

Erwin Baars
revalidatiearts, De Vogellanden
centrum voor revalidatie in Zwolle

Marianne Berman
arts, supervisor/coach

INTERVISIE EN COACHING TER ONDERSTEUNING VAN HET ALS-REVALIDATIETEAM

Ook zorgverlener heeft zorg nodig

De zorg voor ALS-patiënten valt revalidatiemedewerkers erg zwaar. Op bijeenkomsten met intervisie en coaching leren ze elkaar steun te bieden, hun ervaringen te verdiepen en met elkaar uit te wisselen.

Zorgverleners hebben zelf ook zorg nodig, want ze gaan gebukt onder de stress van hun werk. Zo vertelde de gewezen longarts Mariska Koster onlangs openhartig over de impact van het behandelen van patiënten met longkanker en besteden specialistenopleidingen meer aandacht aan de zwaarte van het artsenvak.¹⁻⁴ Deze voorbeelden laten zien dat patiëntenzorg belastend is voor artsen en een burn-out op de loer ligt. De literatuur vermeldt dat zorgprofessionals een verhoogd burn-out-risico hebben door de hoge werkstress en de emotionele belasting die patiëntenzorg met zich meebrengt.² Dit geldt nog sterker voor de zorg voor terminale patiënten vanwege het moeten omgaan met thema's als abstineren en euthanasie in combinatie met het gevoel van machteloosheid binnen de palliatieve zorg. Beschermende factoren tegen het ontwikkelen van een burn-out zijn onder andere goede sociale steun, scholing en verdieping van de relaties binnen het zorgteam.⁵⁻⁷

Zorgbelasting

Ook binnen de revalidatiezorg is er sprake van intensieve patiëntenzorg. Een voorbeeld is de behandeling van patiënten met amyotrofe laterale sclerose (ALS).

Hierbij drukt de zorgbelasting niet alleen op de revalidatiearts maar op het hele revalidatiebehandelteam.

ALS is een progressieve spierziekte die kan beginnen met uitval van arm- en beenspieren of van slik- en spraakspieren. De ziekte verloopt doorgaans zeer invaliderend en heeft een terminale afloop. Regelmatig ontstaan problemen met de voeding en longfunctie. Tevens ontwikkelt een aanzienlijk deel van de patiënten aan ALS gerelateerde cognitieve klachten.⁸ De incidentie is 1,5-2 per 100.000 personen; het overgrote deel ontstaat spontaan en circa 5-10 procent is familiair. De aandoening komt het meeste voor in de leeftijd 40-60 jaar.⁹ Nadat een neuroloog de diagnose heeft gesteld, wordt de patiënt vrijwel altijd verwezen naar een revalidatiecentrum met expertise op het gebied van ALS. Het

Zorgprofessionals hebben een verhoogd risico op burn-out

behandelteam bestaat uit een revalidatiearts, een ergotherapeut, een fysiotherapeut, een logopedist, een diëtist, een maatschappelijk werker en een psycholoog. Na het eerste poliklinisch bezoek bij de revalidatiearts krijgt de patiënt een revalidatiebehandelprogramma voorgescreven gericht op het behandelen en ondervangen van beperkingen, zowel op fysiek als psychosociaal vlak met specifieke aandacht voor het versterken van het mantelzorgsysteem van de patiënt. Daarnaast wordt de patiënt al in een vroeg stadium voorbereid op de voortschrijdende invaliditeit en de terminale afloop van de ziekte. De revalidatiearts bespreekt zaken als voedingsondersteuning met een PEG-sonde als zich progressieve slikklachten voordoen en de mogelijkheid van ondersteunende beademing indien longfunctiestoornissen ontstaan. Als de patiënt is overleden gaan doorgaans een of meer zorgverleners naar de begrafenis. Daarna wordt het individuele behandelproces geëvalueerd en worden de nabestaanden uitgenodigd voor een nagesprek.

