige mensen hebben erg veel moeite om onder ogen te zien, dat de dierbare werkelijk overleden is en doen liever maar alsof het niet gebeurd is. Dit is niet zo verwonderlijk: het verdriet is vaak zo intens en de gevolgen van het verlies zijn zo veelomvattend, dat men soms liever doet alsof het overlijden niet heeft plaatsgevonden.

Hoewel ontkenning een begrijpelijke en normale reactie is, kan langdurige ontkenning soms tot problemen leiden. Het onder ogen zien van het verlies en het verwerken ervan wordt namelijk steeds moeilijker.

Om tot werkelijke aanvaarding van het verlies te komen is tijd nodig.¹² Het moet verstandelijk en emotioneel aanvaard worden. Om het verlies echt te kunnen verwerken is het erkennen en accepteren van de dood van de geliefde van essentieel belang. Ook het weten, wat er gebeurd is en hoe, blijkt van groot belang.

Deze periode kan van enkele uren tot enkele weken duren. Men leeft dan als het ware in een sfeer van onwerkelijkheid. Het verlies dringt nog niet echt in zijn volle omvang door.

Geschoktheid uit zich zeer verschillend. Sommigen kunnen geen woord uitbrengen, anderen hebben een korte, hevige huilbui, weer anderen willen onmiddellijk naar de overledene toe. Zij willen de overledene zien, aanraken, erbij zijn om zichzelf te overtuigen. Sommigen lijken mechanisch, robotachtig en praten tegen zichzelf, de overledene of tot vroegere gestorvenen.

Taak: verwerken van de pijn.

De verwerking van een verlies gaat vaak gepaard met emotionele pijn. Verschillende emotionele reacties kunnen daarbij voorkomen, zoals verdriet, angst, boosheid en schuldgevoelens. Boosheid kan zich richten op de behandelend arts, verpleging of andere betrokken behandelaars. Vaak is er een afwisseling in de mate waarin gevoelens gevoeld en geuit worden. Het ene moment voelen nabestaanden zich intens verdrietig, boos of somber en is er een hevig verlangen naar de overledene. Op een ander moment is het verdriet meer op de achtergrond aanwezig.

Er wordt vaak gezegd dat deze tweede taak betekent, dat mensen na een verlies van een dierbare altijd veel pijn moeten ervaren en verdriet moeten uiten. Maar dat is niet het geval.

¹² Rouwarheid is volgens Freud een normaal proces, een arbeid die verricht moet worden. Samenvatting: het geliefde object, de gestorvene, is er niet meer. Nu moet al de energie die aan hem gegeven werd, worden teruggetrokken. Alle verbindingen die zij hadden, moeten worden losgelaten of losgemaakt. Hiertegen komt de rouwende in verzet. Hij probeert op alle mogelijke manieren de gestorvene vast te houden. Dromen en herbelevingen zijn het gevolg. Toch zal de realiteit de overhand gaan krijgen. Na voltooiing van deze rouwarheid zal de rouwende opnieuw zijn vrijheid en ongeremdheid overwonnen hebben.

S.Freud, *rouw en melancholie*, psychoanalytische theorie (Amsterdam en Meppel, Boom, 1985)

Het kan voorkomen, dat nabestaanden weinig verdriet en pijn ervaren ook al is het iemand, van wie ze veel hebben gehouden. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren bij mensen, die een ouder verliezen die al een hoge leeftijd heeft bereikt.

Bovendien geeft niet iedereen uiting aan zijn verdriet. Het is goed om te beseffen, dat het uiten van rouwgevoelens iets anders is dan het ervaren van deze gevoelens. Soms ervaren nabestaanden wel verdriet, maar uiten zij dit niet, of alleen als zij alleen zijn.

Het is eigenlijk net als bij een positieve gebeurtenis; als mensen een blijde gebeurtenis meemaken, dan uiten zij hun gevoelens daaromtrent telkens weer anders. Sommigen lachen of roepen het uit van geluk, anderen voelen veel minder blijheid of gaan meer ingetogen met hun gevoelens om. Hoewel dus ieder mens de emotionele pijn om het verlies op een andere manier ervaart, kan het voorkomen dat nabestaanden voor deze taak weglopen. Dit kan bijvoorbeeld door het onderdrukken van verdriet of andere emoties, het wegstoppen van gedachten en herinneringen aan de overleden dierbare. Hierdoor wordt het wel steeds moeilijker om het verlies een plaats te geven.

Bij deze taak is het belangrijk, om te luisteren hoe het verlies voelt, in plaats van te vertellen hoe men zich wel en niet moet voelen.

Taak: aanpassen van het leven.

Het overlijden van een dierbare leidt vrijwel altijd tot grote of minder grote veranderingen in het leven van de nabestaanden. De mate waarin dit het geval is, is onder andere afhankelijk van de rol die de overledene vervulde. Een vrouw, van wie de man altijd de beslissingen nam en die zorgde voor allerlei praktische zaken, staat na zijn overlijden voor de taak om zelfstandig beslissingen te nemen en om praktische zaken zelf te regelen. Een man wiens vrouw altijd het initiatief nam tot contacten met anderen, staat na haar overlijden voor de taak zelf contacten te leggen en te onderhouden. Er verandert soms ook iets in de identiteit van nabestaanden. Een man, die zijn vrouw verliest is ineens geen echtgenoot meer, maar weduwnaar.

Op alle veranderingen die er door en na het overlijden plaatsvinden, moeten nabestaanden een antwoord vinden. En dan kan ik ook denken aan alle kleine veranderingen, die men dagelijks tegenkomt: thuiskomen in een leeg huis, alles wat zich daar bevindt, is een herinnering aan de dierbare. Dit vraagt heel veel van de nabestaanden.

Wat ook bij het aanpassen hoort, is het aanpassen van verwachtingen, ideeën en opvattingen over de toekomst en het leven. Voorheen verliep het leven van verleden naar toekomst, een vanzelfsprekende lijn, die onverwacht onderbroken is.

Het is voor de nabestaande niet ongebruikelijk zich te voelen alsof alle richting in het leven is verloren.¹³

Soms zoekt men langdurig naar een antwoord op de vraag, waarom het overlijden heeft plaatsgevonden. Het aanpassen betekent soms, dat men een antwoord op deze vraag weet te vinden. Vaak betekent het echter, dat men ermee moet leren leven, dat er geen antwoord op te vinden is.

¹³ J.W. Worden, *verdriet en rouw*, (Amsterdam, Swets en Zeitlinger, 1992)

Taak: verdere invulling aan het leven.

Vroeger werd wel gedacht dat een verlies pas goed verwerkt zou zijn, als men de band met de overledene doorgesneden zou hebben. Tegenwoordig denkt men daar anders over. Het gaat er niet om, dat de band met de overledene wordt `doorgesneden` of `losgelaten`.

Het is onmogelijk om iemand, die zo dierbaar was, en die zo'n belangrijke plaats innam in het leven te vergeten of los te laten. De relatie met de overledene blijft bestaan, maar de aard van de relatie verandert. In een rouwproces dient men als het ware een plek te vinden voor de overledene. Een geschikte plek is een plek, die het nabestaanden mogelijk maakt om verder te leven, om zich te richten op de toekomst, om zich te richten op dingen die niet met het verlies en de overledene te maken hebben.

Sommigen vinden het verlies zo pijnlijk dat ze besluiten zich nooit meer te binden.¹⁴

Voor mensen, die op latere leeftijd een partner verliezen is het soms extra moeilijk om deze taak te volbrengen. Eenzaamheid komt veel voor omdat sommige ouderen niet over de mogelijkheden beschikken om zelfstandig dingen te doen of contacten te maken en onderhouden.

Voor veel mensen is de vierde taak (het emotioneel een plaats geven) het moeilijkst. Zij lopen vast op dit facet van de rouwverwerking en realiseren zich later dat hun leven op de een of andere manier ophield toen het verlies een feit was. Toch blijkt het mogelijk te zijn dat de vierde taak wordt voltooid.¹⁵

2.5. Conclusie.

Rouwverwerking is het geheel van gevoelsbelevingen, gedachten en ander gedrag waarmee mensen reageren op een belangrijk verlies. Verschillende theorieën zijn voorhanden. In de adviesnota kies ik voor de theorie van Worden. Tegenwoordig wordt als gemiddelde rouwduur een periode van twee jaar niet ongebruikelijk geacht.

De realiteit van het overlijden dringt vaak pas geleidelijk door, langdurige ontkenning kan tot problemen leiden. Om het verlies echt te kunnen verwerken is het erkennen en accepteren van de dood van een geliefde van essentieel belang. Ieder mens zal de emotionele pijn om het verlies op zijn eigen manier ervaren, worden verdriet en emoties onderdrukt of weggestopt, dan wordt het moeilijk om het verlies een plek te geven. De achtergeblevene zal zijn leven op velerlei wijzen aan de nieuwe omstandigheden aan moeten passen en zijn leven weer op de rails zien te krijgen.

