

# ZORG VOOR DE ZORGENDE

## MISSION (IM)POSSIBLE??

### I. Waarom is zvv een item, noodzaak, een missie?

Waarom is zorg voor de zorgverlener de dag van vandaag een item voor een studiedag? Zijn de onderwerpen voor studiedagen uitgeput of beogen de organisatoren met deze studiedag een statement te maken? En waarom zou dit nodig zijn? Als we spreken van een missie in de titel van onze lezing, dan klinkt dit alvast zwaarwichtig. Dan betekent dit dat zvv in onze zorgmissie moet worden ingeschreven, niet alleen in VISIE maar ook in AKTIE. Waarom dit pleidooi houden om meer aandacht te vragen voor de zorgverlener, de zorgverlener niet langer te behandelen als wegwerpmateriaal maar als waardevol menselijk kapitaal in de gezondheids- en welzijnszorg? Als ik het beeld mag gebruiken van de zorgverlener als een elastiek, hoe ver of lang nog denken we dat de elastiek kan uitgerokken worden?

De educatieve medewerkers van ZS ontmoeten jaarlijks (sinds haar ontstaan in 1989) duizenden zorgverleners, binnen de intramurale en vooral de extramurale sector, van verschillende discipline, tijdens talrijke vormingsmomenten. Wij stappen binnen in de verhalen van zorgverleners en worden getroffen door hun inzet, betrokkenheid en engagement voor hun patiënten en families, hun collega's. Maar we worden ook geraakt door en geconfronteerd met –wat we zouden kunnen omschrijven als-“de pijn van de zorgverlener”. Deze pijn drukt zich uit in vermoeidheid, isolement, ontevredenheid, demotivatie, woede, schaamte, rug-en schouderklachten, verlies van zingeving en wanhoop, ziekte, gekwetstheid, cynisme, burnout... de zorgverlener is gekwetst in zijn lichaam, gevoelens, geesteskracht, in zijn verlangens en waarden, kortom er dreigt een “erosie van de ziel” plaats te vinden. Deze pijn beschadigt in eerste instantie de persoon van de zorgverlener zelf en zijn directe omgeving, maar ook de organisatie waarin hij werkt en niet in het minst heeft dit nadelige effecten op de zorg voor de patiënt en zijn familie. De financiële kostprijs voor de maatschappij is jaarlijks hoog, maar vergeten we ook niet de kostprijs in welzijn en gezondheid voor alle betrokkenen. Hierdoor is bij ZS een bekommernis ontstaan voor de zorgverleners, maar willen we goede antwoorden kunnen formuleren en aanbieden, dan is het van belang dat we eerst gaan kijken hoe dit pijnlijke proces van de-humanisering van de zorgverlener is kunnen ontstaan.

Alvast dringen twee grote vragen zich op:

.Waarom zorgt de zorgverlener zo slecht voor zichzelf?

.Waarom dragen onze zorgorganisaties zo weinig zorg voor hun zorgverleners?

Waarom draagt de zorgverlener weinig zorg voor zichzelf. Wat is zijn/haar voornaamste instrument: de eigen persoon, met name de eigen handen, hart en hoofd. Dit instrument wordt dag in dag uit gehanteerd, ingezet, gebruikt, vaak misbruikt. Wat we evident vinden voor andere beroepen die met instrumenten werken, met name aandacht, onderhoud, nazicht, herstel, opladen, zorg... en dat het niet gebruikt wordt waarvoor het niet is gemaakt, dat vinden we helemaal niet evident voor ons eigen instrument, ons zelf. Is hier nog steeds de oude roepingsmythe intact die van zorgverleners vraagt zichzelf volledig weg te cijferen ten dienste van de anderen, is dit een vorm van almachtsdenken die het tekort niet accepteert en het ervaren van grenzen als falen en tekortschieten interpreteert?

Maar ook de organisatie draagt een stevige steen bij door de pijn van zorgverleners niet te (willen) zien, een pijn waaraan ze zelf vaak ten grondslag ligt te minimaliseren of te negeren,

klachten als onwil of onvermogen te bestempelen en het almachtstreven van artsen, verpleegkundigen en anderen te waarderen en te versterken in plaats van de grenzen te erkennen als legitiem en te zorgen voor de nodige steun.

Het is niet de bedoeling van ons verhaal vandaag een rekening te maken, we moeten ook weg uit het wederzijdse schuld induceren of de zwarte piet doorschuiven naar ofwel het individu ofwel de organisatie. Het is een wederzijdse interactie tussen beide en beide dienen ook hun verantwoordelijkheid op te nemen en de negatieve spiraal keren in een nieuw proces van “re-humanisering”. We moeten daarvoor eerst de pijn van de zorgverlener nader analyseren, de oorzaken en de effecten en we gaan dit doen door verschillende brillen op te zetten. Als we weten wat de pijn is en waardoor ze wordt veroorzaakt, kunnen we ook proberen een antwoord te formuleren, een nieuw verhaal schrijven van een zorgcultuur waarin het normaal gevonden wordt dat de zorgverlener ook iemand is die zorg nodig heeft. En omdat de kwaliteit van de zorgverlening rechtstreeks afhankelijk is van de mate waarin de zorgverlener zichzelf verzorgd weet!

Vijf brillen of vijf benaderingen van de pijn van de zorgverlener, waarbij we naast de pijnpunten ook de uitdagingen zullen formuleren. Het is ook niet de bedoeling aan te klagen, het is geen pleidooi tegen, maar een pleidooi voor een meer positieve benadering van de zorgverlener, niet als tussendoortje maar als hoofdgerecht.

### **De pijn van de zorgverlener:**

- 1. Stress en burnout: de balans uit evenwicht**
- 2. Op het netvlies gebrand: omgaan met trauma**
- 3. Emotionele pijn is besmettelijk: tussen afstand en nabijheid**
- 4. De niet erkende rouw van de zorgverlener**
- 5. De mythes uitgedaagd**

### **1. Stress en burnout : de balans uit evenwicht**

cfr ezel

Als we spreken over stress dan wordt vaak gebruik gemaakt van de metafoor van de balans. De balans is een kernmetafoor in het stressverhaal. Zo kennen we de balans tussen draagkracht en draaglast. Draaglast staat dan voor de verwachtingen, de eisen van onze (werk)omgeving en van onszelf waar we niet kunnen aan beantwoorden en draagkracht staat voor ons verwerkingsvermogen, voor onze individuele en sociale hulpbronnen cfr persoonlijke veerkracht, mogelijkheden tot coping, persoonlijkheid, de mate van sociale steun.

Cfr definitie KB

Het stressmodel van Michigan

Zolang stress een taboe is, worden de stresssignalen ook niet ernstig genomen.

Cfr mannetje

We krijgen allerlei stresssignalen of stressreacties (van ons lichaam, onze emoties, ons denken). Als we die negeren of onderdrukken, als we geen tijd nemen voor herstel dan kunnen die stressreacties chronisch worden en kunnen burnoutsymptomen optreden.

Burnout is een eindfase en wordt gekenmerkt door: emotionele uitputting, distantie en twijfel aan eigen kunnen.

Er wordt de dag van vandaag heel wat onderzoek gedaan naar de stressbronnen en de stress-effecten. Daaruit blijkt alvast dat draaglast veel meer is dan louter de werkdruk en dat andere factoren ook een belangrijke rol spelen. Enkele onderzoeksresultaten.

