

ZORG VOOR DE ZORGVERLENER, de beste preventie tegen stress en burnout

Deel 1

“Opgebrand”, in palliatieve zorg werken kan uw gezondheid schaden

Opgebrand zijn, burnout, het is een ver van ons bed-fenomeen, iets dat ons zeker niet zal overkomen, enkel een aantal individuen die gewoon pech hebben of die té betrokken zijn bij hun patiënten of die niet genoeg gewapend zijn tegen de stress die inherent is aan het hulpverleningswerk. Burnout is echter het eindstation van een destructief proces waar reeds een heel scala van fysieke, mentale en psychische stresssymptomen aan voorafgaan, signalen van een hulpverlener die lijdt, gewond is, belast en uitgeput. Die signalen worden niet herkend en erkend door het individu zelf noch door de organisatie waarin hij werkzaam is. Die signalen betekenen op zich reeds een gevaar voor het welzijn van het individu, en dat niet alleen op fysiek maar ook op emotioneel, relationeel, etisch vlak, maar hebben op den duur ook negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor de organisatie waar zij werkzaam zijn (bv. toename ziekteverzuim en personeelsverloop, demotivatie en onverschilligheid..). De wijze waarop de zorgverlener geleerd heeft met zichzelf om te gaan en de betekenis die hij aan deze signalen heeft, - “ik ben een slechte hulpverlener, ik faal, ik schiet tekort, ik moet het alleen aankunnen...” – én de wijze waarop de organisatie met deze signalen omgaat, of beter uitgedrukt niet omgaat, laten een gezondheidszorg zien die eerder schadelijk is voor de gezondheid . Onze ‘zorgende’ samenleving vaart meer en meer een technisch-instrumentele, gedehumaniseerde en onteigende, gemedicaliseerde en op economische leest geschoeide koers. Palliatieve zorg kan niet anders dan een andere koers varen wil ze trouw zijn aan de basispijlers van haar zorgmodel en haar filosofie.

“Ik kan niet meer ...Ik ben mislukt....Ik zie het niet meer zitten

Ik ga eronder door en er is geen begrip voor

Ik vecht dagelijks voor palliatieve zorg in het ziekenhuis, om er niet onder door te gaan ga ik mezelf wegsteken, ik ben een kameleon

Ik vecht met de moed der wanhoop tegen de tegenkrachten van de arts, ik voel veel onmacht

Ik krijg alleen kritiek en negatieve feed-back van mijn diensthoofd, nooit eens een pluim, iedereen in het team loopt er vies bij

Palliatieve zorg wordt zo’n administratief gedoe, al die bijkomende opdrachten gaan overwegen, pff Ik kan nooit eens iets afwerken

Ik ben permanent beschikbaar, 24u op 24u, 7 dagen op 7, zelfs in bad en in de WC; tegen 's avonds ben ik soms crazy gedraaid. En ze verwachten van mij dat ik er nog vrijwilligerswerk bij doe, als ik het niet doe voel ik mij schuldig

Ik voel me voortdurend schuldig en tekort schieten, want zij zijn de pioniers en ik heb voor mijn job gesolliciteerd

Ik ben uitgeput, mijn schouders doen pijn, het is teveel

Er is in mij altijd een verdriet dat klaar zit

Ik leef op een kerkhof, er sterven zoveel mensen in mijn privé

Voor het sterven van mijn eigen papa was er geen plaats

Ik worstel voortdurend met vragen: hoe nodig ben ik? Heb ik het goed gedaan? Maar ik vertel dit aan niemand

Ik voel me onzeker, als ik het moeilijk heb bij een patiënt hoop ik dat niemand mij ziet, dan denken ze dat ik mijn werk niet aankan

Ik zit klem tussen arts die de waarheid niet vertelt en de patiënt. Ik ben machteloos

Ik galoppeer , ik verdrink en kan nergens terecht, help mij

Doe ik dit werk voor de patiënt of voor mezelf?

Ik ga bij een therapeut die ik betaal opdat ik bij hem zou mogen huilen

Ik voelde mij erg gespannen, ik ging bij een arts op consultatie en een kwartier later stond ik op straat met Xanax

Ik heb twee nachten NIET gedroomd van palliatieve zorg, hoe leer ik afstand nemen?"

Bovenstaande uitspraken heb ik kunnen noteren tijdens interviews met palliatief verpleegkundigen afgelopen jaren. Ik vermoed dat deze opsomming voldoende tot uitdrukking brengt dat de zorgverlener en heel bepaald de palliatieve zorgverlener lijdt. Het is duidelijk uit een dagelijkse observatie op het palliatieve zorgterrein in Vlaanderen en uit wetenschappelijk stressonderzoek dat er heel wat stress- en burnoutsignalen worden uitgestuurd door zorgverleners. Het is niet de bedoeling van dit artikel de lezer te overstelpen met definities en bepalingen van stress en burnout, wat de stressoren en strains zijn, en hoe de hulpverleners cope of niet cope. Bij het nalezen van actuele literatuur over dit onderwerp blijkt alvast dat er heel veel verschillende benaderingen en zienswijzen zijn al naargelang de bril men opzet. Ik wil wel verwijzen naar een eerder artikel rond dit onderwerp waarin enkele onderzoeksresultaten opgenomen zijn (Tijdschrift voor Palliatieve Zorg, jrg.) en deel 2 van dit artikel dat in een volgend nummer wordt opgenomen)

In deel 2 van dit artikel wil ik u toch de resultaten niet onthouden van recent burnoutonderzoek in de oncologie op basis van de sociale uitwisselingstheorie.

Ik kan alleen vaststellen vanuit inter-/ supervisie, talrijke opleidingen en ontmoetingen dat de zorgverlener lijdt, zichtbaar maar ook onzichtbaar en dat lijden wil ik vandaag wat meer zichtbaar maken en daarbij een signaal sturen: **we zorgen in onze maatschappij onvoldoende voor onze zorgverleners en wij zorgverleners zorgen onvoldoende voor onszelf**. Zorgverleners zijn schaars kapitaal in de gezondheidszorg. Waarom gaan wij ermee om alsof het wegwerpmateriaal is? En past dit binnen een palliatieve zorgfilosofie?

Zijn we niet zo druk bezig – en ook terecht- met structuren en financiën dat we de noden van de zorgverlener niet meer zien? In de interviewgroepen voor palliatief verpleegkundigen kwamen we bijna niet meer toe aan interview , casestudies en het reflecteren over het professioneel handelen, maar ging heel wat tijd naar het ventileren, het ondersteunen van groepsleden die erdoor zaten, het niet meer zagen zitten, naar adem snakten, woekerden met hun krachten om het te blijven aankunnen. Natuurlijk is de structurering van palliatieve zorg noodzakelijk en op zich reeds ondersteunend voor zorgverleners als ze in een goede structuur kunnen werken. Maar nu reeds wordt er hierop een hypotheek gelegd, door de onvoldoende financiële middelen die worden voorzien voor de uitbouw van palliatieve zorg in Vlaanderen in de eerste plaats, maar in de tweede plaats omdat in de wetteksten op geen enkele manier de zorg voor de zorgverlener is opgenomen. Dit zal leiden – na verloop van tijd, want we kunnen het (jammer genoeg) lang volhouden -tot stress en burnout bij zorgverleners in palliatieve zorg, m.a.w. ook negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorgverlening en voor de organisatie van de zorg. Het is ongelooflijk dat zorgmanagers hiervoor ziende blind blijven!