¹⁴ M.Keirse, *Helpen bij verlies en verdriet*, (Tielt, Lannoo, 1998)

¹⁵ J.van den Bout, E.van der Veen, *helpen bij rouw* (Utrecht, de Tijdstroom, 1997)

Hoofdstuk 3. De maatschappelijk werker en zijn specifieke rol in het ziekenhuis.

3.1. Samenvatting.

In dit hoofdstuk laat ik aan de hand van het model verlieskunde zien, over welke eigenschappen en vaardigheden de medisch maatschappelijk werker moet beschikken, teneinde in staat te zijn goede hulpverlening te bieden aan nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden oudere patiënten.

De beroepscompetenties, waarover de maatschappelijk werker moet beschikken, zijn in het model van de verlieskunde verwerkt.

Na het uitwerken van de gekozen theorie en het verlieskunde model zal ik vervolgens de vertaalslag naar de dagelijkse praktijk maken.

3.2. Inleiding.

In dit hoofdstuk beschrijf ik welke positie het maatschappelijk werk binnen ziekenhuis Bronovo inneemt en hoe de taakinvulling van de maatschappelijk werker er uitziet. Hierna zal ik aangeven over welke kerncompetenties de maatschappelijk werker in het ziekenhuis moet beschikken. Hierbij zullen de competenties (vermogens) waarover de maatschappelijk werker moet beschikken om nabestaanden bij te kunnen staan en te kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van hun rouwtaak centraal staan. Ook zal ik aangeven welke “taken” hier voor de maatschappelijk werker uit voortvloeien.

3.3. Functie van het medisch maatschappelijk werk.

Als medisch maatschappelijk werker ben ik verbonden aan, en werkzaam in ziekenhuis Bronovo.

Ziekenhuis Bronovo is vooralsnog een regionaal ziekenhuis, dat voornamelijk regionaal diensten wil leveren aan haar adherentiegebied. Dit adherentiegebied bestaat uit de wijken Benoordenhout, Bezuidenhout, Scheveningen en Wassenaar. Hier wonen relatief veel oudere mensen. Ziekenhuis Bronovo is een financieel gezonde organisatie, met omschreven ontwikkelingen voor de toekomst, zoals nieuwbouw op de bestaande locatie.

Plan is om een multifunctioneel centrum op te richten met diverse functies. Deze functies kunnen bijvoorbeeld bestaan uit een wijkgezondheidscentrum (huisartsenpost, wijkverpleging, verloskundige, tandarts), maar ook mogelijkheden bieden voor tijdelijke opname voor cliënten uit het adherentiegebied. Mogelijk ook een Hospice.

Enkele kernpunten uit haar doelstelling en missie:

Ziekenhuis Bronovo:

- wil een ziekenhuis zijn dat uitstekende patiëntenzorg biedt met een hoog serviceniveau.
- wil voor patiënten zorg op maat bieden in multidisciplinaire teams onder de noemer “de kracht van samen zorgen”
- wil het ziekenhuis zijn voor de bewoners in het verzorgingsgebied.
- wil werken op basis van algemeen christelijke waarden en met respect voor andere levensbeschouwingen.
- wil een ziekenhuis zijn dat samen met andere zorgaanbieders een netwerk van zorg vormt. Aan patiënten kan zo een samenhangend zorgtraject worden geboden.

Recentelijk heeft een werkconferentie plaatsgevonden, waarbij beraad heeft plaatsgevonden over de strategische doelen voor ziekenhuis Bronovo.

Enkele kernpunten:

- Ziekenhuis Bronovo wil als cure-instelling deel uit blijven maken van de zorgketen, als centrale schakel wil zij de regie houden binnen de zorgketen.
- Om bij de achterdeur ketenzorg optimaal te garanderen, is het belangrijk dat de doorstroming naar de care goed is geregeld.
- De care-sector kan versterkt worden door enige vorm van samenwerking, mits het ziekenhuis financieel onafhankelijk blijft.
- Ziekenhuis Bronovo wil zich profileren op kwaliteit. Kwaliteit duurt het langst en is de juiste weg om patiënten aan ons te binden.
- Zorgverzekeraars moeten ervan overtuigd worden, dat kwaliteit voor hen een voorwaarde is om te overleven. Aantonen, dat kwaliteit van zorg wordt geleverd, kan door resultaten te laten zien.

Binnen deze missie en doelstelling maakt de medisch maatschappelijk werker deel uit van de afdeling klinische zorg. De afdeling medisch maatschappelijk werk is een zelfsturende discipline binnen de organisatie van het ziekenhuis.

De medisch maatschappelijk werker neemt zelfstandig beslissingen zowel in de zorg aan patiënten als ook op beleidsmatig gebied en draagt hierin een eigen verantwoordelijkheid en wordt daar zodanig ook op aangesproken.

De medisch maatschappelijk werker houdt zich aan de richtlijnen zoals die zijn vastgelegd in de 'Code voor de maatschappelijk werker' uitgegeven door de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

De doelgroep is de klinische, pre-of postklinische patiënt en zijn directe relaties, zijn relevante sociale netwerk en de wisselwerking tussen beiden.

3.4. Doelstelling van het medisch maatschappelijk werk.

Het is van belang, dat de medisch maatschappelijk werker een visie heeft en zich daarvan bewust is.

Juist in een medische setting is het voor de medisch maatschappelijk werker van belang voortdurend aandacht te houden voor het feit, dat de mens niet opgesplitst mag worden in lichaam en geest.

Tijdens een ziekenhuisopname moeten deze met elkaar geïntegreerd de gehele mens vormen. Ziekte veroorzaakt een verstoring van dit evenwicht. Gewaakt moet ook worden voor een te eenzijdige nadruk op het medisch-technische aspect van het ziek-zijn.¹⁶

De medisch maatschappelijk werker heeft een bepaalde visie op de samenleving, de maatschappij, de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in het algemeen. Deze visie op ziekte en gezondheid beïnvloedt het handelen van de medisch maatschappelijk werker. Aan de basis van die visie liggen ethische, filosofische en religieuze uitgangspunten, die uitmonden in een meer concrete opvatting over mens en samenleving en de gewenste verhouding daartussen.

In ziekenhuis Bronovo is de visie van het medisch maatschappelijk werk holistisch: uitgangspunt is de fysieke, psychische, sociale en spirituele gesteldheid van de patiënt. In deze benadering wordt de omgeving van de patiënt in zijn totaliteit meegenomen.

Op meso-niveau kan de medisch maatschappelijk werker met name een rol vervullen als het gaat om een patiëntvriendelijke benadering, waarbij er naar gestreefd wordt, niet alleen de ziekte en de oorzakelijkheid daarvan te analyseren, maar de gehele mens en zijn primaire relaties voor ogen te houden.

¹⁶ N.van Riet, M.J.Mineur, *Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg* (Van Gorcum, Assen, 1997)

3.5.De competenties van het medisch maatschappelijk werk in de gezondheidszorg.

Competenties zijn vermogens. Deze stellen ons in staat belangrijke taken in het werk uit te voeren in wisselende situaties. Anders gezegd: als je competent bent in een beroepshandeling, dan kun je ook in nieuwe contexten vakkundig handelen.

Deze competenties zijn:

Probleemanalyse

Het signaleren van problemen, herkennen van belangrijke informatie, verbanden leggen tussen gegevens, opsporen van mogelijke oorzaken van problemen, zoeken naar ter zake doende gegevens.

Oordeelsvorming

Op basis van beschikbare informatie juiste en realistische conclusies trekken.

Organisatiesensitiviteit

Onderkennen van invloed en gevolgen van eigen beslissingen of activiteiten op andere onderdelen van de organisatie; onderkennen van belangen van andere onderdelen van de eigen organisatie.

Communicatieve vaardigheden

Ideeën en meningen aan anderen duidelijk maken, gebruikmakend van de juiste stijl en methode.

Inlevingsvermogen

Aansluiten bij de beleavingswereld van de doelgroep, zich bewust tonen van andere mensen en de omgeving, alsmede de eigen invloed hierop; gedrag laten zien dat getuigt van het onderkennen van de gevoelens en behoeften van anderen.

Assertiviteit

Opkomen voor de eigen ideeën, meningen en belangen zonder anderen hierbij te kwetsen: onafhankelijke richting en sturing geven aan cliënten in het kader van geformuleerde doelstellingen.

Systematisch en doelgericht werken

Op effectieve wijze doelen en prioriteiten bepalen en benodigde tijd, acties en middelen aangeven om bepaalde doelen te kunnen bereiken.

Maatschappelijke sensitiviteit

Gedrag dat getuigt van inzicht in hoe maatschappelijke processen het welzijn van individuen en groepen beïnvloeden.

Zelfreflectie

Kritisch reflecteren op en actief inzicht tonen in eigen gedrag en functioneren.

Coachen

Begeleiden van(richting en sturing geven aan) een cliënt of groep cliënten in het kader van behandel doelstellingen; stijl van coachen aanpassen aan cliënt en situatie zodat betrokken cliënt zich optimaal kan ontwikkelen.

Samenwerken

Een actieve bijdrage leveren aan een gezamenlijk resultaat of probleemoplossing, ook wanneer de samenwerking een onderwerp betreft dat niet direct van persoonlijk belang is.