## **Belimage studie (KUL/UCL 2003)**

### **Bevraging van 10.000 verpleegkundigen in 22 Belgische ziekenhuizen**

- .55% raadt anderen het beroep niet aan
- .54% wil niet als verpleegkundige blijven werken
- .39% zou niet meer voor verpleegkunde kiezen

#### **Positief: de INHOUD van de job**

- .medisch-technische competenties
- .verzorgende vaardigheden

de VP zijn trots op hun job als bijdrage tot de gezondheidszorg

#### **Negatief: de CONTEXT zorgt voor stress**

##### **-Relatie met management niet optimaal:**

- .infodoorstroming van directie uit naar VP onvoldoende
- .onvoldoende steun door management
- .weinig ondersteuning om voldoende tijd te kunnen besteden aan patiënten
- .autonomie soms onvoldoende

##### **-Tijdsgebrek waardoor:**

- .onvoldoende aandacht voor patiënt als persoon
- .zorg niet kunnen aanpassen aan wensen van patiënt
- .niet voldoende kunnen luisteren

##### **-Onvoldoende respect en erkenning**

- .van andere disciplines (logopedisten, kinesisten, psychologen)
- .weinig erkenning van artsen
- .van de maatschappij (alleen maar wassen en plassen)

#### **Welke aanpak is nodig?**

#### **Investeren in een steunende zorgomgeving!!**

## **Belstress-project (UG/ULB - Europese studie 2003)**

**Onderzoek naar verband tussen perceptie van stress op het werk en de incidentie van cardiovasculaire ziektes**

### **Sterke risicoverhoging**

De perceptie van lage sociale ondersteuning op het werk leidt tot een verdubbeling van de incidentie van coronaire hartziekten (onafhankelijk van de gekende risicofactoren van CHZ)

### **Matige risicoverhoging**

Combinatie van hoge werkbelasting met een lage beslissingsvrijheid

(Prof. Debacker, RUG en Kornitzer, ULB)

Autonomie en verbondenheid zijn de twee basisbehoeften van de mens.

Autonomie vind je terug in de behoefte aan regelruimte om stress te reduceren

Verbondenheid vind je terug in de behoefte aan sociale steun om stress te reduceren

## **Vergelijkend onderzoek naar oorzaken van stress en maatzorg in Vlaamse rusthuizen**

(Peggy De Prins, UFSIA/RUCA, 2001)

### **Het zorgberoep is een risicoveroep**

Psychisch onwelzijn en uitputting als gevolg van werkgebonden factoren

.gepercipieerde werkdruk

.moeilijke combinatie van gezin en arbeid

.moeilijke zorgsituaties

.onvoldoende overleg en ondersteuning : collegiaal en vanuit het beleid

.te weinig autonomie

.onvoldoende informatie over bewoners

Uit onderzoek bij rusthuispersoneel stelt Peggy De Prins vast dat werkdruk losstaat van stress en burnout. Door een aantal rusthuizen met elkaar te vergelijken blijkt dat in rusthuizen met even hoge tot hogere werkdruk er minder klachten zijn dan in andere.

Wat veroorzaakt stress:

- .gebrek aan autonomie en inspraak
- .onderlinge naijver en jaloezie
- .weinig waardering van leiding
- .weinig tijd voor emotionele ondersteuning
- .negatieve relatie met hoofdverpleegkundige, slecht leiderschap

De uitdaging voor de leidinggevende:

- een balans vinden tussen rationeel en emotioneel arbeidssysteem
- leef-en werkgemeenschap met elkaar kunnen verzoenen

## **Burnout bij artsen**

## **Bevraging naar stressoren en stressreacties bij 1000 thuiszorgverpleegkundigen (2002-2003)**

### **Stressoren**

- .de interferentie werk-privé en privé/werk
- .emotioneel belastende patiënten (veeleisend, grensoverschrijdend gedrag, ondankbaar, palliatief)
- .de lange werkperiode zonder recup en vooral het niet respecteren van recupdagen
- .het gevoel niet gewaardeerd te worden van hogerhand, weinig positieve feedback, weinig steun te krijgen
- .niet kunnen participeren “er wordt niet naar ons geluisterd”
- .problematische situaties die aanslepen en waar niets aan wordt gedaan
- .tijdsdruk die belemmert kwalitatief goed te werken
- .slechte relatie met leidinggevende

## **Stresseffecten**

80 tot 90% ervaart negatieve effecten van stress op lichamelijk, emotioneel, relationeel en mentaal vlak.

Typische klachten:

- .hoofd, rug, maag, nekpijn,
- .vermoeidheid
- .verstoorde slaap
- .piekeren over het werk
- .spanningen op het thuisfront cfr minder verdragen van de kinderen
- .prikkelbaar, ergernis, gespannen lopen
- .veel onmachtsgedoe
- .minder sociale contacten
- .twijfel aan eigen competentie

**cfr ‘te moe voor het paradijs’**

## **overzicht van stressreacties**

effect op de kwaliteitszorg

cfr studies van o.m. Baert in 1988 en Vrielynck in 1993 wijzen erop dat werkbelasting en burnout belangrijke risicofactoren zijn voor het optreden van geweld tov bejaarden  
Onder geweld verstaat men dan mis(be)handeling onder de vorm van actieve en passieve verwaarlozing en psychologische en fysieke mishandeling.

## **De balans tussen investeringen en opbrengsten: uit evenwicht**

Cfr prof Schauffeli, arbeidspsycholoog aan de universiteit van Nijmegen

Er is een uitwisselingsrelatie tussen investeringen en opbrengsten. Als die positief is, dan is dit billijk. Als we het gevoel hebben dat we meer investeren dan we terugkrijgen ontstaat een gevoel van onbillijkheid. Gevoelens: oneerlijk, onrechtvaardig, stank voor dank, verbittering, frustratie...

Er zijn 4 mogelijke reactiewijzen op een negatieve uitwisseling..

Een laatste opmerking

We willen niet alleen aankunnen wat van ons wordt gevraagd en onze taken uitvoeren, we hebben ook eigen verwachtingen, behoeften die we in ons werk willen vervullen, waarden realiseren, competenties gebruiken.

Twee fundamentele behoeften

.de behoefte aan autonomie (zelfbepaling, eigen territorium, zelfontwikkeling) vinden we terug in het begrip 'regelruimte'

.de behoefte aan verbinding (contact met de ander, intimiteit, deel zijn van een geheel) vinden we terug in 'teamwerk' en 'sociale steun'

Ook andere behoeften aan bv. bescherming, begrenzing, steun, waardering willen we graag in ons werk proberen in te vullen. Als dit niet lukt, als de organisatie hier te weinig oog voor heeft, dan missen we het draagvlak dat ons kan helpen om die balans tussen draagkracht en last in evenwicht te brengen.

## **2. De pijn van de zorgverlener: op het netvlies gebrand**

### **2.1. een trauma verwerken: Balans tussen confrontatie en vermijding**

Naast de gewone werkdruk worden zorgverleners plots ook geconfronteerd met schokkende en traumatische ervaringen.

Voorbeelden:

Hoe verwerken we een traumatische gebeurtenis (verlies): door beurtelings de confrontatie met de gebeurtenis aan te gaan én deze confrontatie juist te ontlopen (Buijssen, 2002)

Bij een psychotrauma gaan we door veelvuldige herbeleving- en vermijdingsreacties.

(mannetje dat je dwingt een zelfde horrorfilm steeds te herbekijken en een mannetje dat de vertoning probeert te verhinderen)

Zoals we bij lichamelijk letsel het advies krijgen: wissel beweging en inspanning af met rust.

Een psychische wond moeten we net zo behandelen. Om niet geestelijk uitgeput te raken en zo verder af te glijden, moeten we na elke confrontatie de deur van de herbeleving dicht gooien. Zo kunnen we accu opladen en ons klaar maken voor de volgende confrontatie.

Vermijding is net zo essentieel voor verwerking als herbeleving.

Toch is (herhaalde pijnlijke)confrontatie noodzakelijk  
.creëert de noodzakelijke emotionele gewenning. De ontreddeering vermindert, de intense gevoelens doven beetje bij beetje uit  
.een trauma tast de zekerheden en veronderstellingen aan die ons psychisch fundament vormen. Het geloofshuisje ‘dat zal mij niet overkomen’ stort in of andere over veiligheid, zekerheden, rechtvaardigheid. We moeten dit herdefiniëren, bijstellen, nieuwe antwoorden vinden op de vragen naar zin en betekenis.  
Cfr Kahlil Gibran “Pijn breekt de bolster open die je inzicht omsluit”.  
.Hervinden van controle en grip op ons bestaan.Het is een enorme chaos in ons brein, gevoelens en gedachten zijn op drift omdat ze niet zijn geankerend aan een verhaal. Woorden geven aan tranen helpt weer orde en structuur te brengen in ons hoofd.

Mensen hebben in stresssituaties de behoefte te confronteren en te vermijden. Het ene moment bezig zijn met bv de dood van een patient en de andere keer het proberen te ontlopen is noodzakelijk en gezond.