In dit artikel wil ik in het in het eerste deel stilstaan bij het ontbreken van een draagvlak en de balans tussen draaglast en draagkracht, de implicaties van actuele visies op zorg, het belang van de erkenning van emotionele arbeid in de professionele zorgverlening, een aantal implicaties voor het optreden van het burnoutsyndroom. In het tweede deel wil ik dan een lans breken voor het vervangen van stressmanagement door een zorgcultuur waarin zorg voor de zorgende meer is dan crisisinterventie en meer dan stressmanagement. De ondersteuning van de zorgverlener dient minstens preventief te worden ingebouwd in de organisatie van de zorg (in visie en in werking). Maar zorg voor de zorgende gaat verder dan preventie tegen stress en burnout,. Dit getuigt nl. van een zorgethiek en zorgcultuur die geënt zijn op een groeimodel waarin de zorgverlener de mogelijkheid krijgt de eigen grenzen te verleggen, de eigen kwaliteiten uit te bouwen en een betere zorgverlener, maar ook een beter mens te worden. Natuurlijk zal dit ten goede komen aan de organisatie en aan de patiëntenzorg, op een manier die we nu nog niet kunnen overzien.

1. Het ontbrekende draagvlak

Vanuit de literatuur kennen we **de stressbalans draagkracht-draaglast** die in evenwicht moet blijven.

De draagkracht van zorgverleners wordt in vraag gesteld. Nemen ze teveel hooi op hun vork? Kunnen ze zich niet genoeg begrenzen? Houden ze wel voldoende van zichzelf? Kennen ze hun weerstanden,

beperkingen? Kunnen ze goed communiceren? Bezitten ze technieken om met stress om te gaan? Zijn ze te betrokken?

Het individu moet in staat zijn met de inherente stress van het werk om te gaan, moet voldoende gewapend zijn, zijn "mannelijke" kunnen staan, voldoende afstand kunnen bewaren tot het werk om niet over kop te gaan. Een hulpverlener die in crisis geraakt, is een hulpverlener die faalt. Een aantal stressbeheersingstechnieken en strategieën worden ontwikkeld om de hulpverlener meer stressbestendig te maken.

Scheelt er iets aan **de draaglast**? Is de workload te zwaar of slecht georganiseerd? De arbeidssocioloog Mok legt in zijn standaardwerk "Arbeid, bedrijf en maatschappij" de klemtoon op **het "over u-zonder u" syndroom** als een ernstige ziekte waaraan heel wat organisaties lijden. De beslissingen over de dagelijkse arbeidssituatie worden genomen zonder dat de mensen zelf erbij worden betrokken, ze hebben geen informatie, geen greep op hun eigen werk. Mok stelt dat dit één van de belangrijkste oorzaken is van de hoge percentages ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hoe gaat het management hiermee om: "dan maar zonder u." Zorgverleners uit een RVT vertelden tijdens een opleiding dat de helft van het personeel rugklachten heeft, maar dat dit niet wordt gesignaleerd aan de arbeidsgeneesheer, want die "staat aan de kant van de werkgever en is niet te vertrouwen. Ze gebruiken het tegen je, je wordt uitgerangeerd want je beantwoordt niet meer aan het profiel". Het organisatieperspectief heeft niet de neiging om zichzelf in vraag te stellen. Effectiviteit en efficiëntie staan voorop en de belasting die wordt opgelegd is eerder een zaak van de werknemer. Vanuit werknemersperspectief wordt stress eerder gedefinieerd vanuit slechte arbeidsomstandigheden (te weinig tijd, onregelmatige dienstroosters), een gebrek aan controle over het werk en een te grote draaglast of te veel aan werk. In beide benaderingen worden heel waardevolle dingen aangebracht, waarbij het accent al naargelang ofwel op de draagkracht van het individu of op de draaglast van de organisatie wordt gelegd, waarbij in het beste geval gestreefd wordt naar het in evenwicht houden van de balans.

Het is mijn overtuiging dat de weegschaal heel wat meer in evenwicht zou zijn als we wat meer aandacht hadden voor **het draagvlak** en dat is de cultuur van de organisatie, de visie en waarden, de betekenis die de leden van de organisatie geven aan interacties, aan het totale gebouw (materieel als immaterieel) waarbinnen ze werken, aan doelen en visies, aan expliciete en impliciete regels maar ook de bredere cultuur of context waarin de organisatie ligt ingebed (cfr thuiszorg-intramurale zorg, zorgcultuur- medische cultuur, man-vrouwcultuur, macht en emotionele cultuur) Het is volgens Fineman zo dat stressinterventies (bv relaxatie of counsellingtraining) bepaalde gunstige effecten hebben en iemand die beter kan communiceren zal minder stress oplopen, maar deze interventies zijn eigenlijk cosmetische ingrepen in structuren waarin mensen continu dezelfde stressoren reproduceren. Draagvlak is: word ik gedragen door mijn organisatie, team, cultuur waarbinnen ik zorg voor kankerpatiënten, terminale patiënten en hun familie? Voel ik mij gesteund door mijn organisatie? Krijg ik de kans ervaringen uit te wisselen, problemen en angsten te delen om zo gevoelens van onzekerheid te kunnen reduceren en vertrouwen en een gevoel van eigenwaarde op te bouwen? Is mijn organisatiecultuur van die aard dat het toelaten en uiten van mijn emoties een teken zijn van professionaliteit of een teken van zwakte en falen als hulpverlener? Voel ik mij als zorgverlener positief gewaardeerd en krijg ik regelmatig positieve feedback van collega's, directie? Is ondersteuning inherent ingebouwd in het werk, binnen de werkuren? Dit draagvlak ontbreekt in onze gezondheidszorg en we staan als hulpverlener op één been in de confrontatie met lijden, sterven en dood.

2. De hulpverlener op één been

Ik wil dit draagvlak even toelichten met een metafoor: de hulpverlener op één been.

Wij zorgverleners staan op één been, het instrumentele been of het DOE-been. Het is het somatisch-technische of psycho-technische been, het been dat elk probleem kan oplossen of situaties en zaken waar het mee geconfronteerd wordt, herleidt tot oplosbare problemen. Het is het 'machtige' been van de expert, de professioneel. Het is georiënteerd naar technische en instrumentele kennis, het moet handelen, doen, be-handelen ten koste van wat ook. Wat is het doel van dit standbeen: problemen oplossen (i.c. genezen). Tijd wordt gebruikt om te presteren, om op een effectieve en efficiënte manier zaken te bereiken. We spreken van prestatietijd. Dit is gemakkelijkst te verwezenlijken binnen

een distantiemodel, d.w.z. dat er distantie nodig is, afstand tussen patiënt en zorgverlener maar ook afstand tussen hoofd en hart, want "wie zijn hart laat spreken, verliest zijn hoofd" d.w.z. zijn competentie, zijn professionaliteit.