Initiatief

Kansen signaleren en ernaar handelen; liever uit zichzelf beginnen dan passief afwachten.

De medisch maatschappelijk werker moet beschikken over:

- Kennis van theorieën over hulpverleningsprocessen en methoden zoals: casework, crisisinterventie, verlieskunde, gezins-systeembehandeling en rationeel emotieve therapie. (diversiteit aan situaties vereist keuzemogelijkheden)
- Kennis van de sociale kaart (hulp inschakelen en doorverwijzing)
- Sociaal wetenschappelijke theorieën: persoonlijkheidsstructuur, gedragsconsistentie en sociale beïnvloeding. (nodig voor de keuze van behandeling)
- Kennis van en inzicht in relaties en speciale netwerken.
- Kennis van bestaande wetten en regelingen (AWBZ, AOW, WAO)
- Kennis van theorieën over conflicten en conflicthantering.
- Kennis van taal en communicatie.
- Kennis van verschillende levensbeschouwingen en culturen

Net als veel andere beroepsbeoefenaren kan de medisch maatschappelijk werker door de onherstelbaarheid van een verlies onmacht ervaren. Aan het verlies dat een ander ondervindt is immers feitelijk niets te doen. Je staat met al je kennis en kunde machteloos.

Het onvermogen om vanuit je beroep iets te kunnen doen heeft te maken met het feit dat je het gevoel hebt als beroepsbeoefenaar te hebben gefaald.

Zoals ik al eerder beschreef, kun je verlies en rouwen zien als een actief proces, waarbij een aantal rouwtaken verricht moeten worden.

3.6. Theorie verliesbegeleiding.

De Mönnink geeft een leidraad om in de praktijk met verliesbegeleiding om te kunnen gaan. Hij doet dit aan de hand van zes taken.¹⁷

- De diagnostische taak
- De multimethodische taak
- De zingevingstaak
- De sociaal-netwerктаak
- De zelfzorgtaak
- De normaliseringstaak

Door het uitvoeren van deze zes “taken” in de verliesbegeleiding schept de maatschappelijk werker, zegt Mönnink, voorwaarden voor rouwarbeid van de cliënt.

In dit hoofdstuk werk ik deze taken uit

De diagnostische taak. (signaalgevoeligheid)

In de diagnostische taak is er een signaalgevoeligheid voor verlies en verliesuitingen. De diagnostische taak veronderstelt veiligheid en contact met de nabestaanden. De maatschappelijk werker maakt een inschatting van de toestand van de nabestaande. Hoe is hij eraan toe; verward, futloos, boos, verdrietig, opgelucht?

Deze signaalgevoeligheid veronderstelt kennis van de mogelijke levensloopverliezen, de uitingvormen van verlies en de vaardigheid hier gepast mee om te gaan. Het opmaken van het levensverhaal, van de verliesinventaris en het genogram zijn daarbij bruikbare diagnostische methoden.

¹⁷ H.J.de Monnik *Verlieskunde, een handreiking voor de beroepspraktijk* (Utrecht, Elsevier, 1998)

De multimethodische taak. (creatieve zoekhouding)

De tweede taak van de maatschappelijk werker in de verliesbegeleiding is het zoeken naar vormen van steun die passen bij deze nabestaanden, op dit moment. Met andere woorden: het ontdekken van multimethodische cliëntgerichtheid. De begeleidingsmethode moet worden afgestemd op de behoefte van de nabestaanden.

De nabestaandengecentreerde grondhouding is de basis voor verliesbegeleiding.

De maatschappelijk werker is onvoorwaardelijk acceptierend, congruent en empathisch. De basisvaardigheden, die hierbij horen zijn: stilte, lichaamstaal, onder woorden brengen en praktische handreikingen. Soms is het een steun de nabestaanden een gedachte, een gevoel onder woorden te laten brengen: soms stilzwijgend aanwezig te zijn, soms iets praktisch te doen.¹⁸

In elk geval heeft de maatschappelijk werker een aantal gereedschappen in zijn koffer, die hem behulpzaam kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld de rituelenmethode. (dit is een methode, waarbij creatief wordt meegedacht met de nabestaande hoe aan het verdriet inhoud kan worden gegeven. Meedenken over het uitvoeren van een afscheidsritueel is daarbij een mogelijkheid.)

De zingevingstaak. (herkennen van psychologische aardbeving)

In deze taak staat de hulp bij het herkennen en erkennen van de crisis in de zingeving die de nabestaanden meemaken centraal.

Het is hierbij moeilijk aan te geven, of een meegaande of confronterende houding passend is gezien het rouwproces. De maatschappelijk werker zoekt vanuit een nabestaande gerichte houding naar datgene, wat de nabestaanden tot steun is. Dit kan dus inhouden, dat hij meegaat met het verhaal en de uitingen van de nabestaanden. Maar het kan ook zijn, dat nabestaanden moeten worden geconfronteerd met de ongezonde effecten van overlevingsstrategieën, zoals alcoholgebruik, te hard werken of overmatig medicijn-of drugsgebruik.

Gebruikmakend van de counselingsmethode biedt de maatschappelijk werker de gelegenheid tot het opmaken van de balans. Deze inventarisatie draagt bij aan het leerproces zich mentaal in te stellen op de nieuwe situatie na het verlies.

Geregeld komt de vraag: waarom (overkomt dit mij)? Als een vraag om feiten.

Een technische uitleg helpt slechts weinig. De vraag moet meer gezien worden als een zoektocht naar de betekenis van het verlies, hierdoor voelen de nabestaanden zich meer gesteund. Herkenning en erkenning dat het leven van de nabestaanden op zijn kop staat na een verlies draagt bij aan het scheppen van een nieuw perspectief.

Gezien het belang van zingeving (en het aanwezig zijn), wil ik dit nog iets nader uitwerken. Er bestaat een duidelijk verschil tussen oplossingsgerichte, instrumentele rationaliteit en er zijn voor iemand. Professionaliteit en preventie mogen dan hoog genoteerd zijn, maar het gaat bij dit onderwerp om presentie, aanwezigheid en aandacht.

Daarnaast ben je niet zomaar aanwezig. Het criterium voor aanwezigheid ligt bij de patiënt, als je er bent op die tijd en plaats waar hij je nodig heeft. Vervolgens is het verlenen van hulp en zorg alleen mogelijk als er iets is tussen de maatschappelijk werker en de patiënt. Het woord “tussen”, staat dan symbool voor een verbinding tussen patiënt en maatschappelijk werker.

¹⁸ T.van Gils, *Verlies en rouw*, (Baarn, Nelissen, 2000)

De sociaal-netwerктаak. (oog en aandacht voor de omgeving)

De vierde taak van de maatschappelijk werker in de verliesverwerking is het onderkennen van de invloed die de omgeving van de nabestaanden heeft op het verwerkingsproces. Het gezin, de familie, het bredere sociale netwerk en de cultuur vormen een belangrijke begeleidingstaak. De maatschappelijk werker moet desgewenst de omgeving activeren en zonodig versterken.

Een maatschappelijk werker, die oog heeft voor omgevingsinvloeden denkt ook aan de communicatieve context, waarin de nabestaanden zich bevinden. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot relatie-, gezins-en groepsbegeleiding.

Vragen, die de maatschappelijk werker stelt zijn: van welk sociaal netwerk maken de nabestaanden deel uit en welke communicatieve verschijnselen doen zich voor na het verlies? Hoe stimulerend of remmend is zijn een sociaal netwerk en in hoeverre heeft het verlies zijn sociale netwerk aangetast? De sociale en culturele bewustwording rond de verliesverwerking krijgt een krachtige impuls.

Gezocht moet worden naar rituelen, die passen bij de leefstijl van de achterblijvers. Rituelen markeren tenslotte de overgang naar een nieuwe levensperiode.

Het activeren en eventueel versterken van het bestaande netwerk kan een goede buffer opleveren in tijden van tegenspoed.

De zelfzorgtaak. (oog en aandacht voor eigen kwetsbaarheid)

In zorgberoepen kan de confrontatie met mensen die verlies hebben geleden confronterend zijn. Emoties als verdriet, angst en boosheid kunnen bij de maatschappelijk werker worden opgeroepen door de confrontatie met leed.

De vijfde taak van de maatschappelijk werker in de verliesbegeleiding is dan ook, het erkennen van de eigen kwetsbaarheid en machteloosheid en die van zijn collega's. Zelfzorg op individueel, collegiaal, team- en instellingsniveau moet voorkomen dat maatschappelijk werkers opbranden of traumatiseren en voortijdig het beroep en de dienst verlaten.

Wanneer de balans tussen geven en ontvangen, tussen zorg voor anderen en zorg voor zich zelf gedurende langere tijd uit evenwicht is, zal het heel wat tijd en energie vergen om deze balans weer te herstellen. men spreekt dan van burn-out. Emotionele uitputting, ongewone moeheid, een verminderde betrokkenheid en/of een afstandelijke houding ten opzichte van het werk geven de maatschappelijk werker het gevoel niet meer competent te zijn.

