

BURN-OUT

Op de overbezette spoedeisendehulpafdeling van je ziekenhuis ligt een vrouw verlaten op een brancard in de gang. Ze had je oma kunnen zijn. Er zijn geen bedden over. Ze heeft wanhopig geprobeerd aandacht te trekken, maar ligt nu stilletjes in bevuild beddengoed. Er was niemand die haar even naar het toilet bracht.

Het staat dan wel nergens opgeschreven, maar de regels voor zorgverleners zijn duidelijk: maak geen ophef, doe je werk zo snel mogelijk, zorg dat de papierwinkel klaar is en ga door naar de volgende patiënt.

Gisteren nam je de tijd om echt naar een patiënt te luisteren, zijn hand vast te houden en hem jouw troost en begrip te bieden. Die fout maak je vandaag niet meer nadat je teamgenoten je hebben berispt omdat je kostbare tijd verspilde.

De regels zijn duidelijk: maak geen ophef, doe je werk zo snel mogelijk, zorg dat de papierwinkel klaar is en ga door naar de volgende patiënt.

Na veel jaren van harde studie om de hoogste kwalificaties te behalen – terwijl je relatie of gezinsleven er waarschijnlijk onder moest lijden – ben je trots op je technische bekwaamheid. Maar nu is het plezier en de voldoening deze in te zetten, vervaagd. Het werk zelf is een routine geworden, dag na dag.

En sinds wanneer zijn patiënten zo ondankbaar? Ze letten niet op hun gezondheid en verwachten dan dat jij hen weer oplapt. En daarna dienen ze ook nog een klacht in als het resultaat hen tegenvalt.

Aan het einde van je dienst ga je uitgeput en moedeloos naar huis. Vandaag ben je tegen iemand uitgevallen. Je weet niet hoe lang je dit nog kunt volhouden. Er moet toch meer zijn in je werk dan alleen geld verdienen?

Dit is een verhaal dat steeds meer zorgverleners herkennen.

De gezondheidszorg verkeert in groot gevaar. Het meedogenloze voortschreden van de technologische geneeskunde, de gerichtheid op ziekte in plaats van welbevinden, de snel stijgende kosten en de corrumpering van de gezondheidszorg door winstbejag en hebzucht...ze brengen ons in rap tempo tot een kritisch punt. In deze heksenketel raken we de menselijke aspecten van zorg, compassie en heling kwijt.

Vermoeidheid, depressie, stress en burn-out nemen internationaal epidemische proporties aan onder zorgverleners. En naarmate zij meer stress ondervinden, zorgen intimidatie en verbaal geweld voor nog meer schade aan werkrelaties en patiëntenzorg.

De term 'storend gedrag' is de laatste jaren opgedoken in medische tijdschriften¹. Het is een mooi woord voor kleuterachtige driftbuien van zorgverleners, die zich kenmerken door schreeuwen, met dingen gooien en met deuren slaan. Minder uitgesproken maar net zo schadelijk zijn wapens als sarcasme en spot.

TELEURGESTELDE VERWACHTINGEN

Jill Maben is onderzoeker in London en is zeer bezorgd over de staat waarin het verpleegkundige vak verkeert. Haar zorgen werden bevestigd in een longitudinaal onderzoek dat aantoonde hoezeer de idealen en waarden van studenten verpleegkunde botsen met de harde realiteit van werken in de British National Health Service (NHS)².

Net opgeleide verpleegkundigen werden blootgesteld aan een set verborgen regels die zij moesten volgen, maar deze regels waren totaal tegengesteld aan hun idealen en waarden. Vier verborgen regels werden geïdentificeerd...vooral gevonden in werkomgevingen die gecategoriseerd werden als veeleisend en slecht.

Regel 1: Gehaaste lichamelijke zorg is de norm (met nadelige gevolgen voor de psychosociale zorg).