Dit doe-been, almachtige been is overdominant geworden in onze medische gezondheidszorg.

We hebben ons andere been laten atrofiëren en niet ontwikkeld, waardoor we ons evenwicht verliezen als we in situaties komen waar we niets meer kunnen 'doen'. Sterven is geen probleem dat we nog kunnen oplossen (en we moeten oppassen dat we binnen palliatieve zorg het stervensproces niet herleiden tot symptoom'controle') we kijken in de ogen van de stervende en we staan met lege handen. Hier kunnen we ons tweede been ontwikkelen, het machteloze been, het existentieel-communicatieve been. Het doel van dit been is: het delen van betekenis, het creëren van ruimte zodat betekenis kan ontstaan. In het omgaan met sterven, dood en rouw gaat het dan vooral om nederige kwaliteiten als warmte, aanwezigheid, intimiteit en betrokkenheid zodat wat gezegd en gevoeld moet worden om aan dit gebeuren betekenis te verlenen zich kenbaar kan maken en in woorden en gebaren gedeeld kan worden. Dit is het "ik- ben- bang- voor- de- dood-been", het "ik- zoek- betekenis"-been. Dit been creëert "betekenistijd" of tijd waardoor tussen patiënten, familie en zorgverleners betekenis ontstaat betreffende zaken als leven en dood. Om op twee benen te kunnen lopen hebben we een betrokkenheidsmodel nodig, waarbij de eigen persoon als instrument in de zorgverlening van wezenlijk belang is. Het tweede been wordt in de hulpverlening in het beste geval pas gebruikt als de eerste benadering geen oplossing meer biedt, maar dan is het meestal te laat, we verliezen ons evenwicht, is het standbeen reeds verkrampd. In de zorg voor mensen met een levensbedreigende ziekte dienen we als zorgverlener op 2 benen te lopen en te leren in welke situaties het ene of het andere been als standbeen moet gebruikt worden, zeker in situaties waarin we geconfronteerd worden met extreem lijden, pijn, machteloosheid, wanhoop, rouw en sterven. Kunneman, professor in humanistiek van wie ik deze metafoor heb ontleend, stelt dat het opheffen van de dominantie van het doe-been binnen onze instellingen noodzakelijk is, wil er ruimte ontstaan voor waardig sterven, dus voor het realiseren van een palliatieve zorgcultuur. (Kunneman,)
Deze metafoor vind je steeds meer terug in een aantal zorgmodellen en concepten.

3. Aktuele visies op zorg: het hoofd-hand-hart model

3.1. Professor Grypdonk stelt dat uit verpleegkundig onderzoek blijkt dat patiënten zich pas echt geholpen voelen als de verpleegkundigen adequate technische zorg combineren met voelbare betrokkenheid, betrokkenheid bij wat de patiënt als persoon meemaakt. Zij pleit – in haar inaugurale rede bij haar aanvaarding van het ambt als hoogleraar in de Verplegingswetenschap - voor een nieuwe verpleegkundige benadering waarbij ziekte en de zieke niet langer losgekoppeld worden van de betekenis die zij eraan geven. Het verhaal van de zieke is een essentieel onderdeel van de verpleegkundige zorg. Het gaat niet langer om ziekte te beschouwen als een dysfunctie en het gericht zijn op genezing en functieherstel maar om het zieketraject dat chronisch zieken in het leven-mét-de-ziekte doormaken : de fase van onzekerheid - de verstoringfase - het heroveren van de eigen identiteit en de fase van het accepteren of het herdefiniëren van het leven en de levenskwaliteit.

Zo zijn er een aantal essentiële taken die behoren tot de verpleegkundige zorg bij chronisch zieken, waarvan de eerste taak is: het ondersteunen bij het verwerken van het chronisch ziek zijn, d.w.z. de talrijke negatieve gevoelens die dit oproept zoals verdriet en rouw, onzekerheid, angst, eenzaamheid; de zieke helpen de gevoelens die ziekte en behandeling met zich meebrengen te verwerken; specifieke interventies uitvoeren die gericht zijn op het verminderen van emoties via bv. adequate informatie geven, bereikbaar zijn, het vermijden van situaties die onnodig emoties oproepen, aandacht geven aan de wijze waarop zorg wordt gegeven, vervelende situaties veranderen ...Grypdonk stelt dat het om meer gaat dan begeleiding of bejegening van de zieke maar om een **professionele** aanpak die erop gericht is de negatieve gevoelens die het gevolg zijn van de ziekte en wat die met zich meebrengt te verminderen. Het wezenlijke van het verpleegkundig beroep is dus de emotionele arbeid.

3.2. Het zorgmodel van Davies beschrijft de steunende rol van de verpleegkundige in palliatieve zorg. Hierbij gaat men uit van de vaststelling dat de verpleegkundige als professioneel niet kan worden gescheiden van de verpleegkundige als persoon. Er zijn zes dimensies waarbij het zwaartepunt ligt op de 2 dimensies die het persoonlijk aspect weergeven met als overheersende dimensie "het respect voor en de positieve waardering van het individu en zijn individualiteit" en als

centrale dimensie "het bewaren van de persoonlijke integriteit als zorgverlener". Daaruit volgen dan de vier andere verpleegkundige aspecten "het verpleegkundig handelen of het organiseren van de totaalzorg", "het ontwikkelen van de eigen krachten (empowerment)", "het contact maken en onderhouden" en "ruimte creëren voor (het zoeken naar) het ontstaan van betekenis".

Het bewaren van de eigen integriteit steunt op een onvoorwaardelijke zelfwaardering, het kunnen reflekteren en kijken naar eigen handelen, reacties en behoeften, het oog hebben voor eigen gevoelens, oordelen, normen, reacties als verschillende van de patiënt, het herkennen van eigen rouw, het kunnen stellen van grenzen..

Cfr tekening

3.3. In het redactioneel van Nursing (juli '98) stelt de hoofdredakteur het volgende: "Het is namelijk verre van onprofessioneel om ook emotioneel betrokken te zijn bij de zorg voor patiënten. Ik zou het zelfs andersom willen stellen: hulpverleners die alleen met hun handen en hun hoofd werken en hun hart buiten spel laten, zijn onprofessioneel. Het is onprofessioneel je emoties uit de weg te gaan, deze te verstoppen of te ontkennen...Verpleegkundigen die hun emotionele betrokkenheid ontkennen, lopen meer kans op burnout.."

3.4. In het boek "Thuiszorg als professie. Een combinatie van hand, hoofd en hart" (Vulto en Morée, 1996) gaan de auteurs na wat professionalisering in de thuiszorg kernmerkt. De auteurs voeren het hoofd-hand-hartconcept in.

ZORG = HOOFD - HAND - HART - CONCEPT

traditioneel

nieuw

rationaliteit

emotionaliteit

wetenschappelijke kennis

ervaringskennis

algemeen geldende principes

contextgebonden denken, voelen, handelen

affectieve neutraliteit

betrokkenheid

autoriteit van de hulpverlener

antwoorden op de behoeften hulpvrager

De erkenning van thuisverzorging als vak vraagt om een ander professionaliteitsbegrip en het hand-hoofd-hartconcept breekt met de dominante professionaliteitsopvatting en de opposities daarin cfr rationeel is superieur aan emotioneel en theoretische kennis is superieur aan ervaringskennis. Tegenover algemene abstracte waarheden die worden opgelegd aan de patiënt, gaat men uit vanuit de concrete patiënt binnen de context van zijn ziekteverhaal.