Het getuigt van realisme, dat je soms geraakt bent. De steun van collega's en het thuisfront kunnen er voor zorgen dat je er weer tegenaan kunt.

Het is dus een teken van professionaliteit dat je de menselijke en emotionele onmacht durft te erkennen, de eigen geraaktheid onder ogen durft te zien en zelf zonodig om aandacht en hulp vraagt.

De normaliseringstaak. (normaliseren van uitingsvormen)

Emoties en stress zijn normale reacties op een 'abnormale' gebeurtenis. Dit geldt voor de nabestaanden als ook voor de maatschappelijk werker. De zesde taak van de maatschappelijk werker in verliesbegeleiding is het normaliseren van verliesuitingen van de nabestaanden.

Doel is om onnodige twijfel en onzekerheid weg te nemen. Gewone verdrietreacties en boosheid worden nog maar al te vaak in de ziekelijke hoek geplaatst.

Een instrument van normaliseren is verlieseducatie: informatie geven over de vele uitingsvormen van verlies in alle gedaantes. De technische informatie, de rechten en plichten kunnen van groot belang zijn. Onder deze taak valt (zodanig) ook de doorverwijzing naar een begeleidingsgroep of rouwtherapeut.

3.7. Conclusies.

Competenties kunnen vertaald worden als vermogens.

Een competentie ligt een kwaliteitsniveau hoger dan een vaardigheid. Vaardig zijn is weten hoe je iets doet, competent zijn is ook weten, óf je iets moet doen.

De competenties, waarover de medisch maatschappelijk werker beschikt om de nabestaanden van in het ziekenhuis overleden patiënten te kunnen begeleiden, komen in de verschillende taken in de verlieskunde naar voren. Het model sluit naar mijn smaak goed aan bij de theorie van Worden en de holistische visie van de instelling.

Een gedegen kennis is vereist op het gebied van regelgeving, sociale kaart en interventie- en behandeltechnieken. Kennis en competenties stellen de medisch maatschappelijk werker in staat de zorg aan nabestaanden van in het ziekenhuis overleden oudere patiënten te bieden.

Hoofdstuk 4. Huidige en gewenste situatie rondom rouwbegeleiding.

4.1. Samenvatting.

In dit hoofdstuk zal ik ingaan op maatschappelijke ontwikkelingen, die actueel zijn. Beschreven wordt op macro-meso-en microniveau waar de medisch maatschappelijk werker in de praktijk mee wordt geconfronteerd. Vervolgens wordt er vanuit de huidige situatie geschetst, hoe de toekomstige situatie eruit zou moeten zien.

Ik geef aan, onder welke omstandigheden de rouwbegeleiding moet worden verricht. Concreet gaat het hierbij om een scala van maatschappelijke ontwikkelingen en invloeden, die ik nader zal uitwerken.

4.2. Inleiding.

Na de uitwerking van de theorie en de benodigde kennis voor de medisch maatschappelijk werker wil ik in dit hoofdstuk uiteenzetten onder welke omstandigheden deze rouwbegeleiding zijn beslag moet krijgen. Vanuit maatschappelijk perspectief en ontwikkelingen wordt toegewerkt naar de praktijk.

Vervolgens wordt een schets gegeven van de gewenste situatie, waarna in het volgende hoofdstuk een opzet wordt aangereikt voor de praktische uitvoering.

4.3. Maatschappelijke ontwikkelingen.

In Nederland overlijden jaarlijks ongeveer 150.000 mensen. Ongeveer 35 % van hen sterft in het ziekenhuis, 20 % in het verpleeghuis, 15 % in het verzorgingshuis en 30% thuis.

Hieronder vallen alle sterfgevallen, van jong tot oud, inclusief ongevallen en (zelf) moorden. Gemiddeld laat een overledene vier nabestaanden achter. Dit betekent, dat jaarlijks een half miljoen mensen met rouw worden geconfronteerd. Vanwege problematische verwerking van rouw melden zich jaarlijks 50.000 mensen zich aan bij een bijzondere vorm van hulpverlening, zoals bijvoorbeeld bij Parnassia. Van alle behandelde situaties door Parnassia heeft ruim 10% te maken met rouw, in velerlei vorm.

In Nederland zijn statistisch gezien 140.000 weduwnaren en 630.000 weduwen van zestig jaar of ouder.

“Nederland stikt van de alleenstaanden”, lees ik in de dagbladen. En het worden er steeds meer. Nu zijn dat er al 2,2 miljoen en over vijftien jaar, zo is de verwachting, wonen er zo’n drie miljoen mensen alleen. Het Centraal bureau voor de Statistiek (CBS) heeft dat allemaal uitgezocht.

Naast de sterke stijging van alleenstaanden door verbroken relaties, zal met name ook de groep alleenstaanden, die hun partner hebben verloren, stijgen in de komende periode met 200.000. Met name vrouwen krijgen hiermee te maken, omdat hun levensverwachting hoger is dan die van mannen.¹⁹

Naast deze cijfers zal ik aangeven, onder welke invloeden vanuit de maatschappij de nabestaanden verdriet moeten verwerken, alsmede waar zij mee worden geconfronteerd. Dit is wederom gericht op met name de ouderen.

¹⁹ Tijdschrift *de Draaikolk*, mensen die hun partner hebben verloren. (1^e jaargang nr.9, juni 1999)

Macroniveau

In de tachtiger jaren is de grootscheepse herziening van de allesomvattende verzorgingsstaat begonnen met het terugtreden van de overheid, decentralisatie, herwaardering van het marktdenken en revitalisering van maatschappij en cultuur. Eigen initiatieven van bewoners, buurten en bedrijven staan momenteel weer centraal. Gemeentes zijn in verregaande mate verantwoordelijk geworden voor verdeling van het beschikbare budget. Niet alleen ter bestrijding van werkloosheid, maar ook voor de verdeling van gelden op het gebied van welzijn, wonen en zorg. Meer en meer heeft de burger de keus het eigen leven, welzijn en woonomgeving te bepalen.

Verzorgingshuizen moeten verdwijnen, dan wel een andere functie gaan vervullen. Het individu moet het eigen leven gaan verzekeren, indelen en plannen.

Vermaatschappelijking is het toverwoord.

Sociaal kapitaal speelt een belangrijke rol. Onderlinge relaties moeten weer als betekenis-, zin-, en waardevol worden ervaren.²⁰ Vage amorele waarden en normen moeten weer gaan veranderen in concrete praktische morele deugden. Individualisatie moet worden bestreden, betrokkenheid moet nieuw leven worden ingeblazen.

Volksverzekeringen (zoals de AWBZ) zijn niet meer te betalen. Is men aangewezen op zorg, dan zal het individu meer moeten terugvallen op familie en bureaus.

Het langer thuis blijven wonen moet met aanvullende zorg en woningaanpassingen mogelijk zijn. Particuliere bureaus voor thuiszorg zijn in opkomst.

Geschetste maatschappelijke ontwikkelingen vragen een heroriëntatie op de manier, waarop in het werkveld aan functies, beroepen en werksoorten vorm wordt gegeven.

Samenlevingsbreed tekent zich een vervaging af van grenzen tussen sectoren, beroepen en werksoorten af. Scheidslijnen tussen gesubsidieerde en private instellingen zijn vloeier aan het worden. Een netjes aangeharkte wereld van apart gehouden perkjes, ieder door eigen reglementen, profielen, en toezichthouders, wordt vervangen door een grote variatie aan combinaties.

Daarnaast worden ziekenhuizen in toenemende mate gedwongen verantwoording af te leggen over hoe met het beschikbare budget wordt omgegaan. De toekomstige invoering van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) is hiervan een voorbeeld. Dit vereist een strakke planning en duidelijke afspraken over productie, capaciteit en bovenal kwaliteit.

Mesoniveau.

Door bovenstaande ontwikkelingen wordt een ziekenhuis meer en meer gedwongen haar logistiek meer dan vroeger op orde te hebben. Vraaggericht werken en functie differentiatie zijn hot items geworden.

Slechts wanneer het kwaliteitskeurmerk door het NIAZ-PACE (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen) is afgegeven, telt men mee.

Leidraad bij het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem is het model Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) Op basis hiervan, dat wil zeggen door middel van een projectmatige aanpak, zal het ziekenhuis groeien naar integrale kwaliteitszorg. Dat gebeurt in de vorm van tal van kwaliteitsprojecten. Accreditatie vraagt van het ziekenhuis veel investering. Het doen, wat je moet doen als ziekenhuis, moet concreet worden vertaald in protocollen, waarin de kwaliteit moet zijn geborgd.²¹

²⁰ W. Visser, *Verzorgingssociologie*. (Bussum, Coutinho, 2000)

²¹ Stichting Bronovo-Nebo, *Samen voor zorg, publieksverslag*. (Albani drukkers, Den Haag, 2001)

De normen, die door het NIAZ worden gesteld, bevatten eisen voor de organisatie. Ze beschrijven, wat in het ziekenhuis geregeld moet zijn om te waarborgen, dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van het toeval of van personen afhankelijk is. Deze normen bestaan dus voor het ziekenhuis als geheel, maar ook voor de afzonderlijke afdelingen, waar het medisch maatschappelijk werk er een van is.