Hoeveel psychische (emotioneel-existentieel) kunnen we verdragen: we moeten niet alleen de pijn toelaten, maar ook binnen draaglijke grenzen houden en niet helemaal door overspoeld.

Na een trauma is er een fase van verdoving als noodzakelijk schild tegen de ontreddeering..soms een paar uur, een dag of langer. De geest kan de pijn nog niet onder ogen zien. Als men hier doorheen breekt en dwingt om te praten kan men psychische schade toebrengen. Wanneer deze kwetsbare personen te snel na een traumatisch gebeuren een te intensieve, professionele trauma-opvang krijgen, blijken ze er zelf na drie jaar slechter aan toe te zijn dan hun even kwetsbare collega's die geen opvang kregen (Mayou en Farmer, 2002) Te snelle en intensieve opvang nadien wordt juist ervaren als een verlengde blootstelling aan het incident. Trauma-opvang mag niet sturend zijn, maar volgend en inspeland op individuele behoeften. Ook bij meer dagelijkse ingrijpende gebeurtenissen gaan verzorgenden vaak na een heftige emotionele ervaring routinematige activiteiten opzoeken.

Verwerkingsstijlen : de mix van iemands verwerkingsstrategieën: ideaal is een balans tussen confrontatie en vermijding. Bij een grote disbalans is er kans op verstoorde verwerking. Onderzoek bij ambulancemedewerks naar strategieën waren de meest gebruikelijke “praten met collega's (94%) en “uitzien naar einde van de dienst” . deze methodes werden als zeer helpend ervaren.

Verpleegkundigen hebben momenten nodig om zich terug te trekken. Stoom afblazen na een heftig zorgmoment dient legitiem te zijn, moet zelfs gestimuleerd worden. Zorgverleners zijn niet van elastiek en kunnen zich niet oneindig naar patienten uitrekken(Buijssen). Als instellingen met de behoefte aan afleiding en rust geen rekening houden, dan gaan zorgverleners dat wel zelf zoeken.

De big five van de psychotraumatologie  
(Erik Desoir, Op het netvlies gebrand, 2000)

1. informatie over de precieze omstandigheden waarin een traumatische gebeurtenis plaatsvond
2. Sociale mantelzorg van de eigen kring
3. Secundaire victimisatie door ongepaste reacties van omgeving
4. erkenning is primordiaal vooral van superieuren
5. rituelen of het organiseren van betekenisvolle momenten

## 2.2. De pijn van de hulpverlener : verplaatste traumatisering

Uit recent onderzoek blijkt dat hulpverleners lijden aan PTST of Post Traumatic Stress Disorder, lijkend op deze van de cliënten die zij behandelen.

**Figley** (1995) beweert dat “**secundaire Traumatische Stress**” of **compassion stress** een natuurlijk bijproduct is van het zorgen voor getraumatiseerde mensen, dat plots en onverwachts kan optreden, vooral bij professionelen die over grote empathische vermogens beschikken en de neiging om zich te identificeren met het lijden van hun cliënten . Als deze situatie blijft duren dan kan “**compassion fatigue**” ontstaan of “**Secundaire TSD**” dwz een toestand van uitputting en biologisch, psychologisch en sociaal dysfunctioneren. Dit treedt vooral op bij zware trauma's cfr slachtofferhulp, hulp aan incestslachtoffers, geweldslachtoffers edm

**McCann en Pearlman** noemen dit “**verplaatste traumatisering**” waarbij de cumulatieve impact van de inleving in het trauma van cliënten bij hulpverleners kan leiden tot een verstoring van overtuigingen die ze hebben over zichzelf en anderen en tot diepgaande veranderingen in hun identiteit, betekenisgeving en wereldbeelden.

Dieptestructuur van de hulpverlening:

Welke betekenis geeft de hulpverlener aan zijn leven en aan dat van anderen?

Wat gebeurt er met de hulpverlener als hij gaat twijfelen aan de fundamenten van het menselijk bestaan, aan zichzelf en aan de mensen in zijn omgeving?

Betekenis verlenen aan de hand van **cognitieve schema's**

Cognitief schema

. is hulp om ervaringen te interpreteren en geeft deze ervaringen een plaats in het leven

. verleent betekenis aan wat ons en anderen overkomt

Deze schema's zijn een soort basiszekerheden in ons leven

-overtuigingen (ik geloof dat de wereld rechtvaardig is of goed)

-veronderstellingen (ik denk dat mensen te vertrouwen zijn)

-verwachtingen (ik verwacht in mijn job mensen te kunnen helpen en problemen op te lossen)

m.a.w. onze gezichtspunten over onszelf, de mens en de wereld

Door veelvuldig contact met gekwetste mensen worden deze schema's aangetast. Bij vormen van fysiek en psychisch geweld, mishandeling van vrouwen en kinderen, seksueel geweld, zelfdoding, beschuldigingen van bv. diefstal, kinderverwaarlozing, gewelddadig sterven, ...

De 7 cognitieve schema's van McCann en Pearlman zijn gebaseerd op zeven psychologische behoeften: telkens over zichzelf en de omgeving

1. vertrouwen: (in de medemens, de overheid, hulpverleningsinstanties...) (--) hopeloos,

wantrouwen, onzeker over eigen beslissingen, handelingen bv. bij zelfdoding van een patiënt

2. veiligheid :(materieel, emotioneel, seksueel..) we voelen ons onkwetsbaar voor gevaar (mezelf, mijn familie) bv. kindermisbruik

bv. agressieve, handtastelijke cliënten (--) kwetsbaar, onveilig  
bv. mijn kinderen mogen niet meer alleen buiten spelen, zelfs niet met hun vader erbij

3.macht : controle over alle aspecten van het leven, in staat zijn gevoelens bij zichzelf en anderen , en ook gedrag, te reguleren, te sturen(-->) veel situaties van machteloosheid en hulpeloosheid, eigen grenzen en beperkingen ervaren

4.autonomie :(vrijheid, onafhankelijkheid) (--) afhankelijkheid van partner of familie, gevangen zitten in een leven van miserie, opnieuw kiezen voor een gewelddadige partner

5.respect en waardering voor zichzelf en anderen: (--)mensen zijn soms wreed, ondankbaar, kwaadaardig

6.intimiteit: (erbij horen,verbondenheid met omgeving) (--) vervreemding, isolement niet meer open zijn, alleen en afgesneden van geliefden (kerk, wereld) sexuele relatie verstoord

7.samenhang, zingeving, hoop en betekenis: zoeken naar een antwoord, een oorzaak, waarom moet mij dit overkomen?? (---) wanhoop, niet verbonden, verstoord zelfbeeld

Bij traumatische ervaringen worden deze basiszekerheden ernstig verstoord. Bij verlies van een dierbare bv. We proberen dit nieuwe feit te integreren, een plaats te geven in ons leven, eventueel corrigeren we onze zekerheden. Iedereen beleeft een traumatische ervaring op een unieke manier afhankelijk van het schema of de behoefte die centraal staat in het leven. Dit geldt ook voor hulpverleners. De één is gevoelig voor respect in menselijke relaties, de ander richt zijn focus meer op machtsverhoudingen enz..

Cognitieve schema's spelen een rol in de professionele samenwerking en in teams, maar ook in de directe persoonlijke interactie tussen hulpverlener en cliënt. Het is essentieel dat zorgverleners hun wanhoop niet doorgeven aan cliënten, maar hun hoop.

Het werken met getraumatiseerde mensen stelt onze cognitieve schema's vaak ter discussie. Het referentiekader van de hulpverlener –een veilige, voorspelbare, betrouwbare wereld- klopt niet meer. Hij ontdekt dat de wereld niet zo ideaal in elkaar zit.

V.T. is een proces van intense gevoelens en onze defensiemechanismen tov deze gevoelens. Als we herhaaldelijk aanwezig zijn bij de pijn van mensen, naar hun verhalen luisteren en ons openstellen dan ontwikkelen zich ook in ons sterke gevoelens van rouw, woede, verontwaardiging én V.T. is ook onze verdoving, onze beschermingslaag en onze wens om niet te weten dat op deze reacties volgt.