Een jonge vrouw

Mevrouw A is 30 jaar, moeder van drie jonge kinderen, en komt samen met haar echtgenoot op het poliklinisch spreekuur. Haar vader is aan ALS overleden en bij haar is de erfelijke vorm vastgesteld. Zij heeft last van geleidelijke uitval van haar beenspieren en kan moeilijk lopen. Zij gebruikt regelmatig de rolstoel. Ook slikken en praten gaan moeizamer en kosten



JOOST VAN DEN BROEK | HOLLANDSE HOOGTE

haar veel energie. Aanvankelijk doorloopt ze de therapie in het revalidatiecentrum, maar na enkele maanden wordt dit te inspannend en vinden de behandelingen thuis plaats. Voor de medische overdracht wordt een huisbezoek gepland van de revalidatiearts samen met de huisarts.¹⁰ Intussen heeft patiënte een elektrische rolstoel en ondersteunende communicatieapparatuur gekregen. De maanden daarna gaat zij snel achteruit. Door de slikproblemen gaat eten steeds moeilijker. Patiënte had eerder al aangegeven dat ze geen PEG-sonde wil. Omdat haar longfunctie achteruitgaat, is zij ingesteld op ondersteunende beademing. De thuiszorg is ingeschakeld voor de verzorging; ze is nu volledig hulpbehoeftig. Ze houdt lange tijd de regie over haar zorg en kan haar wensen goed kenbaar maken. De leden van het behandelteam die bij haar

thuis komen ervaren deze bezoeken als zeer zwaar vanwege haar toenemende invaliditeit. De meeste behandelteamleden zijn vrouwen van haar leeftijd met kleine kinderen, die haar maatschappelijke en gezinssituatie herkennen. De teamleden voelen zich machteloos en hebben moeite om de situatie van patiënte los te laten – het houdt hen ook buiten werktijd bezig. Er groeit een sterke behoefte om ervaringen te delen na het afleggen van de huisbezoeken.

Intervisie

Ruim vijf jaar geleden constateerde het team dat de behandeling van ALS-patiënten zeer belastend is voor de teamleden. Dit kwam onder andere door het snel invaliderende verloop van de ziekte en de terminale afloop. Daarnaast werden er regelmatig jonge ALS-patiënten aan-

gemeld voor behandeling (casus). Deze patiënten hebben vaak een gezinssituatie en een maatschappelijke situatie die zeer herkenbaar is voor de jonge behandelteamleden, waardoor ze het risico lopen zich (te) sterk te identificeren met de patiënt. Hierdoor is het voor hen moeilijk om de professionele afstand te bewaren. Ook gaven leden van het behandelteam regelmatig aan dat zij vermoeid waren na het afleggen van een huisbezoek en hun ervaringen daarna niet goed kwijt konden. Daarbij speelde dat velen van hen het gevoel hadden, als goede professional, zelf de opgedane ervaringen te moeten kunnen verwerken. Dit resulteerde soms in emotionele reacties, waaronder huilbuien, en het moeilijk kunnen loslaten van het werk na werktijd. Om het behandelteam te ondersteunen en gezamenlijk ervaringen te laten

CIJFERTJESDAG

'Hoe was je dag?' Het is een onvermijdelijke vraag. Meestal antwoord ik met 'top', 'druk', 'leuk' of 'shit'. Vervolgens vraag ik hetzelfde aan hem, krijg een vergelijkbare one-liner, en niet onbelangrijk, mijn wijntje. Een dergelijk kort en duidelijk antwoord volstaat meestal prima. Hij kan blijven denken dat ik dagelijks levens red en ik krijg mijn glaasje. Win-winsituatie. Maar vandaag voel ik de noodzaak eerlijk te zijn. 'Ik heb 1878 keer met mijn muis geklikt en, o ja, ik heb ook mijn patiënten nog even gezien. Hoe was jouw dag?' Hij kijkt een beetje teleurgesteld. 'top' of zelfs 'shit', zou in betere aarde zijn gevallen. Maar het is de waarheid. Ik ben langer bezig geweest met klikken dan dat ik naast het bed van de nieuw opgenomen patiënte heb gestaan. Begin 30, acute leukemie en 40 procent kans op genezing, dat is dan dus 119 keer klikken, als je tenminste een efficiënte klikker bent. Je zou zeggen dat dat beter moet kunnen. Vergeleken met het bedrijfsleven investeren ziekenhuizen maar minimaal in ICT. Het aanvragen van iets simpels als een hemoglobine voor het ochtend-rondje kost mij daarom zestien klikjes. Aios-klikjes zijn wellicht niet zo duur, maar ook de prof moet zestien keer klikken... Mijn vriend probeert de avond nog te redden 'Maar je hebt wel levens gered met dat klikken, toch?' Ik reken het uit, het is toch cijfertjesdag, hoeveel levens heb ik vandaag gered? 40 procent overlevingskans over een behandeltraject van een jaar? Ik kom ver achter de komma uit, dus ik antwoord dat ik vooralsnog geen levens heb gered. 'Al klikkende, alleen maar zieker gemaakt'. Ik krijg toch mijn wijntje. Het glas zat nog nooit zo vol.