De essentie van zorg is de emotionele arbeid die gelegen is in de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger. De zichtbare taken zijn huishoudelijk werk en persoonlijke verzorging die de context vormen voor de onzichtbare of relationele aspecten van het beroep : work and framework (James, 1989, 1992). Het gaat erom die onzichtbare aspecten zichtbaar te maken als wezenlijk onderdeel van het zorgend beroep.

Het draagvlak is dus o.m. onze zorgcultuur, de gehanteerde zorgmodellen, de geldende professionaliteitsopvatting en de manier waarop we in onze medische cultuur met emoties omgaan en vooral de erkenning van emotionele arbeid.

4. Professionalisering van zorg = erkennen van emotionele arbeid

4.1. Het concept 'emotionele arbeid'

Hochschild heeft het begrip emotionele arbeid ingevoerd bij stewardessen die altijd moeten glimlachen en vriendelijk zijn voor de meest lastige klanten.

Een voorbeeldje van Hochschild:

"Een jonge zakenman zegt tot een stewardess "waarom lach je niet?" Ze plaatst haar dienblad op het voedselkarretje en zegt "Ik zal je eens wat zeggen. Lach jij eerst, dan zal ik lachen." De zakenman lacht tegen haar. "Goed", repliceert ze, "bevries nu en hou het zo voor 15 uren". (Hochschild, 1983)

Vriendelijkheid is niet zo maar een vrouwelijke eigenschap maar het is georganiseerde emotie en betekent hard werken. Hochschild spreekt daarom van labour, arbeid i.p.v. werk.

Emotionele werk is de inspanning die we doen door onze gevoelens te onderdrukken of te laten zien waarbij we proberen te beantwoorden aan sociaal aanvaarde normen.(bv. ik zit me momenteel te vervelen en te irriteren, maar ik laat een enthousiast gezicht zien) Emotionele arbeid is de commerciële exploitatie van dit principe als de werknemer wordt betaald om te lachen, vrolijk te zijn of ons geval 'zorgend'.

Emotionele arbeid is het leveren van emotionele inspanningen teneinde in de betreffende arbeidssituatie naar behoren te kunnen functioneren. De emotionele inspanning vormt een wezenlijk onderdeel van het werk zelf (cfr fysieke inspanningen de essentie van fysieke arbeid). Dit soort werk is eigen aan het werken met mensen en bestaat uit emotionele communicatie (lichamelijk via oogcontact, mimiek, lichaams-houding en beweging, ademhaling, stem, spanning..en symbolisch via taal en gemeenschappelijke symbolen (bv. lach als teken van vriendelijkheid).

Dit zorgt voor emotieregulering, het beheersen van emotionele uitwisseling omdat dit in een bepaalde situatie functioneel is. Het gaat dus in de emotionele arbeid om articulatie van emoties en om regulering van emoties.

4.2. Emotionele belasting

Emotionele arbeid veroorzaakt emotionele belasting, want de hulpverlener is vaak het eindstation van de negatieve emoties of emotionele pijn die wordt uitgestuurd door patiënt, familie en collega's. Daarenboven roept deze interactie ook de eigen emotionele pijn van de zorgverlener op, "oud zeer", wat ook vraagt om gezien, gedeeld en erkend te worden en onder controle te blijven. Emotionele arbeid vraagt niet om beheersing van emoties, zelfdwang of zelfbeheersing maar om 'zelfbeheer' of emotieregulering door het individu.

a.Globale en specifieke emotionele belasting

. De **globale** emotionele belasting is een emotionele reactie op het feit dat men (fysieke, intellectuele, zintuiglijke, emotionele) inspanningen dient te leveren in omstandigheden die niet ideaal zijn cfr de negatieve emoties verschijnen als een ongewenst neveneffect van het werk. Als men niet in goeie omstandigheden kan werken (bv. conflicten in het team) treedt emotionele spanning op.

. De **specifieke** emotionele belasting is de emotionele belasting eigen aan emotioneel werk en die voortvloeit uit het feit dat de aard van de inspanning van emotionele aard is bv. zorgen voor stervenden

Dit is nog weinig onderkend, laat staan zichtbaar gemaakt.

Kenmerkend: de hulpverlener is emotioneel eindstation voor de negatieve emoties: zij komen toe en blijven ter plaatse, want dit gebeurt in een cultuur die zelfcontrole en emotiebeheersing belangrijk vindt

b.Uitputtende en traumatische emotionele werkstress

.**uitputtende**: aanhoudende confrontatie met leed op de werkplek (vb. palliatieve dienst, of veel sterfgevallen op de afdeling,

.**traumatische** werkstress: acute blootstelling aan gebeurtenissen die afwijken van het gewone werkstramien

(zelfdoding, ongeval, verstikking, ongewilde euthanasie, geen palliatieve dood...)

4.3. Professionalisering: emotionele arbeid

Het draagvlak wordt in stand gehouden door een aantal impliciete en expliciete gevoelsregels.

Als we de stap zetten naar de professionele helper dan zien we dat het flinkheidsideaal en formalisering van emoties behoren tot de expliciete regels. Sterk zijn, flink zijn is de boodschap. Gevoelens tonen is een teken van zwakte, van het niet aankunnen, labiel zijn. Het is belangrijk een professionele afstand te bewaren t.o.v. je cliënt en niet te persoonlijk betrokken te raken.

We zijn opgeleid vanuit een **distantiemodel** waarbij emotionele arbeid en belasting onzichtbaar zijn, het uiten van emoties taboe en de omgangsverhoudingen formeel, gericht op

controle en beheersing, het niet uiten van negatieve emoties. De gezagsverhoudingen zijn ongelijkwaardig en gekenmerkt door hiërarchische relaties waarbij de patiënt onmondig is. Alles wordt geobjektiveerd en het menselijke, de persoon van zowel hulpverlener als cliënt wordt zoveel mogelijk uitgeschakeld. Impliciet wordt ook de gevoelsregel gesteld: laat niet zien dat je het niet langer aankunt; verberg je stressgevoelens; een competent hulpverlener kan zijn eigen stress hanteren'

Iemand van een palliatieve thuiszorgteam zei me eens n.a.v. een sollicitatiegesprek dat ze nog een personeelslid zochten die net zo gek was als degene die er nu werkten. Iemand die bereid was om veel meer uren te kloppen, in te springen als het nodig was, wachten en permanenties te doen en ook bereid was om te doen alsof dat allemaal "normaal" was.

In feite is de enige legitieme manier waarover hulpverleners beschikken "ziek" worden, wat blijkbaar binnen de organisatie wel aanvaardbaar is. Fineman stelt dat hoge cijfers van absentieïsme en ziekteverzuim binnen onze organisaties als vanzelfsprekend worden aangenomen, blijkbaar een onuitgesproken heimelijke samenzwering met de gevoelsregels.