Een kritische consument verlangt tegenwoordig uitleg, openheid, maar vooral aandacht en privacy.

Deze belangen staan vaak lijnrecht tegenover elkaar. De beperkingen vanuit de wetgeving en vooral de financiën en eisen van verzekeraars dwingen de organisatie tot keuzes.

In de verpleeghuiswereld is de laatste ontwikkeling, dat vele miljoenen zijn vrijgemaakt voor het creëren van meer privacy, door in nieuw te bouwen huizen alleen nog een-, of maximaal twee-, persoonskamers te realiseren.

Niet onbelangrijk is ook, dat het ziekenhuis kijkt naar zijn adherentiegebied.

Ziekenhuis Bronovo ziet daar een overschot aan ouderen, meer als in andere delen van de stad. Dit gegeven dwingt de organisatie een aanbod op maat te leveren.

De gemiddelde verpleegduur neemt nog steeds af, niet in het minst door een groeiende medische wetenschap, die ongekende medische mogelijkheden heeft.

De sleutelgatchirurgie is in opkomst. Enige beperkende factor is de betaalbaarheid van de medische mogelijkheden.

Dit heeft als gevolg, dat cliënten korter zijn opgenomen, waardoor meer cliënten kunnen worden behandeld. Hier ben ik dan weer terug bij het belang van de logistiek.

Gezien het geschetste feit, dat opnameduur korter is en wordt, maakt dit samenwerking met instanties buitenshuis steeds belangrijker. Transmuralisering is het begrip, dat hierbij hoort. Steeds meer zorg moet worden geleverd buiten de deur. Dit vereist een blik naar buiten.

Maar ook de afscheiding tussen arbeid binnen en buiten de instelling vervaagt.

Meer en meer is de instelling aangewezen op wat in de maatschappij, en met name in het adherentiegebied, gebeurt. Steeds meer professionals richten zich op een bepaalde cliëntengroep. Samenwerking met instanties binnen het adherentiegebied (ontschotting) is essentieel.

De overheid stimuleert deze regionale netwerkvorming. Een netwerk moet in haar ogen idealiter bestaan uit een ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuis, hospice en thuiszorg in nauwe samenwerking met huisartsen. Door zo samen te werken moet de continuïteit van zorg gegarandeerd kunnen worden.

Microniveau.

Naast alle bovengenoemde invloeden, die ik het liefst als krachten van buitenaf wil typeren, word de cliënt in het ziekenhuis geconfronteerd met de relativiteit van het bestaan.

Zolang je goed in je vel zit, en het economisch goed met je gaat, lijken er geen zorgen te bestaan. Zinbeleving wordt dan ook als iets vanzelfsprekends ervaren.²²

Totdat een ziekte of ongeval drastisch toeslaat in het bestaan. Het zicht op leven en werk dreigt verloren te gaan. Uitdrukkingen als 'ik zie het niet meer zitten' en 'voor mij hoeft het niet meer', zijn dan ook veel gehoorde opmerkingen in het ziekenhuis.

Het is voor de medisch maatschappelijk werker dan zaak, op zoek te gaan naar de belangrijkste aspecten van de gevormde levensbeschouwing van de cliënt. Het verhaal van de cliënt staat dan centraal.²³

²² H.Banning, *Zinvol hulpverlening en begeleiden* (Nelissen, Soest, 2001)

²³ Vakblad voor maatschappelijk werk. *Maatwerk* themanummer Rouw. (nummer5, Oktober 2002)

Hier ligt dan ook een belangrijk probleem. De 24 uren economie brengt met zich mee, dat iedereen 'haast' heeft. Ook in een ziekenhuis is dit het geval, met in het achterhoofd de productiecijfers, de beddenbezetting en de verpleegdagen. In het licht van de beschikbare tijd van artsen en verpleegkundigen gezien, zijn emoties vooral tijdrovend.

Ondersteuning van naasten is een intensief proces, dat veel ruimte en tijd behoeft. Deze tijd hebben artsen en verpleegkundigen niet altijd, ook al is er veel bereidheid.

Het is bij ouderen, die in het ziekenhuis worden opgenomen, van belang leven toe te voegen aan de jaren, en niet jaren aan het leven toe te voegen. Oog en open oor te hebben voor wat hen beweegt en welke banden er door de opname zijn doorgesneden. Een woordeloos contact, een aanraking of streling kan veel goed doen.

De uitdaging voor de medisch maatschappelijk werker is dan ook een uitnodiging om door stereotypen heen te kijken, naar individualiteit en uniciteit van elke mens. Als de kwaliteit van leven kan worden bewaakt tot de laatste dag, de zorg te delen met anderen, komt dit niet alleen de oudere ten goede, maar ook mijzelf. Niet in het minste, omdat wij de ouderen van morgen zijn.

Uit studies is gebleken, dat sociale steun een positief effect heeft op het algemeen welbevinden. Na het overlijden van een dierbare kan sociale ondersteuning fungeren als buffer die de persoon beschermt tegen de uiteenlopende consequenties van de gebeurtenis. Sociale ondersteuning is dus van belang voor emotionele steun, praktische steun, erkenning van het verlies en de rouw, alsmede de aanpassingen, die dit verlies vergt. Het ontbreken ervan draagt bij aan het ontstaan van complicaties in rouw.²⁴

4.4. Huidige situatie.

In het algemeen ziekenhuis overlijden regelmatig patiënten. Sommige patiënten overlijden acuut of onverwacht, anderen overlijden zoals werd verwacht.

Rondom de terminale zorg is in Nederland veel mogelijk. Op lokaal gebied is er bijvoorbeeld een netwerk palliatieve zorg actief, waarbij gebruik wordt gemaakt van professionele en vrijwillige krachten. De Hospices hebben de laatste jaren een groei doorgemaakt. Ook verschillende verpleeghuizen in de regio hebben capaciteit gecreëerd om terminale patiënten te begeleiden.

Een tegenwerkende kracht hierbij zijn de kosten van verpleging en verzorging thuis en in het Hospice. Recentelijk zijn de eigen bijdragen voor zorg en verpleging fors verhoogd. Het is momenteel nog niet geheel duidelijk of dit op termijn problemen gaat geven voor het ziekenhuis in het algemeen. Dit wordt wel verwacht.

Duidelijk is wel, dat cliënten de zorg opzeggen, omdat deze voor hen niet meer te betalen is. Ook is helder, dat een terminale cliënt meer keus heeft om te bepalen, waar hij wil sterven, maar dat hier meer als voorheen een prijskaartje aanhangt. Daartegenover staat, dat de beschikbare capaciteit van instituties voor terminale zorg niet voldoende is.

In het ziekenhuis zijn, naast de verpleging, verschillende hulpverleners actief, die zich bezighouden met terminale zorg. Te noemen valt bijvoorbeeld het pastoraat.

In het algemeen is de afdeling medisch maatschappelijk werk niet betrokken bij stervende patiënten in het ziekenhuis, tenzij zij hiervoor de patiënt en sociale systeem al behandelde. Na het overlijden van de patiënt houdt de bemoeienis op van het ziekenhuis, en wordt dit overgenomen door de begrafenisonderneming.

Er is voor nabestaanden een folder voorhanden, waarin wordt aangegeven, waar men op moet letten en hoe te handelen, nu de dierbare is overleden.

²⁴ J.van den Bout, *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*(Bohn Stafleu van Loghum,Houten/Diegem,1998)

Het bed van de overleden patiënt moet zo snel als mogelijk beschikbaar zijn voor de ontvangst en behandeling van een nieuwe patiënt. Een enkele keer komt het voor, dat het medisch maatschappelijk werk de begrafenis in overleg met de gemeente moet regelen, aangezien er geen familie is. (of er niemand is, die voor de kosten op wil draaien) Het pastoraat organiseert eenmaal per jaar een herdenkingsbijeenkomst voor nabestaanden van in het ziekenhuis overleden patiënten. Daarnaast komt een, vaak eenmalig, contact met nabestaanden bij de oncologieverpleegkundige voor. Dit is een gevolg van een langdurige en intensieve betrokkenheid bij de patiënt en familie.

Het is opmerkelijk, dat door professionele zorgverleners in het ziekenhuis zo weinig wordt stilgestaan bij de beleving door de verschillende familieleden op het moment, dat iemand komt te sterven. Hoogstens is er aandacht voor de eerste rouwopvang. In follow-up wordt zelden voorzien. Een uitdrukkelijke verwijzing naar de huisarts voor verdere aandacht gebeurt weinig systematisch.

Na het overlijden is er, na het verplichte vaststellen van de dood door de arts, over het algemeen geen contact meer met de specialist of arts assistent. De nabestaanden moeten dan rondkomen met het eigen verdriet, en het laatste contact met de arts wordt hierdoor overschaduwd.