Eva Vogel
aios interne geneeskunde

uitwisselen zijn intervisiebijeenkomsten georganiseerd. Hiervoor is een externe coach aangetrokken met ervaring in het begeleiden van zorgprofessionals en het geven van intervisie. Samen met de revalidatiearts van het behandelteam is een plan gemaakt om vier intervisiebijeenkomsten per jaar te organiseren, waarvoor het gehele behandelteam is uitgenodigd. De bijeenkomsten bestaan uit een deel algemene ontspanning en loslaten van de patiëntenzorg van alle dag, waardoor de teamleden ruimte krijgen om zicht te focussen op het thema van de bijeenkomst. Voordat de coach het thema van de bijeenkomst introduceert, kunnen 'hoog zittende zaken' kort worden benoemd in een zogenaamd spui rondje. Er wordt ook teruggeblikt op de voorgaande bijeenkomst en de coach vraagt na of er zorgverleners zijn die de toen opgedane kennis en geleerde vaardigheden hebben toegepast.

Terminale zorgverlening

Voorafgaand aan de bijeenkomst kiest het team een thema, zodat de coach zich hierop kan voorbereiden. De bijeenkomst duurt 2 uur gevolgd door een gezamenlijke lunch.

In de loop der jaren zijn thema's besproken als: omgaan met jonge ALS-patiënten, terminale zorgverlening, religie en geloofsovertuiging binnen de behandeling, het ondersteunen van de partner en het gezin, waaronder het omgaan met conflicten en het behandelen van patiënten met een andere culturele achtergrond en daardoor optredende communicatieproblemen.

Het behandelteam beoordeelt de intervisiebijeenkomsten als zeer positief en vindt ze geschikt om (emotionele) ervaringen uit te wisselen. Hierdoor ervaren de groepsleden steun bij elkaar en horen zij hoe collega's met vergelijkbare problematiek omgaan. Vooral vraagstukken rond de laatste levensfase van de patiënt en euthanasie zijn belangrijke onderwerpen. De emoties die voortkomen uit het verlenen van zorg krijgen de ruimte en worden gedeeld. Alle deelnemers worden zich hierdoor bewust dat ook zij emotio-

De intervisie zorgt voor een grotere draagkracht

neel geraakt zijn door gebeurtenissen in de zorg voor ALS-patiënten. De gedeelde emoties creëren een verdieping in het functioneren als professional waardoor de zorgverleners ook beter hun individuele grenzen kunnen aangeven in relatie tot de emotionele zorgbelasting. Door de bijeenkomsten is het team hechter, waarbij collega's elkaar opvangen en steunen.

Sociale steun

Patiëntenzorg kan belastend zijn voor de professional, met een verhoogd risico op het ontwikkelen van burn-outklachten. Sociale steun, scholing en relatieverdieping binnen het zorgteam kunnen hiertegen beschermen. Deze beschermende factoren hebben een vaste plaats in de intervisiebijeenkomsten van het ALS-behandelteam. De intervisie zorgt voor een grotere draagkracht van het team en verduidelijkt de grenzen van de zorgbelastbaarheid, waardoor de zorgverlener beter is toegerust voor de zware zorgtaak voor patiënten met ALS. Vanwege onze goede ervaringen pleiten wij ervoor om intervisie voor zorgprofessionals, zowel in de revalidatiezorg als daarbuiten, breder in te zetten. ■

contact
e.c.t.baars@vogellanden.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.