Ton Haans (2002) wil af van het begrip 'traumatisering' omdat dit leidt tot pathologisering van de hulpverleners, terwijl echte traumatisering slechts plaatsvindt bij een beperkte groep onder extra verzwarende omstandigheden (cfr reddingswerkers, politie, brandweer...)

Bovendien heeft de hulpverlening aan gekwetste mensen ook een positief effect i.c. groeiende idealisme, stijgende gevoel van eigenwaarde, trots over het eigen kunnen.

De symptomen van stress die hulpverleners signaleren zijn tekenen van een gezond verwerkingsproces en organisaties kunnen recht doen aan deze problematiek door zelfzorg en ingebouwde professionele ondersteuning.

### **3. Emotionele pijn is besmettelijk**

Zorgen voor mensen is in relatie gaan met getraumatiseerde, gekwetste mensen. Dit vergt emotionele arbeid, een emotionele investering als wezenlijk onderdeel van de zorg.

De basis daarvan is je open stellen voor de emotionele pijn van de cliënt, er zo fijn mogelijk op afstemmen waardoor je deze pijn kunt ontvangen en vervolgens erkennen als legitiem, ze eventueel benoemen en reflecteren naar de cliënt. Hierdoor kan de cliënt zich de eigen emoties toe-eigenen en tot volle expressie brengen. De cliënt projecteert soms zo'n intense gevoelens van schuld, schaamte, woede, onmacht op de zorgverlener dat die dreigt er door overspoeld te worden of erin meegesleurd te worden. Soms gaan zorgverleners zich identificeren met de cliënt en plaatsvervangend boos of machteloos worden. Soms raakt de cliënt de emotionele geschiedenis van de zorgverlener, een geschiedenis waarvan de zorgverlener zich bewust is of die voor de zorgverlener zelf verborgen ligt in het eigen onbewuste.

Kanker is niet besmettelijk, maar emotionele pijn wel. Dit is niet verkeerd, maar hoort bij de emotionele arbeid die zorgverleners dagelijks verrichten, maar meestal het minst gezien wordt of erkend.

Los daarvan echter ervaren we als zorgverleners soms 'moeilijke gevoelens' die door de aard van het werk worden opgeroepen. We kunnen bv. angst voelen, of afschuw, zelfs haat t.o.v. een patiënt (al of niet bewust), angsten kunnen worden opgeroepen door de constante aanwezigheid van menselijk verval en aftakeling, gevoelens van rouw bij verlies. Zorgverleners kunnen door een gebrek aan erkenning zich in de steek gelaten voelen en maatschappelijk verworpen, net als hun patiënten.

Mogelijke gevolgen:

- .overbeschermen van hun patiënten
- .woedend zijn naar familieleden en collega's
- .woede naar patiënten die niet meewerken en er niet in slagen te verbeteren
- .angsten voor oud worden en het ouder worden van eigen ouders
- .schuldgevoelens omdat je sommige patiënten prefereert en andere doodwenst

We willen ons liever niet van deze storende gevoelens bewust worden en proberen ons daartegen te beschermen door: strikte routine, het depersonaliseren van patiënten, vermijden van teveel identificatie met patiënten of relatie aan te gaan, valse hoop geven ana patiënten, ziek worden en burnout ipv schuldig voelen, maar ook door te klagen en te mopperen over de leidinggevend en het management, door roddelen.

Dit mechanisme noemt Obholzer on-zorg of de negatieve pool van zorg, of de schaduwkant van de zorgverlener. De 'ideale zorgverlener' of 'de chronisch vriendelijke' zal de eigen pijn minimaliseren die ze oploopt aan de patiënt. De on-zorg of de eigen negatieve aspecten worden ontkend en verplaatst bv. naar managers die nooit luisteren en niets waarderen, naar die altijd hyperkritische familie, naar onderlinge rivaliteit en jaloezie binnen het team...

Emotionele arbeid is "het proces van regulatie van gevoelens en het uiten van gevoelens ten behoeve van organisatiedoeleinden" (Grandey, 2000)

cfr schema

Er zijn drie risicofactoren voor emotionele belasting cfr schema

De emotionele zorgcultuur

Er is in onze organisaties de misvatting dat gevoelens onprofessioneel zijn en geen plaats hebben op de werkvloer. De gevoelsregels zeggen dat je het alleen moet kunnen, dat je je verdriet en boosheid niet mag laten zien, dat je bij de patiënt nooit uit je professionele rol mag schieten, dat je altijd vriendelijk moet zijn, dat je je stressgevoelens moet verbergen... Het enige wat legitiem is, is ziekteverlof. Dit is aanvaardbaar voor collega's en voor de

organisatie. Zouden we niet kunnen stellen dat hoge cijfers voor ziekteverzuim en absentieïsme deze impliciete gevoelsregels bevestigen? Het beeld van de onfeilbare, onkwetsbare hulpverlener moet overeind blijven, naar anderen toe, maar vaak ook naar onszelf. Men kan de vraag stellen waarom de expressie van gevoelens niet kan worden toegelaten op de werkvloer. Dit lijkt heel wat angst en ongemak op te roepen, het idee dat mensen hun woede, frustratie, vreugde, onmacht zouden uitdrukken. Het is in strijd met de gevoelsregels. Binnen de bestaande gezagsverhoudingen hoort het bovendien niet dat artsen gevoelens zouden delen met andere disciplines, maar zelfs binnen de eigen discipline is hier weinig ruimte voor. De benodigde veiligheid ontbreekt.

Dit kortzichtige idee verhoogt de kans op V.T. , het brengt de cliënten en de hulpverleners in gevaar en het schaadt de organisaties zelf door absentieïsme, ziekteverzuim, personeelsverloop, demotivatie, mis(be)handeling van patiënten en andere vormen van onethisch professioneel handelen..

### **Tussen afstand en nabijheid**

In elke hulpverlenersrelatie moeten we het juiste midden weten te bewaren tussen het bieden van voldoende veiligheid en nabijheid én het houden van gepaste afstand om niet overspoeld te worden. We fluctueren tussen deze twee polen.

De persoonlijkheid van de hulpverlener speelt in elke hulpverleningsrelatie een rol: de eigen levensgeschiedenis, gevoeligheden, sterke en zwakke punten, reacties op stress...

Het verhaal van de getraumatiseerde cliënt roept onvermijdelijk reacties op bij de hulpverlener . Sommige (onbewuste) reacties zijn niet adequaat en verstoren het hulpverleningsproces: **tegenoverdracht**

Deze reacties kunnen het gevolg zijn van de levensfase waarin de hulpverlener zich bevindt, eigen problemen in het werk of het leven, karaktereigenschappen, eigen trauma's, normen en waarden... Reacties zijn een interactie tussen cognities, lichaam en emoties.

Twee types van tegenoverdracht (cfr Ton Haans, 2002)

Type 1: (terugtrekken) bewaren van te grote afstand : te starre grenzen  
.ontkennen van onderdelen van het verhaal van de cliënt

- .minimaliseren van de ervaringen en de gevoelens van de cliënt
- .vervorming van de inhoud van het verhaal
- .vermijding van te pijnlijke gedeelten van het verhaal
- .onverschilligheid of gereserveerdheid naar de cliënt
- .zich op een afstand houden of terugtrekken

Innerlijke ervaringen of gevoelens die hulpverleners niet mogen hebben, die ze moeten ontkennen en zo mogelijk bestrijden.

Type 2: (toenaderen) nabijheid : te weinig grenzen

- .afhankelijk worden van de cliënt
- .vervloeien, verstrikt raken in het verhaal van de cliënt
- .overbetrokken, geïdentificeerd raken bij cliënt
- .reddingsneiging en dadendrang vertonen
- .te sterk benadrukken van de rol van het trauma in het leven van de cliënt

Innerlijke ervaringen die gewenst zijn en vastgehouden moeten worden. Twijfelen aan de effectiviteit van deze betrokkenheid is soms taboe.