Regel 2: Je niet drukken (je wilt in elk geval gezien worden als iemand die een eerlijk deel van de lichamelijke zorg en het ‘vuile’ werk doet).

Regel 3: Niet betrokken raken bij patiënten (houd te allen tijde emotionele afstand).

Regel 4: Pas je aan en heb geen kritiek (probeer niet de werkwijze te veranderen).

Maben zag dat de meeste verpleegkundigen binnen twee jaar na hun afstuderen water bij de wijn hadden gedaan of teleurgestelde idealisten waren geworden. Ze waren professioneel gefrustreerd en vertoonden een hoge mate van burn-out resulterend in teleurstelling, verandering van werkgever en soms het beroep verlaten.

Artsen doen het niet beter. Het onderzoek van de Physicians' Foundation uit 2008 onder 12.000 artsen in de VS, gaf een grimmig beeld dat grote implicaties kan hebben voor de gezondheidszorg in de VS ³.

Het onderzoek vond:

- 78% van de artsen vindt geneeskunde ofwel “niet meer de moeite waard” of “minder de moeite waard”.
- 63% van de artsen zei dat ze niet altijd voldoende tijd hadden om al hun patiënten op een goede manier te behandelen.
- 60% van de artsen zou geneeskunde niet adviseren als carrièrepad.
- 49% van de artsen – meer dan 150.000 artsen in de hele VS – zei dat ze van plan waren de komende drie jaar minder patiënten te zien of helemaal te stoppen.
- 42% van de artsen beoordeelde de professionele moraal van hun collega's als “slecht” of “heel slecht”.
- Slechts 6% van de artsen beschreef de professionele moraal van hun collega's als “positief”.

De chronische stress en desillusie eisen hun tol in werkrelaties. In een onderzoek bij 50 ziekenhuizen van de Veterans Health Administration (VHA) in de VS, rapporteerde 86% van de verpleegkundigen en 49% van de artsen driftbuien van de senior-specialisten. Die waren niet alleen schadelijk voor de werkverhoudingen, maar uiteindelijk ook voor de patiëntenzorg ⁴. De meeste respondenten van de VHA geloofden dat de communicatiestoring leidde tot medische fouten die gevolgen hadden voor de patiëntveiligheid en soms zelfs voor de sterfte.

Onze gezondheidszorgsystemen veroorzaken zelf vaak zo veel pijn en lijden. Elke dag veroorzaken onze houding en handelingen het tegengestelde van het harde werk dat we in de zorg voor patiënten stoppen. Hartverscheurende verhalen over dat lijden komen vaak ook van zorgverleners die zelf patiënt worden en zich bang en kwetsbaar voelen ⁵.

WANNEER ZORGVERLENERS PATIËNT WORDEN

George Sweet, een gepensioneerde psychotherapeut en auteur uit Nieuw-Zeeland, ontwikkelde myelitis transversa, een acute ontsteking van de zenuwen in het ruggenmerg. Sweet beschreef zijn persoonlijke ervaring met de afdelingsvisite in het ziekenhuis ⁶:

“Toen ik net in het ziekenhuis lag, veroorzaakte ik ongewild een schok door eerlijk te zijn. Ik was ineens de controle over mijn benen kwijtgeraakt. Toen ‘de afdelingsvisite’ mijn bed aandeed, werd me gevraagd ‘Hoe voelt u zich vandaag?’ Ik antwoordde geheel naar waarheid: ‘Erg bang en erg verdrietig.’ Op de één of andere manier leek mijn antwoord ongepast. Het team kon er cognitief niet bij en herstelde zich door te vragen naar de symptomen: ‘Zijn de voeten beter?’ Ik voelde me afgedaan, niet gehoord en zonder overdrijven: verlaten.