De kwaliteit van geleverde zorg in het ziekenhuis aan de overledene wordt niet geëvalueerd. Mede daardoor komen regelmatig klachten van nabestaanden over medische en verpleegkundige zorg en bejegening terecht bij de Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP)

4.5. Gewenste situatie.

De Landelijke Stichting Rouwbegeleiding (LSR) geeft aan, dat het merendeel van de nabestaanden goed in staat is het verdriet te verwerken.

Voor deze groep is het niet wenselijk te interveniëren. De ouderen onder ons hebben derhalve ondersteuning nodig.

Er zijn veel initiatieven tot begeleidingsgroepen voor mensen, die problemen hebben met rouwverwerking. Ook is er de beschikking over een uitgebreide portefeuille van professionele rouwbegeleiders, bij wie men terecht kan.

Probleem is alleen, dat mensen zichzelf hiervoor moeten aanmelden, wat een drempel opwerpt.

Door de ontwikkeling van een nazorgtraject voor nabestaanden, kunnen nabestaanden actief worden benaderd en (zonodig) worden doorverwezen.

Het contact is in principe éénmalig, waarnodig zal worden doorverwezen. Tegelijk kan de geleverde zorg in het ziekenhuis worden geëvalueerd. Uitkomsten van deze gegevens moeten dan weer leiden tot kwaliteitsverbetering.

Op deze manier kunnen ook klachten worden ondervangen, dan wel op een gestructureerde wijze worden benaderd.

In de toekomst kan worden gedacht aan het ontwikkelen van begeleiding aan groepen nabestaanden, indien hiertoe aanleiding is. Ook kunnen nabestaanden vanuit het adherentiegebied worden verwezen naar deze groepen. Ook kan onderzocht worden, of er behoefte is aan individuele begeleiding van nabestaanden.

Hoofdstuk 5. Voorstel voor na(bestaanden)zorg.

5.1. Samenvatting.

In dit hoofdstuk wordt gepresenteerd, hoe de nazorg aan nabestaanden geregeld kan worden. Met dit advies worden de volgende effecten beoogd: de medisch maatschappelijk werker begeleidt de nabestaanden van de in het ziekenhuis overleden oudere patiënt, klachten van nabestaanden worden structureel ondervangen en indirect worden nieuwe opnames voorkomen. De kwaliteit van de gegeven terminale zorg, bejegening van artsen en verpleegkundigen kunnen worden geëvalueerd.

Op effectieve wijze kan de medisch maatschappelijk werker de nabestaanden in hun verdriet terzijde staan en desgewenst naar de juiste instantie doorverwijzen. Praktische problemen, die zich hierbij voordoen, kunnen worden opgepakt.

5.2. Inleiding.

In dit hoofdstuk wordt het plan gepresenteerd, waarlangs de nabestaanden kunnen worden geholpen bij het verwerken van het verdriet, zowel praktisch als theoretisch.

In ziekenhuizen in Nederland bestaan nog erg weinig van projecten als nazorg voor nabestaanden. Dit is vreemd, omdat juist nu de nadruk wordt gelegd op het meten van kwaliteit, teneinde doelmatige verbeteracties te kunnen invoeren.

De Stichting Terminale Zorg door Vrijwilligers meldt in haar jaarverslag van 2003 over nazorg: “het stimuleren van een gezond rouwproces door nabestaanden de gelegenheid te bieden uiting te geven aan hun rouw”. Door vrijwilligers is twaalf maal een bezoek gebracht aan nabestaanden.²⁵

Projecten, die wel bestaan, concentreren zich op een bepaalde afdeling in een ziekenhuis, met name op een eerste hulp.

Daarnaast hebben superspecialistische centra meer begeleidingsgroepen voor heel specifieke ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld voor patiënten met een melanoom.

5.3. Praktische uitwerking.

Wanneer een patiënt in het ziekenhuis overlijdt, is er uiteraard sprake van veel verdriet. Het is daarom uit respect voor de nabestaanden en de overledene van belang, dat nabestaanden hun verdriet op dat moment in alle rust en desgewenst met elkaar kunnen beleven. Het geeft geen pas, om op dat moment de nabestaanden te confronteren met vragen omtrent begeleiding, verpleging en medische verzorging.

Momenteel is het gebruikelijk, de nabestaanden een informatiefolder mee te geven, zodat zij na de eerste schok ook de praktische zaken kunnen (laten) regelen. De begrafenisondernemer regelt dan de verdere gang van zaken.

Naast de bestaande folder is het voorstel, een blijk van medeleven mee te geven, en daarnaast begeleiding te bieden. (bijlage III)

Als de (portvrije) antwoordkaart wordt teruggezonden, en de nabestaanden de behoefte hebben te reageren op het verblijf in het ziekenhuis, wordt de vragenlijst verzonden.

In de vragenlijst wordt geïnventariseerd of er behoefte is aan persoonlijk contact.

(bijlage IV) Vervolgens wordt met de nabestaanden contact gelegd.

²⁵ Stichting Terminale zorg door Vrijwilligers, *Jaarverslag 2003*. (Rijswijk, Den Haag, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg)

Vervolgens kan men kiezen voor een eenmalig contact met de medisch maatschappelijk werker. Dit contact is met name gericht op het vaststellen van vragen omtrent medische en verpleegkundige behandeling. Daarnaast kunnen praktische problemen worden opgespoord. Te denken valt hierbij aan problemen op financieel of administratief gebied, maar ook op functioneel gebied. (zie hiervoor hoofdstuk 2)

Getracht kan worden, om in de individuele situatie, zorg en aandacht te bieden. Afhankelijk van de levende problematiek kan worden doorverwezen en/ of actief worden aangemeld.

In de genoemde situatie hoeft de medisch maatschappelijk werker niet noodzakelijk de situatie van zijn cliënt te kennen. Alleen indien hiertoe aanleiding is, kan de medisch maatschappelijk werker bemiddelen tussen specialist en cliënt.

Afhankelijk van de vraag van de nabestaanden, kan worden bemiddeld in begeleiding. Het kan zijn, dat de medisch maatschappelijk werker nog contact tussen specialist en nabestaanden regelt, omdat er vragen zijn over medische behandeling, of uitslagen van bijvoorbeeld de obductie. Daarnaast kan een belangenbehartigende rol worden gespeeld naar de huisarts, indien noodzakelijk.

Dit is van belang, wanneer bijvoorbeeld dreiging van eenzaamheid, depressie of verwaarlozing dreigt. Een niet onbelangrijk deel van klachten kan daarmee worden ondervangen (als reactie op verdriet). Indirect kan deze aanpak toekomstige opnames voorkomen.

Een Patiënten Vertrouwenspersoon kan zich dan meer richten op situaties die zich voordoen in de kliniek. Afstemming, overleg en samenwerking zijn dan noodzakelijk.

5.4. Presentatie gegevens.

In het kader van deze adviesnota stel ik mij voor, dat verkregen informatie van nabestaanden geanonimiseerd ter beschikking zal worden gesteld aan het duale management van de desbetreffende etage. Dit heeft als doel de kwaliteit van zorg aan de hand van de opmerkingen van de nabestaanden te verbeteren of beter te kunnen inspelen op wensen..

In het jaarverslag van het medisch maatschappelijk werk zal een overzicht worden gepresenteerd van verkregen reacties en het effect daarvan op de dienstverlening.

5.5. Conclusies en aanbevelingen.

Tevens is gebleken, dat zowel nabestaanden als het ziekenhuis zelf, baat hebben bij de nabestaanden zorg vanuit het ziekenhuis. Het ziekenhuis krijgt de mogelijkheid om aan de hand van punten uit de nazorggesprekken met nabestaanden eventuele veranderingen/verbeteringen in de zorg aan te brengen.

Klachten over de begeleiding en bejegening van artsen, verpleegkundigen en nadere disciplines, betrokken bij de verpleging en het medisch beleid van de in het ziekenhuis overleden patiënt kunnen op een gestructureerde wijze worden opgepakt en waar mogelijk voorkomen worden..

De nabestaanden kunnen antwoord krijgen op onbeantwoorde vragen, wat bij kan dragen aan het rouwverwerkingsproces.²⁶

²⁶ M. van Adrichem, *Nabestaanden zorg* (Den Haag, 1998)

Hoofdstuk 6. Conclusies en aanbevelingen.

6.1. Inleiding.

Afsluitend wordt verwoord, welke aanbevelingen kunnen worden gedaan. En waarom de medisch maatschappelijk werker, in nauwe samenwerking met andere betrokken disciplines, de kennis en vaardigheid in huis heeft, welke antwoord kunnen geven op de ontwikkelingen, die op het instituut ziekenhuis afkomen.

6.2. Conclusies.

Allerlei ontwikkelingen in de maatschappij vergroten de kansen voor de ontwikkeling van een brede geprofileerde, sociale professie.

Kwetsbare mensen, zoals ouderen, mensen met een beperking en rouwenden, hebben ondersteuning, opvang en verzorging nodig. Er is vraag naar een zorgende professional. Professionals hebben daarin een belangrijke, maar zeker geen exclusieve rol. De rol van vrijwilligers is ook belangrijk om met name in de thuissituatie de nabestaanden bij te staan. Deze zorg zal in de toekomst minder geleverd worden door instituties, maar meer door lokale gemeenschappen (waartoe een ziekenhuis overigens wel behoort.).