(Wilson en Lindy, 1994)

- .existential shame of de wereld is minder mooi dan we vaak willen geloven
- .hulpverlener kan gevangen raken in positieve rollen (beschermer, redder, medeslachtoffer...)
- of negatieve rollen (rechter, vervolger..)
- .de Wet van Yerkes dodson... de emotionele belasting wordt te groot

de hulpverlener dient steeds een betrokken afstand te bewaren tov de cliënt en tegelijkertijd in contract te blijven met de eigen emoties (Ton Haans, 2002)

#### **4. het (niet)erkende verlies van de zorgverlener**

Bij het bestuderen van stress, burnout, traumatisering wordt weinig aandacht gegeven aan “de rouw van de hulpverlener” of de schaduwpijn van zorgverleners dwz de niet-geziene pijn van zorgverleners (door hun omgeving maar vaak ook niet door de zorgverleners zelf) . Het is de pijn van de dagelijkse verlieservaringen van zorgverleners door hun investeringen in hun werk. Ze investeren in de relaties met patiënten en families; ze investeren hun doelen, dromen, verwachtingen; hun professionele identiteit. De achterkant van die investering is het verlies en de soms daarbij horende rouw.

##### **1. Het rouwproces van de zorgverlener: het duale procesmodel**

We hebben gezien dat mensen in stressituaties de behoefte hebben te confronteren of te vermijden. In verliesituaties zien we datzelfde fenomeen optreden, nl. een continue fluctuatie tussen het 'verliesgericht' zijn en het 'herstelgericht' zijn.

-Verliesgericht: de rouwende focust op het verlies, probeert om te gaan met het verlies of aspecten daarvan.

De hulpverlener vertoont dezelfde reacties als rouwende cfr gevoelens van verdriet, woede, schuld; voortdurend denken aan overledene; zich terugtrekken; nood aan praten en delen van gevoelens; begrafenis deelnemen als symbolische afsluiting. Dit kan ook gepaard gaan met positieve gevoelens als opluchting, voldoening over eigen inzet...

-Herstelgericht: betekent dat de rouwende zich focust op de secundaire aspecten van het verlies of de effecten van het verlies op het leven dat verdergaat en probeert het verlies zelf te vermijden.

Het "tijdelijk" vermijden van rouwreacties (lichamelijk, emotioneel, cognitief, gedragsmatig) is normaal en kan variëren in frequentie en duur, naargelang het individu en de situatie. Het vermijden beschermt de zorgverlener om overspoeld te worden en zo verder te kunnen werken.

.verdoving of het afsluiten van de gevoelens om verder te kunnen. IK MOET..sterk zijn, zorgen voor anderen, mijn plicht doen...

.vermijden van contact met patiënt en/of familie. Dit kan letterlijk zijn ,maar ook innerlijk zich afsluiten voor de pijn van de ander

.DOEN: vooral praktische taken opnemen, bezig zijn om niet te hoeven voelen

.dehumanisering van de zieke (de longneo van kamer 7)

Probleem ontstaat als iemand niet fluctueert en gaat vastzitten in één van beide dimensies en ofwel overspoeld wordt door het verlies ofwel alle reacties systematisch blijft onderdrukken. Bij traumatisch verlies kan de STSD de rouw beletten.

## **2. Variabelen die het rouwproces van de zorgverlener beïnvloeden.**

Cfr schema (Papadatou,2001)

### 1. Persoonlijke variabelen

-demografische kenmerken cfr geslacht, leeftijd...

-de persoonlijke levensstijl cfr je basisovertuigingen over jezelf, omgeving, het leven

-de eigen verliesgeschiedenis

### 2. Situationele variabelen

-verschillende vormen van verlies (cfr schema)

-de omstandigheden (bv. traumatisch sterven)

### 3. Contextuele variabelen

-eigen aan het beroep (cfr artsen/verpleegkundigen)

-eigen aan de organisatie (impliciete en expliciete regels over rouw)

-eigen aan de cultuur

### **Schema: soorten verlies**

1. Het verlies van een dichte (of speciale) relatie met een patiënt

De hv gaat soms een heel eind op weg met de patiënt en ontwikkelt met iedere patiënt een unieke relatie. Soms resulteert dit in verschillende gradaties en vormen van rouw voor, tijdens of na het verlies (de dood, opname...) van een patiënt.

2. Verlies als gevolg van identificatie met de pijn van familieleden. Zeker bij specifieke gevallen als bv. dezelfde leeftijd van patiënt, dezelfde familierol ...

3. Verlies van doelen en verwachtingen die niet worden ingevuld en van het eigen professionele zelfbeeld en rol: verlies van macht, controle, betekenis, erkenning..  
bv. niet kunnen genezen, probleem niet kunnen oplossen, geen tijd om te luisteren, niet gerespecteerd worden...

4. Verlies op het vlak van de persoonlijke overtuigingen over het leven en de wereld  
Het leven is ordelijk, voorspelbaar, controleerbaar, juist en rechtvaardig. Als blijkt dat de realiteit anders is dan roept dit gevoelens op van hulpeloosheid, zinloosheid en streke rouwreacties bv. vooral bij ziekte en dood van kinderen en jongeren.

5. (Onverwerkt) verlies uit het verleden of anticipatorische verliezen

bv. motivatie om te werken op een palliatieve afdeling om zo een persoonlijke traumatische verlieservaring te verwerken.

Bv. de dood van een moeder roept angst op voor de mogelijke dood van eigen moeder

6. de eigen eindigheid

Lijden en sterven van patiënten confronteren zorgverleners met eigen kwetsbaarheid en angsten voor de eigen dood.

### Factoren die het rouwproces beïnvloeden: een individueel en sociaal proces

Persoonlijke levensstijl = persoonlijk geloof, waarden, onderstellingen over jezelf, de anderen en het leven

= je eigen verliesgeschiedenis en je eigen wijze van betekenis geven en aanpassen aan het verlies

Stijl van de organisatie = expliciete en impliciete systeem van doelen, waarden, onderstellingen ivm de zorg voor zieken en stervenden

= de regels over hoe je je professioneel hoort te gedragen  
i.c. hoe je wordt verwacht te rouwen en hoe je wordt ondersteund

De organisatie beïnvloedt de fluctuatie tussen het ervaren van verlies en het vermijden ervan en kan dit proces faciliteren of verhinderen.

Sommige groepen moedigen het ervaren en uiten van rouw aan, anderen zijn vooral gericht op de onderdrukking van rouw: er is geen tijd en ruimte voorzien om eigen ervaringen te delen, zorgverleners moeten in eigen tijd naar de begrafenis gaan, ridiculiseren van gevoelsuitingen, direct naar de volgende patiënt na het overlijden van de vorige...

Onbewuste vormen van collectief vermijdingsgedrag:

.een zondebok zoeken: zorgverleners verplaatsen hun eigen pijnlijke gevoelens naar een teamlid waarop ze dan hun agressie, angst, onmacht richten...

.voortdurende onvrede uiten naar het management en directie

Bv. regels als: .zorgverleners mogen rouwen om hun verlies, maar gematigd en onder controle

.hun rouw mag de zorg voor de andere patiënten niet in het gedrang brengen

.de rouw van zorgverleners mag niet zichtbaar zijn voor de andere patiënten en hun familie

.een zorgverlener die op de afdeling huilt is overspannen en moet wat stressbestendiger worden

Regels dienen zorgverleners de toelating te geven om te rouwen en terzelfdertijd om het te vermijden en uit de weg te gaan. Ze voorzien in een tijd, een plaats en manieren waarop rouw mag gevoeld en geuit worden en voorzien in formele ondersteuningsmogelijkheden in het team.

Soms zijn de persoonlijke en de sociale stijl compatibel. Dit kan een motivatie zijn om in palliatieve zorg te gaan werken of op een intensieve dienst.

Er zijn natuurlijk ook veel situaties waarin de stijlen verschillen. Dit kan voor sommigen desastreus zijn, maar kan ook verrijkend werken. Dankzij de regels kan je –als je iemand bent die gemakkelijk overspeeld wordt door gevoelens- leren je gevoelens in de hand te houden. Ben je iemand die persoonlijk geleerd hebt om gevoelens te vermijden kan je leren van collega's dat het binnen een veilige context wel kan.