Uit onderzoek naar gezondheidsklachten en ziekteverzuim bij werknemers in de intramurale gezondheidszorg blijkt dat 43% (bijna de helft van de 2004 ondervraagden) klaagde van rugpijn en bijna 40% zich opgejaagd voelde en 32% zich gespannen voelde. Bijna 10% of 200 verpleegkundigen gaven toe regelmatig medicijnen te gebruiken. Uit dit onderzoek bleek ook dat het ziekteverzuimpercentage hoog ligt met een gemiddeld aantal verzuimdagen per werknemer van 7,63. De cijfers liggen hoger dan in het bedrijfsleven, maar nog veel lager in vergelijking met zorgverleners in de bejaardensector.

De orthodoxe regel van emotionele controle wordt naar boven toe met de nodige emotionele inspanning onderhouden. Daarom is veiligheid en vertrouwen in inter en supervisie zo belangrijk en ontbreekt dit stelselmatig binnen onze teams en organisaties..

We moeten onderzoeken hoe deze impliciete en expliciete regels stress veroorzaken bij de hulpverlener en we moeten nagaan hoe impliciete regels rond het omgaan met emoties in onze instellingen worden geconstrueerd en in stand gehouden als we iets aan die stress willen doen.

Zorg moet dus beschouwd worden als een combinatie van hoofd, hand en hart of m.a.w. van organisatie, fysieke handelingen en emotionele arbeid. Zonder deze arbeid en de erkenning daarvan kunnen we niet spreken van CARE of een integrale zorgbenadering. Verschillende zorgmodellen die de laatste jaren werden ontwikkeld vragen aandacht voor de emotionele aspecten verbonden aan het verlenen van zorg. Het is nochtans zo dat binnen de theorieën en opvattingen over professionalisering aan dit aspect volledig wordt voorbijgegaan. In de curatieve sector wordt sowieso de legitimering van het handelen gekoppeld aan de wetenschappelijkheid. De professionaliteit van de verpleegkundige staat en valt met de technische en medische aspecten van het werk. Het accent op cure is eigen aan de medische beroepen maar evengoed aan het beroep van verpleegkundige of verzorgende. Deze cognitieve en technische aspecten echter blijven ook wezenlijk voor de CARE en bepalen de professionaliteit (d.w.z. de status, de invloed, de honorering, de waardering...) Uit onderzoek blijkt meer en meer dat de persoonlijke en emotionele zorg zeer belangrijk zijn in het genezingsproces en de zorgkwaliteit, zelfs zeer wezenlijk, maar in de officiële opvattingen over arbeidsorganisatie en professionalisering, binnen de functiewaardering van het zorgberoep krijgt de emotionele kant geen expliciete betekenis, deze aspecten zijn vrijwel afwezig. Dit creëert een spanningsveld binnen zorgorganisaties, teams en de individuele zorgverlener. Het concept 'emotionele arbeid' invoeren zou hier een belangrijke omwenteling kunnen teweeg brengen. Binnen o.m. oncologie en palliatieve zorg zou het voelen van verdriet, rouw, machteloosheid dan niet langer een mislukken of een falen zijn en een gevaar voor de professionaliteit, maar juist een kracht en het kunnen hanteren van al die emoties een bewijs van professionaliteit. Dit vereist dat we afstappen van het distantiemodel met het bijhorend flinkheidsideaal en een betrokkenheidsmodel gaan ontwikkelen. Dit zou ook een belangrijke verschuiving betekenen waarbij stress en burnout niet langer worden aanzien als persoonlijk falen van

het individu maar als een institutioneel en maatschappelijk gegeven. Het betrokkenheidsmodel wordt dan gekenmerkt door een sensitiviteitsideaal waarbij gevoelens mogen gevoeld worden en geuit, de omgangsverhoudingen informeel en de gezagsverhoudingen gelijkwaardig zijn met respect voor de mondige patiënt.

Palliatieve zorg staat voor het betrokkenheidsmodel zonder het distantiemodel te verwerpen maar neemt dit er wel in op. Heel wat zorgverleners raken opgebrand in het distantiemodel omdat ze gereduceerd worden tot technisch instrument zonder eigenheid en persoon. In palliatieve context wordt dit op de duur onhoudbaar.

In palliatieve zorg werken vereist een hoge mate aan emotionele arbeid als onderdeel van een professioneel handelen (hand) en denken/reflekteren (hoofd). Dit brengt risico's met zich mee op stress en burnout als we niet (h)erkennen dat dit inherent is aan dit werk en niet vanaf het begin ondersteuning van de zorgverlener inbouwen in elk palliatieve zorgprogramma dat wordt opgestart. Zowel het individu als de organisatie dienen hier hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Ellis drukt het zo uit: "Patiëntenzorg zal echt patiëntgericht worden als verpleegkundigen beter zorgen voor zichzelf en hun eigen pijn en behoeften erkennen in een geschikte en steunende omgeving"

De patiënt komt eerst is een nobele gedachte maar verkeerd als het voortkomt uit de gedachte dat de verpleegkundige ondergeschikt is, of als persoon geen rol speelt. De verborgen rouw, een verborgen agenda of onbewuste noden van de verpleegkundige hebben wel degelijk een enorm effect op de kwaliteit van de zorgverlening en kan uitmonden in

Stressprogramma's bevragen zelden de professionele gevoelsregels of de sociale structuren waarbinnen de professioneel optreedt. Zij begunstigen meer individualistische stressmanagementbenaderingen, vaak ver verwijderd van de actuele werkpraktijk.

Freudenberger die de term burnout in 1972 invoerde, had het over de negatieve gevolgen (het opgebrand, geestelijk en fysiek uitgeput zijn) die specifieke beroepsgroepen ondervinden van hun intensieve betrokkenheid bij de dagelijkse hulpverlening aan mensen. Hij wees er dus op dat mensen die in hun beroep moeten werken met de behoeften en emoties van mensen ook werkstress ondervinden, omdat een dergelijk beroep zware emotionele inspanningen vergt. Ondertussen zijn werkstress en burnout bijna synoniemen geworden (Van der Ploeg, 1989). Door de gelijkschakeling van burnout en werkstress hebben onderzoekers een kans laten liggen om te beschrijven wat de verschillen zijn tussen de arbeidsbeleving van hulp- en dienstverleners en die van andere beroepen en om het emotioneel werk uit de grijze schemerzone te halen (Bruynooghe en Opdebeek)

.het zeer sterk **doegericht** zijn, ik doe het wel voor u

.paternalisme waarbij ik weet wat best is voor de patiënt en de patiënt afhankelijk houdt en eigen krachtbronnen ondermijnt

.een overdreven **gehecht** zijn aan de patiënt, het niet meer los kunnen laten van de patiënt en verder gaan dan de professionele relatie

.de compulsieve of **dwangmatige helper** waarbij de zorgverlener onbewust eigen onverwerkte pijn of rouw projecteert in de patiënt

.onderzoekend gedrag waarbij niet de patiënt's zoektocht naar betekenis centraal staat maar de eigen behoefte van de hulpverlener om betekenis te vinden. Het bevredigt een sterke nieuwsgierigheid en de drang om zin te vinden in iets wat niet te begrijpen is

Burnout kan het resultaat zijn van een combinatie van al die aspecten en treedt op als er niet langer evenwicht is in de pt-zorgverlener relatie en deze de eigen integriteit verliest.