Deze professional moet van wanten weten, kunnen bemiddelen, ingrijpen en vooral beschikbaar zijn. Artsen zijn nog teveel bezig met sociale problemen.

Sociaal gedrag van mensen moet beïnvloedt en waar nodig gestuurd worden. Het normen en waarden debat getuigt hiervan. Een normerende en opvoedende professional kan hierbij behulpzaam zijn. In het algemeen ziekenhuis gelden gemeenschappelijke spelregels, de patiënten moeten zich hieraan aanpassen.

Het is voor mij vanzelfsprekend, dat de gezondheidszorg in het algemeen hierin een belangrijke taak heeft. Het individuele aanpassingsvermogen en de eigen sturingskracht van de cliënt moet worden ondersteund.

De ontwikkeling van faciliteiten moet ondersteund worden, zoals vrijwilligerswerk en informele zorg. Ondersteuning is noodzakelijk om cliënten voor elkaar, voor zichzelf en voor publieke ruimte te kunnen laten zorgen.

Door alle huidige ontwikkelingen, binnen wet-en regelgeving is er behoefte aan een professional, die zorgprocessen kan coördineren op het niveau van de individuele patiënt, op het niveau van groepen en op het niveau van de omgeving van het ziekenhuis. Bovendien moet dit beleid geïmplementeerd en geadviseerd worden, waarna actie kan worden uitgevoerd.

Er wordt stevig ingezet op vraagsturing. Dit vraagt om wegwijze burgers en patiënten, die efficiënt hun vraag kunnen sturen. Vooral op zorggebied hebben we te maken met complexe vragen, tegengestelde belangen en het gevaar van ongeremdheid in de vraag.

Voor een deel van de patiënten zullen adviseurs noodzakelijk zijn, die weten waar wat te halen is.

De ontwikkeling van laagdrempelige voorzieningen staat centraal. (ontmoeting en ontplooiing, begeleiding en coachen).

Tot slot is er meer behoefte aan betere indicaties, diagnoses, verwijzingen en verplaatsingen. Alle omstandigheden in ogenschouw genomen, zoals wetgeving, financiën en maatschappelijke omstandigheden en ontwikkelingen, lijkt hier een grote kans te liggen voor het medisch maatschappelijk werk in een ziekenhuis.²⁷

²⁷ I.Goudriaan, L.Labaay *De medisch maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis* (Utrecht, Trimbo's instituut, 1999)

De aansluiting naar buiten niet missen en als tussenpersoon fungeren in het belang van patiënten, hun sociale omgeving, de maatschappij en de gezondheidszorg in het algemeen. Daarnaast is het van belang, om de professional op zijn gebied zijn werk te laten doen. Hiermee bedoel ik, dat een verpleegkundige op het gebied van verpleegkunde haar deskundigheid moet inzetten, zoals ook de arts op medisch gebied. De medisch maatschappelijk werker is juist geschikt voor de begeleiding van de cliënt in het algemeen in relatie tot het netwerk en de sociale omgeving. Ik meen dat hier, binnen de logistiek in een ziekenhuis, nog een beter gebruik van kan worden gemaakt.

6.3. Aanbevelingen.

In deze adviesnota wordt een lans gebroken voor de begeleiding van nabestaanden van in het ziekenhuis overleden patiënten. Een groot deel van deze patiënten betreft ouderen met specifieke problematiek.

Deze adviesnota voorziet naar mijn idee in een behoefte, die momenteel nog ontbreekt.

In een later stadium kan worden onderzocht, of het haalbaar is, om ook nabestaanden van mensen, die in de thuissituatie zijn overleden, te begeleiden.

Afstemming hierover kan dan worden besproken met het steunpunt mantelzorg, die inmiddels een spreekuur heeft in het ziekenhuis, en derhalve al cliënten doorverwijst. Het ziekenhuis krijgt op die manier een meer maatschappelijke functie binnen haar adherentiegebied, een ontwikkeling naar buiten toe. Afstemming met de thuiszorg is dan belangrijk.

Bovendien kunnen ook verzorgings- en verpleeghuizen hierbij aansluiten. De knowhow kan dan ingezet worden in organisaties, waarmee het ziekenhuis zou willen samenwerken.

Afhankelijk van de behoefte van de doelgroep kan worden gekozen voor individuele begeleiding of groepsbegeleiding. Uiteraard moet een en ander in nauw overleg met betrokken zorginstanties in de regio worden geregeld.

Het project kan in later stadium uitgebreid worden naar mensen, die bijvoorbeeld een kind hebben verloren. Daarnaast kan het medisch maatschappelijk werk een belangrijke functie hebben in de (mogelijk toekomstige) ontwikkeling van een Hospice.

6.4. Vervolgtraject.

Een belangrijke taak is weggelegd voor de medisch maatschappelijk werker binnen de logistiek van het ziekenhuis. Daarbij moet onderwijs en voorlichting gezien worden als een continu proces. Niet in het minst om de begeleiding van stervende patiënten en toekomstige nabestaanden beter van dienst te kunnen zijn..

Voorlichting aan alle betrokken specialisten, arts assistenten en verpleegkundigen, omtrent de kennis en kunde van de medisch maatschappelijk werker.

Het is de verantwoordelijkheid van de medisch maatschappelijk werker om de organisatie en haar medewerkers nauwgezet op de hoogte te houden, welke ontwikkelingen binnen de logistiek geïnternaliseerd moeten worden. Regionale ontwikkelingen, zoals de invoer van het transferformulier, zijn bijvoorbeeld al breed in de organisatie geïntroduceerd.

Nawoord.

Met de presentatie van deze adviesnota wil ik als medisch maatschappelijk werker de na(bestaanden)zorg verbeteren.

Tijdens het ontwerpen van de adviesnota en mijn eerdere carrière als verpleegkundige heb ik ontdekt, dat verlies is als een vingerafdruk: er bestaat geen gemeenschappelijk patroon.

In de genoemde boeken komt een boodschap duidelijk naar voren: stilstaan bij verdriet is meer dan bijstand verlenen. Ik heb geleerd over de kracht, het mysterie en de waarde van menselijke relaties.

Verlies momenten stonden (en staan) om de hoek in ieders leven.

In het respectvolle stilstaan bij het verdriet van anderen kan een ieder een belangrijke les leren: effectiever omgaan met verlieservaringen.

Het is al heel moeilijk, om een houding te bepalen, wanneer iemand rouwt om een geliefde.

Denk maar eens hoe je je voelt tijdens een condoleance! Vragen als 'wat moet ik zeggen', en hoe moet ik mij gedragen, voelen op zijn zachtst gezegd ongemakkelijk.

Ik wil dit afstudeerproject derhalve besluiten met wat algemene tips, ik hoop, dat het de lezer kan helpen om zijn of haar houding te bepalen. Het kan de nabestaande tot steun zijn.

(bijlage V)

Literatuurlijst.

- Adrichem, M. van (1998). *Nabestaandenzorg*. Den Haag:
Banning, H.(2001). *Zinvol hulpverlening en begeleiden*. Soest: Nelissen.
Boelen, P., Huisjes, C. & Kienhorst, I. (1999). *Rouw en rouwbegeleiding*. Utrecht: NIZW.
Bout, J. van den & Veen, E. van der (1997). *Helpen bij rouw*. Utrecht: de Tijdstroom.
Bout, J. van den (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten,: Diegem, Bohn Stafleu van Loghum.
Bruijn, M.de (1996) *Leren leven met verliezen*. Dordrecht: Drechtwerk.
Bruntink, R. (2002). *Een goede plek om te sterven, palliatieve zorg in Nederland*. Zutphen: Plataan.
Buijssen, H. (1999). *Verstoorde rouw bij ouderen*. Baarn: Hb uitgevers.
Dale, van (2000). *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht, Antwerpen: van Dale lexicografie BV.
Forceville-van Rossum, J. (1987). *Dagen van na-bestaan*. Baarn: Ambo.
Gill, K. & Diekstra, R.F.W. (1988). *Verdriet, verliesverwerking en gezondheid*. Baarn: Ambo.
Gils, T. van (2000). *Verlies en rouw*. Baarn, Nelissen.
Goudriaan, I & Labaay, L.(1999) *De medisch maatschappelijk werker in het algemeen ziekenhuis*. Utrecht, Trimbos-instituut.
Freud, S. (1985). *Rouw en melancholie*. Amsterdam, Meppel: Boom.
Jowell, B.T.& Schisow, D. (2003). *Verder zonder hem*. Amsterdam: Archipel.
Keirse, M. (1998). *Helpen bij verlies en verdriet*. Tiel: Lannoo.
Kelley, P. (1999). *Een woord van troost*. Amsterdam: Bakker.
Monnick, H.J. de (1998). *Verlieskunde, een handreiking voor de beroepspraktijk*. Utrecht: Elsevier.
Polspoel, A.R.M. (1998). *Wenen om het verloren ik*. Hilversum: Gooi en Sticht.
Praag, J. van (2001). *Verdriet en verlies geheel*. Utrecht: Kosmos.
Riet, N. van & Mineur, M.J.(1997). *Maatschappelijk werk in de (intramurale) Gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum.
Vergeer, C. (2002). *De gaasvlieg, vragen naar zin*. Tilburg: Damon.
Visser, W. (2000). *Verzorgingssociologie*. Bussum: Coutinho.
Vossen, H.J.M. (1989). *Leren bijstaan van rouwenden*. Kampen: Kok.