De ondersteuning van het team is cruciaal in het proces van erkennen en accepteren van de individuele rouw van teamleden

## **Twee taken: op persoonlijk vlak en op teamvlak**

### **1. Betekenis geven aan lijden en dood van een patiënt**

.als individu: als we betekenis kunnen geven, het verlies een plaats kunnen geven dan kunnen we deze ervaring integreren waardoor we verder kunnen investeren in nieuwe relaties, doelen, verwachtingen

Dit kan religieus ingevuld worden in bestaande geloofsovertuigingen of we geven een eigen invulling via een persoonlijke en concrete betekenisgeving

Bv. patiënt heeft niet afgezien

Ik heb alles gedaan wat kon

Hij heeft het aanvaard

Ze heeft toch een mooi leven gehad  
.als team: collectief delen van betekenis  
bv. het verhaal van de patiënt in de organisatie  
bv. afscheidsritueel

Als men geen betekenis kan geven (vooral bij traumatische ervaringen) dan is het moeilijk om het verlies te integreren. Dit zorgt voor twijfel, verwarring, onzekerheid over eigen functioneren, onmacht..

## **2. Overstijgen van het verlies en investeren in het leven**

De hulpverlener is niet wat hij doet m.a.w. het is belangrijk een goede balans te vinden in jezelf en tussen werk en privéleven. Door de vele confrontaties met verlies leer je dit als onderdeel van het leven te accepteren en een plaats te geven. Hierdoor ontwikkel je ook een nieuwe identiteit die je leven kan verrijken.

## **5. de mythes uitgedaagd**

De negatieve spiraal van stress en burnout waarin momenteel werknemers in de welzijns-en zorgsector worden meegesleurd is een destructieve spiraal van de-humanisering van de zorgverlener.

Deze spiraal wordt gevoed door een aantal mythes die onze zorgcultuur in stand houdt. Mythe of “discours” of onderliggende collectief gedeeld verhaal waardoor ons werk onbewust wordt bepaald.

### **1.De OPLOSMYTHE: de hulpverlener op één been**

De mythe dat efficiënt en effectief (be)handelen, ‘doen’, alle problemen kan oplossen. Alles moet oplosbaar zijn en beantwoordbaar, en liefst zo snel mogelijk. We zetten ons kennen en

kunnen in, aangevuld met onze technieken en instrumenten en ontlene hieraan onze professionaliteit en deskundigheid. De hele zorg-tijd is een doe-tijd of prestatie-tijd geworden en volgt ook de wetten van de meetbare, opdeelbare, controleerbare en planbare kwantiteit-tijd. En zorgverleners hebben vaak het gevoel dat de tijd hen voorbijholt of dat ze nooit genoeg tijd hebben en ze beginnen letterlijk te rennen. Het zorgmodel waarin we dit proberen is een distantiemodel, dwz afstand houden is de boodschap. Afstand tussen patiënt en hulpverlener, want je mag niet te betrokken raken en het is ook beter dat je een gehoorzame, afhankelijke patiënt hebt die de voorgeschreven behandeling niet verstoort. Afstand tussen hoofd en hart, want als je je hoofd verliest, verlies je je competentie en professionaliteit. Afstand tussen hulpverleners onderling via ongelijkwaardige gezagsverhoudingen, concurrentie en territoriumstrijd.

De realiteit is echter een realiteit van "het tekort". We worden voortdurend geconfronteerd met problemen die we al handelend niet kunnen oplossen, mensen die we niet kunnen redden, genezen, op het juiste spoor brengen. Dan dreigen we ons evenwicht te verliezen. We worden niet graag met onze machteloosheid geconfronteerd. We dreigen hierdoor meegesleurd te worden. We stellen met pijn in het hart vast dat er geen tijd overblijft voor het wezenlijke van de zorg, nl. tijd maken voor iemand om te luisteren naar zijn of haar levensverhaal, de betekenis van het "er zijn" voor iemand in pijn. Dit vereist natuurlijk betrokkenheid, een samengaan van hoofd en hart, emotionele investering en communicatie en gelijkwaardige samenwerking tussen hulpverleners van verschillende disciplines. We kunnen het probleem niet wegnemen maar we worden wel geconfronteerd met de psychische en spirituele pijn van patiënten en hun familie. Deze pijn is besmettelijk en we hanteren defensiemechanismen om geen angst, verdriet, boosheid, onmacht, wanhoop, eenzaamheid te moeten voelen.

## **2. De mythe van de HELD**

Zorgverleners moet supermannen/vrouwen of helden zijn. Een held is ontpotent of almachtig. Deze almachtsgevoelens en fantasieën vormen het fundament van de zorgverlening en is de oorzaak van heel wat burnout.

.Aansluitend op de eerste mythe wordt de hulpverlener als held of redder op het maatschappelijke voetstuk geplaatst en hij probeert krampachtig aan dit beeld te beantwoorden. Vooral artsen zijn kwetsbaar voor de projecties van sociale fantasieën van hun ontpotentie, gevangen in een onbewust sociaal projectief systeem waarin hun de capaciteit wordt toegedicht heroïsche dingen te doen en het wordt ook van hen verwacht. De arts werkt alleen, heeft niemand nodig, is trots op zijn 80-urige werkweek en probeert zijn werk en privéleven onder controle te houden.

Kenmerken van almacht zijn:

.onaantastbaarheid: alles alleen doen, geen hulp nodig, het werk als plicht doen, het lichaam afbeulen en geen zwakte toestaan

.trots en koppigheid: helpen om gevoelens van hulpeloosheid te vermijden

.onschuld: geen eigen fouten of onvolmaaktheden aankunnen, geen eigen aandeel hebben of bekijken

.perfectionisme: het is nooit genoeg en kan altijd beter

Als perfectionist hoef je geen contact te maken met dat deel van jezelf dat onvolmaakt is, dat nood heeft en behoefte aan steun, zorg, warmte, bescherming

Almachtsgevoelens helpen ook om de pijn van het tekort niet te moeten voelen. Onze zorgcultuur is een flinkheidscultuur waarin emoties taboe zijn en allei defensiemechanismen moeten de hulpverlener beschermen.

De held heeft geen grenzen qua tijd, energie, kracht, investering in of het geven van zorg aan anderen. Of in verantwoordelijkheid voor de patiënt, zijn situatie, zijn familie en de halve wereld.

Grenzen hebben = falen, zwak zijn, tekort schieten. Zorgverleners leren niet dat het legitiem is grenzen te stellen en missen ook de middelen om ze te stellen.

Zelf kwetsbaar zijn, zorg nodig hebben of zorg niet kunnen geven is zwak, vervelend, ongepast, minderwaardig en in een positie van afhankelijkheid. Dit roept gevoelens op van schuld en schaamte die de zorgverlener niet kan accepteren. Dit wordt versterkt doordat stress wordt gelabeld als een individueel probleem, een persoonlijk tekortschieten en niet als een probleem van de interactie tussen individu en organisatie.

### 3. De mythe van de struisvogel: stress is taboe, onbelangrijk of gaat vanzelf over

In ons flinkheidsideaal willen we sterk zijn en zeker niet toegeven of accepteren dat er een probleem is. Onze copingstijl is gericht op het vermijden en ontkennen van stresssignalen. Kop in het zand, een weekje ziekteverlof en we kunnen er weer tegenaan. Doe het vooral ALLEEN, laat anderen niet zien dat je iets niet kan of dat je je verdrietig, machteloos of bang voelt, want dan zien ze dat je faalt. Dit heeft tot gevolg dat de kwetsbare zorgverlener, de idealistische zv ingaat tegen een verlangen naar contact en verbinding met lotgenoten en zich gaat isoleren..

Deze mythes leiden tot isolatie, schuld en schaamte, angst, woede en verbittering én uitputting. Het zijn “soul-killers”, een negatieve spiraal van dehumanisering wordt verdergezet met destructief resultaat naar zichzelf toe als mens en professioneel, maar ook naar de organisatie toe en naar de kwaliteitszorg .