Ellis stelt dat niettegenstaande de hulpverlener veel voldoening haalt uit de pijncontrole, het comfort en de steun aan de stervende in p.z. toch dagelijks wordt blootgesteld aan complexe familiedynamieken, intense emoties, pijn en dood als inherent aan de zorg...de zorg houdt een potentieel in aan emotionele trauma's , cfr geaccumuleerd verlies

.Naargelang de complexiteit van de problematiek verandert de rol en de strategie van de hulpverlener, van toehorende buitenstaander tot een meer op zorg gerichte adviseur of spil in de crisisinterventie.

Naarmate de dood dichterbij komt en onafwendbaar is wordt de hulpverlener geconfronteerd met existentiële thema's als verlies, lijden, machteloosheid, zingeving, de eigen existentiële bewogenheid met de ander, de aan eigen ervaring gekoppelde beleving van de hulpverlener.

Vb een hulpverleenster werkt al tien jaar met terminale patiënten en twijfelt nu of ze er wel geschikt voor is. Vroeger sprak ze thuis nooit over haar werk en nu lijkt het wel of ze er niet meer mee kan stoppen. Er zijn veel conflicten in het team. Het lijkt wel of ik met iedereen ruzie heb. Ze vindt dat ze goed werk doet: "met een lichte neiging me teveel in te zetten". Ze is vitaal en vindingrijk in de directe zorgverlening. eEn dan zit ik in het team en word ik zo moe. Dan komt langzaam de agressie opzetten, zoder enige aanleiding. Om het minste of geringste geef ik iemand een veeg uit de pan. Doe dan wat, zou ik willen brullen! In supervisie komt ze bij de ziekte en het overlijden van haar eerste echtgenoot. Toen voelde ze zich door iedereen verlaten en ze heeft nog steeds een diep verwijt naar haar familie: "ze zaten daar maar te zitten en te kletsen en deden niets".

.Bij burnout wordt vlug gesproken over over-identificatie en over-betrokkenheid. Dit moet dan verklaren waarom men niet goed meer kan functioneren. Dit is te simpel. Identificatie en betrokkenheid is vaak een deel van de motivatie van de hulpverlener en zijn in palliatieve zorg conditio sine qua non. Rouwen om je cliënt is geen teken van falende professionaliteit noch wijst dit op een te grote binding. Over-identificatie met palliatieve zorg als beweging kan een fase zijn als vrijwilliger of professioneel.

Het is van belang in supervisie te reflecteren over afstand en nabijheid, normen, oordelen..

.Alhoewel verpleegkundigen een goede kennis van coping en defensiemechanismen kunnen hebben bij patiënten en familie gaan ze voor zichzelf vaak over op ontkenning, verschuiving, verdringing, rationalisering. Speck spreekt van 'chronische vriendelijkheid' als zo'n vorm van defensie tegen vervelende en stressvolle situaties en als een methode om de eigen echte gevoelens te bedwingen. Gevoelens van machteloosheid en vaak van woede tegenover collega's, familie, patiënten of zichzelf.

.Lederberg (1990) vermeldt dat in palliatieve zorg aanpassing aan sterven en dood komt in 2 fasen. In de eerste fase is de verpleegkundige in staat de initiële emotionele reacties te controleren om te kunnen dagelijks overleven.

Als dit als een werkelijke aanpassing wordt aanzien is het risico op burnout groot. Een tweede fase is noodzakelijk van volle aanpassing waarbij de verpleegkundige openlijk haar gevoelens kan delen van verdriet, angst, schuld en twijfels? Lederberg stelt dat zorgverleners die in de eerste fase blijven dit onmiskenbaar effect heeft op de kwaliteit van hun zorg.

Een aantal stressoren (intense emotionele arbeid) zijn inherent aan palliatieve zorgomgeving. Speck (1996) suggereert dat verpleegkundigen onbewust hun frustraties projecteren op het management, klagen over personeelstekort, de te grote eisen, het ondergewaardeerd worden en tijd tekort komen. Alhoewel deze frustraties terecht zijn, toch horen ze bij de aard van het werk en vooral de intense emotionele arbeid, het kunnen handhaven in intense en moeilijke emoties.

.proberen alles te zijn voor iedereen

.het nodig hebben echt nodig te zijn

.Emotionele uitputting komt voor als de zorgverlener voelt dat ze niets meer te geven heeft, wat resulteert in schuldgevoelens en het gevoel niet in staat te zijn te beantwoorden aan de eigen verwachtingen en normen. Als dit een tijd wordt volgehouden, kan dit leiden tot depersonalisatie. Dit fenomeen treedt op als het individu strategieën adopteert waardoor zij of hij het contact met de stressor minimaliseert en daardoor van zichzelf vervreemdt. Dit kan leiden tot herhaald ziekteverlof, het niet aankunnen van contact met patiënten of familie en geabsorbeerd worden door bv. administratieve taken die steeds liggen te wachten of computerprogramma's...

.de top 10 van stressoren staat communicatiestoornissen boven aan!

Uit recent onderzoek naar stafstress in hospice care blijkt dat er minder stress en burnout is in palliatieve zorg dan in andere sectoren. Volgens de onderzoekers is dit het resultaat van:

.de (h)erkenning dat stress inherent is aan dit werk

.het inbouwen vanaf het begin van supportmechanismen in palliatieve programma's.

Als mogelijke stressremedies wordt verwezen naar personeelsmanagement en stressmanagement. Met **personeelsmanagement** ligt dan het accent op een adequate selectie en recrutering, personeelsbinding, flexibele arbeidstijd, evaluatie- en functioneringsgesprekken, vorming en opleiding. Uit onderzoek blijkt dat slechts 1 % van de verpleegkundigen en verzorgenden bijscholing krijgen op het vlak van stress/burnout terwijl 89% dit nodig vindt.

Stresshantering, stressmanagement

Stressmanagement staat voor de wetenschappelijke, bedrijfsmatige benadering van stress. Het is in de eerste plaats bedoeld om de werknemers weerbaarder te maken, bestendig tegen de stressoren op het bedrijf of in de instelling. Het accent wordt gelegd op het individu dat te weinig draagkracht beschikt (schuld). Het doel is natuurlijk de kosten te beperken als gevolg van absentieïsme en dalende prestaties. Een verdienste van dit model is zeker dat er aandacht is voor en erkenning van het fenomeen stress. Stressmanagement individualiseert sterk de problemen, eigenlijk moet dit altijd een gedeelde verantwoordelijkheid zijn, zowel van de werknemer als van de organisatie. Vanuit een moderne stressmanagementvisie ontstaat welzijn op het werk door een juiste of adequate interactie tussen het individu en zijn omgeving, m.a.w. de juiste man op de juiste plaats. Stress is dan het gevolg van een niet adequate interactie, als persoon en werk niet goed op elkaar zijn afgestemd. Het is dan belangrijk voor het management de individuele verschillen tussen de werknemers goed te kennen en die te gebruiken.