Tijdschriften en interne nota's.

- | | |
|------------------------------|---|
| Draaikolk, de | <i>Mensen, die hun partner hebben verloren</i> . 1 ^e jaargang nr.9, juni 1999. |
| Vakblad maatschappelijk werk | <i>Maatwerk</i> . Themanummer rouw, nummer 5, oktober 2002. |
| Stichting Bronovo-Nebo | <i>Samen voor zorg, publieksverslag 2001</i> . Den Haag, Albani drukkers, 2001. |

Externe nota.

- Stichting terminale zorg door vrijwilligers *Jaarverslag 2003*. Rijswijk, Den Haag, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg.

Bijlage I.

Afstudeercontract 2003-2004.

De opdrachtgevende instelling: Stichting Bronovo-Nebo

Aard en doel instelling: de stichting stelt zich ten doel de bevordering van de gezondheidszorg in de ruimste zin van het woord, in het bijzonder de behandeling, verpleging en verzorging van zieken en hulpbehoevenden.

Ziekenhuis Bronovo is onderdeel van de stichting, en is een algemeen ziekenhuis.

Adres: Bronovolaan 5
2597 AX Den Haag
070-3124141

Periode afstudeeropdracht: september 2003 tot juni 2004.

Projectopdracht: ontwikkeling van een adviesnota over nabestaandenzorg.

Doelstelling: ontwikkeling van een nazorgtraject voor nabestaanden van in het ziekenhuis overleden patiënten.

De opdracht wordt uitgevoerd als afstudeeropdracht van de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening, welke gevolgd wordt aan de Haagse Hogeschool.

De opdracht wordt uitgevoerd door:

Naam: Gerrit B.van Spengen

Adres: Prinses Mariannelaan 63

2275 BB Voorburg

telefoon 070-3879899 (06-27275572)

Projectbegeleiding namens de instelling: Hr.T.C.Bogaards, meewerkend leidinggevende medisch maatschappelijk werk

Coördinator afstudeerprojecten namens de Haagse Hogeschool: de heer D.Lammers.

Begeleiding namens de Haagse Hogeschool: Dhr.drs.R S.Birjmohun

Aldus overeengekomen te: Den Haag

Datum: maart 2004.

Opdrachtgever/instelling: Dhr.H.Knook, directeur patiëntenzorg.

Projectbegeleider namens de instelling: Dhr.T.C.Bogaards

Projectbegeleider namens de Haagse Hogeschool: Dhr.Birjmohun

Bijlage II.

Projecten zorgvernieuwing Ziekenhuis Bronovo.

Projectnaam:	gespreksgroepen en individuele begeleiding voor nabestaanden van overleden patiënten in het ziekenhuis
Startjaar:	2004.
Doelstelling:	het opzetten van dit project is vooral gericht op rouw-en verliesverwerking.
Korte omschrijving:	aan nabestaanden wordt, zowel individueel als in groepsverband, de mogelijkheid geboden te praten over de overleden patiënt. Vragen als: waaraan in de patiënt overleden, wat zijn er nog voor blinde vlekken, met welke vragen loopt de nabestaande nog rond, kunnen aan de orde komen. Het project is bedoeld om het verlies beter te kunnen verwerken. Ook kunnen vaak misverstanden uit de weg geruimd worden, waardoor er beter te leven valt met het verlies.
Deelnemers:	medisch maatschappelijk werkers.
Werkterrein:	spoedeisende hulp, kliniek en polikliniek.
Effecten:	in FB parameters: geen Overige effecten: het bijdragen aan het verwerken van rouw en verlies van de overleden persoon in het ziekenhuis, het leveren van kwaliteit aan de nazorg vanuit het ziekenhuis.
Kosten:	0,3 fte maatschappelijk werker.
Opbrengsten:	het ontlasten van vragen aan de specialisten. Het voorkomen van bezwaarschriften Het voorkomen van psychisch lijden door een gezonder klimaat te scheppen.
Aandachtspunten:	de bereidheid van de specialisten om mee te werken aan openheid bij vragen op hun gebied aan het medisch maatschappelijk werk.

Bijlage III.



Datum

Geachte heer/mevrouw,

Heden is in ons ziekenhuis een dierbare van u overleden.

Onze eerste zorg is daarbij naar de patiënt uitgegaan, maar wij hechten er tevens belang aan na deze gebeurtenis met u als nabestaande nog eenmaal contact op te nemen.

Wanneer u er prijs op stelt, is het mogelijk een gesprek te voeren met een medisch maatschappelijk werker. U heeft dan de mogelijkheid vragen te stellen en uw reactie te geven op de opvang en begeleiding binnen ziekenhuis Bronovo.

Tevens kan het gesprek u wellicht enige hulp bieden bij de verwerking van uw verdriet, mogelijk heeft u nog praktische vragen.

U kunt hiervoor telefonisch een afspraak maken bij het secretariaat van het medisch maatschappelijk werk, tijdens kantooruren op telefoonnummer 070-3124648.

Indien het voor u niet mogelijk is om naar het ziekenhuis te komen, maar u wilt wel graag een reactie geven, kunt u de bijgevoegde antwoordkaart insturen.

U ontvangt dan per omgaande een vragenformulier, waarop u uw reactie kunt weergeven. Uw reactie stelt ons in staat, om onze zorgverlening, waar nodig, te verbeteren.

Wij wensen u veel sterkte in deze moeilijke tijd.

Bijlage IV.



- 1) Vindt u, dat u correct op de hoogte bent gebracht van het (naderende) overlijden van uw dierbare? Zo niet, kunt u aangeven wat u heeft gemist?

- 2) Hoe heeft u de diensten, zoals het aanbieden van eten en drinken, een eventuele slaappleaats ervaren?

- 3) Hoe heeft u de uitleg van de arts omtrent zaken als pijn en benauwdheid ervaren?

- 4) Hoe vond u de opvang direct na het overlijden?

5) Heeft u de mogelijkheid gehad de arts te spreken na het overlijden? Hoe heeft u dit ervaren?

6) Heeft u tenslotte nog aanvullende positieve en/of negatieve punten betreffende de zorg rondom het overlijden? Heeft u ook suggesties over hoe het eventueel veranderd zou moeten worden?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Bijlage V.

Manieren om te troosten.

De meeste mensen weten niet, wat ze moeten doen of zeggen, om mensen te troosten. De volgende tips kunnen helpen.

Wees er.

Wij hebben de neiging pas tijd vrij te maken als het verlies heeft plaatsgevonden. Mensen die treuren hebben echter maandenlang extra steun NODIG.

Neem het initiatief.

Dikwijls denken de mensen, dat ze veeleisend zijn, dus vragen zij niet om hulp. Bezoek hen, stuur hen een kaartje of brief, nodig hen eens uit te komen eten.

Moedig het nemen van verantwoordelijkheden aan.

Probeer geen taken over te nemen die de ander zelf kan doen. In het begin kan het nodig zijn hen, die getroost moeten worden, hulp aan te bieden bij dagelijkse taken, maar zij moeten minder afhankelijk worden naarmate de tijd vordert.

Laat emoties toe.

Moedig rouwenden aan hun gevoelens te uiten. Maar forceer geen tranen. Elke persoon reageert anders op verlies.

Spreek.

Een simpel “dat is moeilijk te dragen” of “ik hou van jou” is genoeg. Dit is niet het moment om te gaan preken. Durf gevoelens van onmacht aan te geven: “ik wil je graag helpen, maar ik weet niet wat je nodig hebt”.

Vermijd clichés`.

Woorden als “voor hem is het beter zo”, bieden weinig troost in tijden van verlies

Herinner je de overledene.

Praat over de tijd, die je met de overledene hebt doorgebracht. Het helpt de rouwende, als hij zich realiseert, dat anderen de geliefde ook missen.

Raad kalmeringstabletten af.

De emoties bij verlies zijn pijnlijk, maar ze moeten gevoeld worden. Kalmeringstabletten stellen het rouwproces uit en zouden enkel gebruikt mogen worden in extreme gevallen en voor korte periodes.

Raak aan.

Omhels of geef een stevige handdruk. Aanraken zegt soms meer dan woorden.

Wijs op hulpbronnen.

Je kan herstel aanmoedigen door te wijzen op pastorale hulp, boeken over het onderwerp en hulpgroepen. Een plaatselijk ziekenhuis zal zonder twijfel de namen van hulpgroepen in de omgeving kunnen geven. Groepsgesprekken met anderen in dezelfde situatie kunnen helpen.

Bid.

Bied aan om te bidden als het kan. Laat hen, die troost nodig hebben, weten, dat je dagelijks voor hen bidt.