Uitdaging: het aanvaarden van het tekort als wezenlijk voor ons mens zijn

- leren omgaan met machteloosheid

- leren erkennen en delen van eigen emoties

- het zoeken naar betekenis als prioritair in de zorgverlening

- het erkennen van eigen kwetsbaarheid

- het opkomen voor je eigen behoeften, noden

- je grenzen (h)erkenen en communiceren

- kunnen steun vragen en ontvangen

De uitdaging voor zorg voor de zorgende-cultuur is deze spiraal ombuigen in een proces van re-humanisering. De erosie van de ziel tegenhouden . Welk antidotum is daarvoor nodig

Laten we het woord ‘mythe’ ook eens lezen in een andere betekenis, nl. als een verhaal waarin geprobeerd wordt om universele menselijke thema’s weer te geven, uit te drukken, betekenis te geven. Deze mythes zijn krachtige verhalen die het draagvlak, het weefsel vormen van een samenleving waarin individuën hun plaats en betekenis kunnen zoeken en vinden. Dergelijke verhalen zijn helend voor de mens en bieden een spiegel voor elk individu dat het eigen levensverhaal schrijft of een bron waaruit hij kan putten om dit verhaal te construeren.

Hoe zou dergelijke mythe of verhaal dan binnen onze zorgcultuur geschreven worden ?

De dragers of sleutelwoorden van dit verhaal zijn dan AANDACHT, BALANS en CONNECTIE als het ABC van zelfzorg en zorg voor de zorgende.

**Aandacht** betekent dat we afstemmen op onze noden, grenzen, gevoelens, bronnen en deze **aanvaarden** als aspecten van de menselijke ervaring (lichamelijk, emotioneel, mentaal,

existentieel) en als bronnen van informatie. Dit betekent dat we onszelf en elkaar serieus nemen en erkennen dat zorgverleners ook mensen zijn die zorg nodig hebben. Dit heeft tot gevolg dat we onze verantwoordelijkheid nemen om er ook adequaat op te reageren en te beantwoorden.

Voor de organisatie betekent dit o.m. vertrekken vanuit een positieve aandacht voor de zorgverlener, het erkennen van stresssignalen, het bewaken van de balansen van haar medewerkers

**Balans** betekent dat er meer evenwicht moet zijn in de activiteiten van het leven en in onszelf. Zorg verlenen is meer dan alleen DOEN of handelen, maar is er ook 'ZIJN' met alle facetten van je persoon en dus ook met je grenzen en noden. Dit ontkennen maakt ziek. We zijn ook niet wat we doen, dwz dat er ook nog andere zaken in het leven zijn die aandacht vragen, buiten onze verzorgende rol.

Zorgverleners kennen over 't algemeen maar één beweging, deze van het GEVEN van zorg. Maar hoe ze zelf zorg kunnen **ontvangen** of die zorg kunnen **vragen** die ze nodig hebben of zorg kunnen **weigeren** door hun grenzen te stellen, dat weten ze vaak niet. Wat zorgverleners evident vinden voor hun cliënten, kunnen ze onmogelijk voor zichzelf vragen, een paradoxale toestand !

De zorgverlener erkent de inzet van zijn hele persoon en heeft aandacht voor de emotionele en spirituele aspecten van leven en werken.

**De organisatie waakt over de balansen van haar zorgverleners cfr draagkracht-draaglast, tussen investeringen en opbrengsten, dat er niet alleen meer en meer verwacht wordt, maar dat ook voorzien wordt in mogelijkheden om eigen behoeften te realiseren en ondersteuning, de balans tussen werktijd en privé...tussen ratio en emoties**

**Connectie** wijst op voortdurende communicatie, het in verbinding staan met jezelf, met anderen en met de context waarin je leeft en werkt. De zorgverlener zorgt ervoor dat hij niet van zichzelf en de andere vervreemdt en zich isoleert. Hij staat in contact met de eigen kwetsbaarheid, kan dit op gepaste momenten delen en staat open voor feed-back van collega's.

De organisatie geeft zorgverleners de tijd en de ruimte om als ze daar behoefte aan hebben de emoties opgelopen aan het werk ook binnen het werk een plaats te kunnen geven.

Deze nieuwe zorgmythe, geschreven met deze krachtwoorden, zal de negatieve spiraal stoppen en de zorgverlening weer aantrekkelijk maken. Tegenover doe-tijd creëren we betekenis-tijd of kwali-tijd ; tegenover het flinkheidsideaal stellen we een sensitiviteitsideaal waarin gevoelens mogen worden geuit en beleefd ; tegenover stress als individueel en professioneel falen stellen we dat stress vaak een gezonde reactie is op een ongezonde situatie of dat stress inherent is aan het werken met en zorgen voor mensen die getraumatiseerd zijn. Deze positieve herdefiniëring ont-schuldigt de zorgverlener en geeft stress een plaats binnen de werkcontext en dus ook de actieve ondersteuning die daarbij nodig is.

### **De behoefte aan steun (Obholzer)**

1. erkenning en waardering, expliciete erkenning dat het werk goed gedaan is (face to face)
2. tijd en plaats waar het aangemoedigd wordt en mogelijk is om samen te reflecteren over het werk en hoe het wordt uitgevoerd
3. gevoel creëren van participatie en contributie aan een gedeeld doel of

probleemoplossing cfr inviteren en gebruiken van ideeën voor verandering van iedereen binnen de organisatie

4. toelating krijgen (van onszelf en omgeving) om de “on-zorg” in onszelf te erkennen en te verdragen in onze organisatie is cruciaal dwz erkennen van de niet te accepteren gevoelens die door het werk worden opgeroepen

Ondersteuning

**Ondersteuning van hulpverleners mag niet pathologiserend zijn. Stress is een bedrijfsrisico dat curatief en preventief moet worden aangepakt. Laten we ermee ophouden dit terug te brengen naar niet stressbestendig, zwak karakter, Het aanbieden van ondersteuningsmogelijkheden is een uiting van de zorg die de instelling voor het personeel heeft.**

ZVZ dient multidimensioneel te zijn. Een divers aanbod creëert een klimaat waarin iedereen zich voldoende veilig voelt om hulp te zoeken, indien men hier behoefte aan heeft. (Parkes, 1995)

### **Het belang van sociale steun: een bufferfunctie**

.sociale steun fungeert als buffer tussen stressoren en negatieve effecten op welzijn en gezondheid

.fundamentele behoefte aan verbondenheid cfr sociale contacten zijn belangrijke motivatie om deel te nemen aan het arbeidsproces

.behoefte aan erkenning

.behoefte aan medeleven

.gedeelde smart is halve smart

.het delen van pijnlijke ervaringen helpt om de zin en betekenis ervan te ontdekken

### **Ondersteuningsinstrumenten**

1.een positieve relatie met de leidinggevende

Uit onderzoek blijkt dat de leidinggevende een cruciale rol speelt in het doen ontstaan, instandhouden of verzwaren van de stress.

Als er iets ernstigs of traumatisch gebeurt (bv. overlijden van een collega) moet er van hogerhand een blijk van belangstelling komen. Tevredenheid over nazorg en steun na een traumatisch incident worden niet het meest bepaald door de steun van collega's, maar door de opstelling van de eigen leidinggevende (Ploeg en kleber,2000)

De leidinggevende moet oog hebben voor de uitvoering van de taak, maar ook voor de emotionele processen in het team en de teamleden.

2.Teamwerk op twee sporen

Oppervlaktestructuur: doelstellingen formuleren en bewaken, samenwerken, beslissingen nemen en taken uitvoeren om doelen te bereiken

Dieptestructuur of het geheel van emotioneel-onbewuste interacties ondersteunen door functioneel-persoonlijke zorg aan elkaar (supervisie, intervisie, functionele informatie-

uitwisseling, gevoelig worden van de teamleden voor signalen van het niet sporen van taak en emotioneel niveau)

### 3. Ontkoppeling of debriefing

Is eigenlijk overbodig als mensen een adequaat ondersteunend netwerk hebben en niet op andere wijzen kwetsbaar zijn (bv. persoonlijke problemen...)

Naast emotionele ontlasting is de cognitieve herstructurering van de ervaringen en de integratie van de ervaringen in het team essentieel.