Ook in onze gezondheidszorg wordt het fenomeen stress bestudeerd en het is bekend dat stress de oorzaak is van heel wat ziekteverzuim en absentieïsme... Meestal wordt de nadruk gelegd op het individu dat met stress moet leren omgaan, zich moet leren aanpassen, voldoende tijd moet nemen om te ontspannen. Je hebt voor de job gekozen, kom dan achteraf niet klagen. Er is geen tijd voor om zich ook nog met onszelf als verzorger of als management met de verzorgers bezig te houden en het kost teveel.

Dit is echter een enge visie, die buiten beschouwing laat wat de effecten van stress, overbelasting en burnout aan de maatschappij kost, niet alleen op financieel maar ook op menselijk vlak en dit is binnen een zorgethiek onverantwoord.

Bovendien behandelt de zorgverlener zichzelf ook nog als iemand die geen recht heeft op zorg en aandacht. Dat is nu de kern van de zorg voor de zorgende of de integrale zorgcultuur of zorgfilosofie.

Zorg voor de zorgende is als term te verkiezen boven stressbeheer, omdat het de focus verplaatst van het individu naar de cultuur. Het gaat om collectief welzijn, waar we nu eerder moeten spreken over collectieve ontkenning. Individuele stressinterventie ondersteunt de persoonlijke coping, maar reproduceert de bestaande arbeidspatronen die stress definiëren en ertoe bijdragen.

Stressbeheer verwijst naar:

- .nadruk op individu
- .dysfunctioneren, falen
- .rationeel, wetenschappelijk
- .distantiëmodel
- .bedrijfscultuur
- .copen, overleven, beschermen

Zorg voor zorgende:

- .nadruk op cultuur
- .positief waarderen (ont-schuldigen)
- .emotioneel-communicatief
- .betrokkenheidsmodel
- .zorgcultuur
- .persoonlijke en professionele groei
(zelfactualisatie, meer zelfbewustzijn)

Zorg voor de zorgende is meer dan af en toe iemand ondersteunen, is meer dan crisismangement. Het is de ontwikkeling van een gezonde en zorgende werkomgeving en een integrale zorgcultuur waarbij 'zorg' een houding is van de gehele organisatie (maatschappij).

1. Zorg voor de zorgende gaat ervan uit dat elke mens die zorg geeft ook zorg nodig heeft en in staat moet zijn om zorg te ontvangen. Ook zorgverleners hebben menselijke behoeften die erkend dienen te worden. Dit is een gezond mechanisme en geen falen.

Elk individu moet derhalve leren en de kans krijgen om voor zichzelf te zorgen, zo nodig zorg te vragen en voor zorg (van collega's, management) open te staan.

d.w.z. dat zorgverleners de kans krijgen om stressvolle situaties te leren herkennen, bewust te zijn van hun eigen reacties op stress, hun eigen krachtbronnen en beperkingen en grenzen leren kennen dat zorgverleners leren met stress omgaan en copingstrategieën ontwikkelen en leren hanteren

2. De zorgverlener wordt benaderd vanuit een integrale visie met nadruk op de erkenning van emotionele arbeid waarbij de nood aan emotionele ondersteuning een voorwaarde is

3. De organisatie stelt een verscheidenheid aan leer- en ondersteuningsinstrumenten ter beschikking aan teams en individuele zorgverleners (bv. intervisie of betrekken in de besluitvorming , functioneringsgesprekken, supervisie, debriefing)...en toegankelijk maakt (wanneer, waar, wie, welke) Vorming en training dient ook gericht te zijn op persoonlijke ontwikkeling.

4. De organisatie ontwikkelt een visie die vertrekt van waardering en erkenning van het individu (positieve feedback leren hanteren): erkennen wat goed gedaan is, aanmoedigen, danken, zien, opmerken...

5. De organisatie stelt goede communicatie voorop en het betrekken van het personeel in de besluitvorming op elk niveau.

6. Een zorgende samenleving promoten en behartigen

Hoe bouwen we samen aan een zorg voor de zorgencultuur?

.Een visie ontwikkelen die gesteund is op het principe dat stress inherent is aan het zorgverlenen en derhalve ondersteuning inherent moet zijn aan elk zorgprogramma.

Deze visie zou in een charter of handvest van de zorgverlener kunnen worden verwoord en elke zorgorganisatie zou kunnen uitgenodigd worden om dit charter te ondertekenen, wat meteen een engagement inhoudt om er concreet werk van te maken.

Ik nodig geïnteresseerden uit om aan deze werkgroep deel te nemen. U kunt vandaag aan de stand van de Federatie hiervoor uw naam opgeven.

We dienen uit te gaan van een erkenning van het fenomeen stress binnen ons beroep met enerzijds een positieve kant (stress als energiebron, als creatieve impuls) en anderzijds als schadelijk voor het individu, het team, de organisatie, de maatschappij.

We moeten de bronnen en oorzaken van stress binnen palliatieve zorg identificeren, op de 3 vlakken: de individueel bepaalde stressoren , de stressoren die te maken hebben met de directe werkomgeving (functie, teamrelaties..) en de bredere organisatie, cultuur waarin we werken.

Eens her en erkend kunnen we tot actie overgaan en een aantal stressoren elimineren via bvb. een betere planning of communicatie, van andere stressoren kunnen we de impact reduceren en de rest dienen we als onvermijdelijk bij de job te beschouwen en direct de nodige support in te bouwen.

Dit zou het werk kunnen zijn van een representatieve werkgroep met sleutelfiguren.

Welke instrumenten ter ondersteuning zijn er?

Steun bestaat er o.m. in individuele stresssignalen te her- en erkennen en deze niet als falen te bestempelen.

Steun moet uitgaan naar het team via training en opleiding, teambuilding, intervisie, coaching, iemand aanduiden die voor het team zorgt, conflicthantering...

Organisatorisch kan gesteund worden via goede selectie (juiste man op juiste plaats), het helder maken van de rollen, goede communicatiesystemen, het betrekken van de staf in de besluitvorming, de evidentie van de zorgethiek onderschrijven (visie).

Een aantal mogelijke ondersteuningsinstrumenten en voorzieningen:

. het team: teamfilosofie, teamontwikkeling

Artsen en burnout: Uit onderzoek blijkt dat ondersteunende relaties met collega's reduceren stress. De ontwikkeling van artsteams kunnen de kans op burnout reduceren.

Mary Vachon: "De belangrijkste ..teamfilosofie= behoren tot een team dat weet wat het doet
teamleden die samen werken naar professionele en persoonlijke doelen = team-building
en elkaar weten te ondersteunen tegenover professionele en persoonlijke stressoren

Balfour Mount waarschuwt: als men mij enthousiast vertelt "we werken als een team" dan vraag ik
'toon mij je littekens. Als ze er geen hebben dan hebben ze niet als een team gewerkt. Teams komen
er niet vanzelf. Zij ontwikkelen traag en pijnlijk".