### 4. Intervisie

- de IMI of Intervisie Methode Incidenten voor het bespreken van ingrijpende ervaringen .structureel aandacht schenken aan ingrijpende gebeurtenissen op het werk
- de Balintmethode

### 4. Supervisie

(individuele, team)

### 5. Incidentmethodes

Cfr ISTI

6. Realiteitsanalyse bij moeilijke gevallen, bij overbetrokkenheid (door een ordening op taakniveau)

1. Wat ervaar ik bij deze cliënten?
2. Wat kan ik hen professioneel bieden?
3. Waar ligt mijn verantwoordelijkheid, die van anderen?
4. Waartegen wens ik nee te zeggen in deze hulpverlening?
5. Wat wil ik en kan ik wel doen?
6. Wiens hulp heb ik daarbij nodig?

## **Hoe kunnen we een zorg voor de zorgende-cultuur ontwikkelen ?**

### **1. ZvZ is een proces**

ZvZ is het geheel van een aantal stappen en meer dan de som van die verschillende stappen. Zvz is preventie, personeelsbeleid, stressmanagement, crisisinterventie, kwaliteitszorg, sociale steun en méér dan dat..het is een proces van cultuurverandering. Het is geen louter humane aanpak van het dysfunctioneren van een individu, het is niet louter creëren van mogelijkheden voor werknemers om hun eigen draagkracht te vergroten, het is niet voorzien in meer vakantiedagen of meer loon.

Zvz is de ontwikkeling van een gezonde en zorgende werkomgeving en een integrale zorgcultuur waarbij 'kwaliteitszorg' een houding is van de gehele organisatie, zowel naar cliënt toe als naar personeel.

Zvz is meer dan stressmanagement cfr schema

### **2. Zvz moet onderdeel uitmaken van zowel VISIE als ACTIE**

Dit proces begint in elke organisatie met een beginselverklaring of visietekst waarin de aandacht voor de zorgverlener centraal staat en waarin het belang van zorg en ondersteuning van zorgverleners wordt erkend, aanvaard en omgezet in adequate actie (voorzieningen, middelen..)

Dit houdt in dat zvz

.geïntegreerd wordt binnen het gehele personeelsbeleid van selectie, vorming en professionele ontwikkeling

.een taak is van de ondernemingsraad en de diensten voor bescherming en preventie op het werk (cfr CAO betreffende het beleid ter voorkoming van stress door het werk –KB juni 1999)

.steunt op participatie van alle zorgverleners en gedragen wordt door teamwerk

.geïntegreerd wordt in de planning voor kwaliteitszorg

**3. Zvz gaat uit van de centrale gedachte dat elke zorgverlener wil gerespecteerd worden in wat hij doet en erkend worden in wie hij is , maw zvz gaat uit van de positieve waardering van elk individu.** In onze zorgverlening wordt uitgegaan van een negatieve houding, op wat mensen fout, tekort of verkeerd doen. Het idee leeft dat men nooit genoeg doet, voldoet en nooit kan beantwoorden aan de eisen van de organisatie. Er wordt erg weinig gebruik gemaakt van positieve feedback, waardering of aandacht voor wat men DOET als professioneel of wie men IS als mens. De engelse uitdrukking

« encouraging the heart » drukt dit perfect uit in een metafoor. Het is ook belangrijk dat de organisatie erkent dat werkers geraakt kunnen worden door hun werk en dat ze dus de verantwoordelijkheid hebben de medewerkers hierin te ondersteunen.

## De “wounded healer”

“Ik vraag voor mij niets  
anders dan een hand,  
een gewonde hand als het kan  
ik voor mij vraag niets anders dan een hand  
al vond ik nooit een bed,  
in duizend nachten...”  
(Lorca)

De relatie patiënt-zorgverlener (wounded-healer) is een archetypisch gegeven, bijna zoals de relatie moeder-kind, man-vrouw...Zorg verlenen én zorg ontvangen is inherent aan ons mens zijn en geeft ook ons mens-zijn betekenis en zin. Belangrijk gegeven hierbij is dat we niet langer betekenisrecht moeten ontleen aan het geven van zorg, maar dit ook kunnen ervaren in het krijgen van zorg.

In zijn recent werk ‘psychologie van de liefde’ beschrijft de auteur Jürg Willi dat de betekenis van de liefdesrelatie ligt in de zelfontwikkeling. Ook de zorgrelatie is geen relatie waarin je jezelf als zorgverlener buiten spel kunt zetten. Bij de zieke wordt steeds op een dieper niveau de innerlijke genezer geactiveerd en bij de genezer wordt de innerlijke patiënt geactiveerd. Ook op dit niveau gaan de innerlijke heler en genezer met elkaar een relatie aan. Allen dragen we één van de polen van de gekwetste heler in ons.

Het gaat niet langer om de gezonde, onkwetsbare, sterke, onafhankelijke zorgverlener die hulp geeft aan de zieke, afhankelijke, zwakke patiënt. Want dit bevestigt slechts dat de patiënt wordt afgesneden van de innerlijke heler in zichzelf én het is deze heler die we nodig hebben om tot een genezingsproces (op alle niveaus) te komen. Dit bevestigt ook dat de heler wordt afgesneden van het eigen innerlijk gewond zijn waardoor hij dit niet kan gebruiken in het helingsproces en waardoor het eigen proces van zelfontwikkeling wordt gestagneerd.

De zorgverlener die zich in de eigen kwetsuren laat raken, legt de basis voor echt contact en daarmee ook de basis voor goede hulp. Pas op, het blijft niet alleen bij raken, maar het is ook van belang dat de zorgverlener de eigen kwetsuren (uit heden als verleden) leert kennen en verzorgen, zowel de eigen lichte als duistere kanten kan toelaten en integreren zodat het gevaar op on-zorg, traumatisering, edm vermindert en het eigen zelf groeit en ontwikkelt.

Op die manier zorgt de hulpverlener ervoor dat het relatieproces niet wordt gehinderd maar integendeel gevoed. Het gaat niet om pathologie die moet worden geëlimineerd maar om natuurlijke processen die eigen zijn aan intense hulpverleningsrelaties.

Het archetype van de 'gekwetste heler' wordt geactiveerd door de ervaring van en de ontmoeting met lijden, de eigen kwetsbaarheid en gekwetstheid, beperktheid en grenzen. We moeten uitgaan van onze menselijke kwetsbaarheid en het idee loslaten dat we *almachtige* en onkwetsbare wezens zijn of horen te zijn.

Deze *onmacht* ervaren en erkennen betekent niet dat we zwak zijn of falen, betekent niet verdwijnen in of je identificeren met de onmacht van de ander, maar juist contact maken met de innerlijke krachten van de ander, deze aanspreken en tot ontwikkeling brengen. Van almacht, over onmacht komen we uiteindelijk bij onze *KRACHT*.

Zorgverleners die hun kwetsbaarheid erkennen en kunnen DELEN kunnen zo krachtiger zorgverleners te worden met het behoud van hun eigen integriteit. Dit kan de huidige oorverdovende stilte doorbreken van de niet geziene en niet erkende pijn van de zorgverlener, in het uitspreken van onze waarheid bevrijden we onszelf en beantwoorden onze noden.

Kunnen we ook leren vertrouwen dat hoe meer en hoe dieper we worden geraakt door de patiënt des te meer helend ons werk zal kunnen zijn.

Een zorgcultuur zou een RAPP-cultuur moeten zijn

RESPECT

AANDACHT

PASSIE

PLEZIER

Dwz een cultuur die vertrekt vanuit de waarde van het werk en de werknemer. De zorgverlener wil iets realiseren in zijn werk (waarden, behoeften, idealen, motieven) en wil voldoende aandacht en waardering voor zijn prestaties en gerespecteerd worden in wie hij is als mens. Dan krijgt de zv terug vleugels of met een meer moderne term “flow” en ontstaat terug passie en plezier in plaats van vermoeidheid en frustratie.

(Marc van Veldhoven, “te moe voor het paradijs”,2001)

einde

Een klein animatiefilmpje



*Figley*

**Compassion stress of secundaire traumatische stress**

**Compassion fatigue of Secundaire Traumatische Stress  
Stoornis**

*MC Cann en Pearlman*

**Verplaatste Traumatisering**

## **Zeven cognitieve schema's gebaseerd op zeven psychologische behoeften:**

- 1. Veiligheid**
- 2. Vertrouwen**
- 3. Macht**
- 4. Autonomie**
- 5. Intimiteit**
- 6. Respect en waardering**
- 7. Samenhang, zingeving**