In een artikel in De Standaard "Ook huisartsen zijn niet van hout (De Standaard, 1996)"

Dr Coupez stelt dat bij de hulpverleners de huisartsen en psychiaters aan de top staan inzake zelfmoord. Een van de redenen is het wegvallen van hun piedestal, geconfronteerd worden met de emotionele klachten van patiënten. Je wordt directer met de patiënt als mens geconfronteerd, kwetsbaarder. Om niet opgebrand te raken moet een arts kunnen terugvallen op een opvang. Praten over ervaringen en emoties gebeurt nog veel te weinig onder artsen. Ik vraag me af of die LOKs of Lokale Kwaliteitsgroepen niet de plaats zijn om over het omgaan met emoties te praten.

. intervisiegroep als een leer- en ondersteuningsgroep met het doel te reflecteren over het eigen professionele handelen (voelen, denken)

.het delen van ervaringen en emoties

.kwaliteit van zorg verbeteren door meer inzicht in eigen functioneren

.inzicht krijgen in eigen interactiepatronen

.leren elkaar te ondersteunen

.individuele supervisie wordt (Johns 1993) beschouwd als een effectief instrument in de praktijk van verpleegkundigen door te reflecteren over hun praktijk en werkomgeving. Dit laat hen toe hun eigen gevoelens en zorgen te onderzoeken in een veilige omgeving (Ellis, 1997)

Palliatieve zorgverleners werken in moeilijke omstandigheden wegens tekort aan middelen, door structurele problemen bv; in de netwerken enz.. deze hebben in supervisie een niet-individualiserende aanpak nodig; maar eerder het team- of organisatieprobleem zal begrepen en gehanteerd moeten leren worden. Want als zorgverlening niet vanuit het teamverband wordt gesteund, gaat dat ten koste van de kwaliteit (Van Marissing, 1996)

Enkele citaten uit een supervisieverslag

Burnout en preventie

Burnout is alleszins een ontwrichting van iemands functioneren op alle niveaus. Supervisie kan hier preventief werken.

"op een gegeven moment is je kerkhof vol"

In supervisie worden existentiële thema's die persoonlijk raken besproken, verbinden van professioneel functioneren met persoonlijke thematiek..reflectie op eigen attitude, opvattingen en vooronderstellingen, taakopvatting, afbakening, beperkingen invloed van hun arbeidsomstandigheden (inzet en arbeidsperspektief).

.Het is niet omdat je erg betrokken bent met patiënten dat je dit werk moet blijven doen

.een herdenkingsmoment (ritueel)

.gelegenheid scheppen voor goede debriefing (op korte termijn), dagelijkse sessies bv. aan het begin of op het einde van de dienst voor het ventileren, delen van gevoelens

.reflectieve dagboeken

.opleiding met aandacht voor stress en stressmanagement; communicatie- en counsellingvaardigheden

.functioneringsgesprek

.We stappen af van de controle van emoties alsof dit professioneel zou zijn. Verpleegkundigen dienen hun emoties als normaal te beschouwen en te aanvaarden zoals ze dat zelf bij patiënten doen

.Hoe maakt je team plezier?

Cecily Saunders: "every carer needs a place where he can go and be bad"

Samengevat

ZORG = ORGANISATIE + FYSIEKE ARBEID + EMOTIONELE ARBEID

GOED VERZORGD PERSONEEL = GOED VERZORGEND PERSONEEL

VERZORGD PERSONEEL = EEN ZORGCULTUUR = ZORGKLIMAAT +ZORGETHIEK

HOGE KWALITEIT PERSONEELSZORG = HOGE KWALITEIT PATIENTENZORG

De hulpverlener lijdt.

Zijn lijden is reëel, maar verborgen en onzichtbaar.

Het lijden van de hulpverlener is verborgen en onzichtbaar, waardoor het verergert.

Het lijden van de hulpverlener verergert en verzwakt omdat de verantwoordelijken (de beleidsmakers, managers, economen en administratoren) het lijden van de hulpverlener niet zien (willen?) en horen. Nochtans sturen de hulpverleners signalen dat er een grens wordt overschreden... stress- en burnoutsignalen.

Omdat de verantwoordelijken niets horen en zien, denken ze dat alles goed gaat, maar niets is minder waar. Er is bij onze hulpverleners teleurstelling en ontmoediging, demotivatie en demobilisatie, vermoeidheid, ontgoocheling en uitputting, dehumanisering en cynisme.

Waarom delen de hulpverleners hun lijden niet met elkaar en met hun hoofden? Omdat ze geen woorden hebben of –misschien erger nog – omdat ze het woord niet durven gebruiken, het zeggen is nl. gevaarlijk. En dus zwijgt de hulpverlener, het is een gespannen stilte, een stilte die kwetst. Het uitspreken, het delen van de eigen pijn maakt hem kwetsbaar en kwetsbaarheid in een cultuur van flink zijn, sterk en machtig is gevaarlijk. Het sterk en flink zijn in een emotionele context maakt op de

duur iemand stuk. Het woord is een belangrijk instrument om te onderhandelen over onze grenzen. Daar is veiligheid voor nodig en niet een hiërarchisch systeem dat alles uitput, uitblust, uitdooft en dan weggooit. Die veiligheid kan slechts ontstaan in een ruimte waar het mogelijk is gelijkwaardig te communiceren, waar het openhartig woord kan worden gezegd en het gevoel kan worden gedeeld.

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen wil mee bouwen aan deze zorgcultuur:

- . een centrale plek creëren voor know-how, feel-how en learn-how voor de zorgverleners
- . sensibilisering : artikels en voordrachten rond het thema /jaarthema '97
- . opleiding en vorming waarin persoonlijke ontwikkeling centraal staat vanuit een integrale visie
- . in opleiding wordt erkenning gegeven aan emotionele arbeid en leert men omgaan met emotionele pijn van zichzelf en anderen
- . intervisiegroepen voor verpleegkundigen
- . werkgroepen voor overleg en uitwisseling (inspraak)
- . individuele supervisiegesprekken en counselling
- . workshop 'zorg voor de zorgenden'
- . week 'thuis komen bij jezelf'
- . promoten van het betrokkenheidsmodel
- . lidmaatschap van de Britse Vereniging voor Staff Support
- . een ruimte creëren waar het veilig is voor de zorgverlener om te spreken, om te delen
- . een handvest of charter van de zorgverlener

Enkel vragen om mee te eindigen en mee te nemen:

- .Luister je naar de signalen van je lichaam?
- .Is het in jouw organisatie OK om iets voor jezelf te vragen?
- .Is het OK te wenen, gevoelens van onmacht uit te drukken?
- .Is het OK te luisteren naar een teamlid in de problemen?
- .Vind je dit OK voor jezelf?
- .Voel je je ondersteund door je team? Je hoofd? Je Management?
- .Wat bestaat hier aan support (wie, waar, wanneer?)
- .Hoe verloopt de interne communicatie?
- .Is er plezier in het team?
- .Ken je jouw stressoren?
- .Hoe laat je voor jou zorgen en hoe verhinder je dat?
- .Ben je afhankelijk van de waardering van je patiënten om gelukkig te zijn?
- .Zorg je goed voor jezelf?

“Patiëntenzorg zal echt patiëntgericht zijn als verpleegkundigen beter zorgen voor zichzelf en hun eigen pijn en behoeften erkennen in een geschikte en steunende omgeving” (Ellis, 1997)