“Ik lag meerdere maanden in het ziekenhuis, maar het kostte me negen weken om grip te krijgen op de vage onrust en ontevredenheid die deze visites in mij opwekten. Ik ervaarde ze steeds als onpersoonlijk. Dit werd verergerd door artsen die niet met mij, maar met elkaar spraken over mijn antwoorden. Uit angst en ongemak gaf ik vaak een snel, gedeeltelijk of zelfs nutteloos antwoord op de vragen. Ik had niet het gevoel dat ik, George, er in de geringste mate toe deed voor de artsen. De pathologie was erg belangrijk. Ik was ontdaan door hoeveel mensen er weinig behoefte aan

hadden om George te leren kennen of om hem uit te nodigen deel te nemen aan zijn eigen behandeling.

“De visites begonnen gewoonlijk met een kort: ‘Hoe gaat het met u deze ochtend?’ Ik leerde al snel dat het juiste antwoord ‘OK’ of ‘Goed’ was. Zij leken er vooral op gericht te zijn zich ervan te verzekeren dat de patiënt OK was (wat betekende dat de visite verder kon gaan) of, als de patiënt een probleem had, om de medicatie aan te passen (en dan kon de visite verder gaan). Toen ik andere patiënten hiernaar vroeg, concludeerde ik dat ‘OK’ en ‘Goed’ ook hun voorkeursantwoorden waren bij deze afdelingsvisites.”

Vanuit mijn perspectief als ziekenhuisspecialist geeft dit korte verhaal heel nauwkeurig weer wat ik zelf heb gezien tijdens de afdelingsvisites in elk ziekenhuis waar ik heb gewerkt. Deze onpersoonlijke vorm van zorg is geen uitzondering, het is de regel.

De persoon in de patiënt is al snel weggesmolten als hij in de rol van patiënt zit. Onze stijl van geneeskunde richt zich op de ziekte en gestandaardiseerde behandeling van de pathologie, niet op de persoon met de ziekte. Bovendien zorgt de rolverdeling tussen arts en patiënt voor een enorme disbalans in macht. Het is veel gemakkelijker voor patiënten om ‘OK’ of ‘Goed’ te antwoorden op vragen dan om werkelijke zorgen uit te spreken of vragen te stellen.

We weten nu dat deze stijl van zorg, die door zo veel zorgverleners wordt ingezet, serieuze consequenties heeft, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de zorgverlener zelf.

WAAROM WE DE HELE MENS MOETEN BEHANDELEN

Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs voor de grote impact van emotionele en psychologische factoren op het welbevinden en de overleving van onze patiënten. Het verschil in sterfte tussen pessimisten en optimisten is bijvoorbeeld ongeveer net zo groot als het verschil tussen rokers en niet-rokers⁷.

Misschien ben jij een uitermate bekwaam chirurg en twijfel je aan de relevantie van al dat softe gedoe voor de uitkomsten van jouw werk? Denk dan nog eens na over het volgende. Er is overtuigend wetenschappelijk bewijs dat als jouw

patiënten stress ondervinden, hun wondgenezing langzamer verloopt en hun risico op wondinfectie en terugkeer van kanker hoger is ^{8,9}.

Het verschil in sterfte tussen pessimisten en optimisten is ongeveer net zo groot als het verschil tussen rokers en niet-rokers.

Mensen hebben een buitengewone, aangeboren geneeskracht. Elke dokter kent patiënten die de verwachtingen compleet trotseren en in goede gezondheid blijven leven terwijl ze eigenlijk dood zouden moeten gaan aan ongeneeslijke kanker.

Dus steeds wanneer we patiënten onpersoonlijk behandelen – als ‘de borsttumor op afdeling zes’ – laten we na gebruik te maken van een belangrijk helingsmechanisme dat op zijn minst even effectief is als veel medicijnen.

Deze afstandelijke, onpersoonlijke stijl van zorg is ook de kern van heel veel leed bij zorgverleners. Wanneer patiënten een gebrek aan zorgzaamheid ervaren, verliezen ze vaak het vertrouwen, zijn ontevreden, hebben het gevoel dat je niet luistert en hun eisen zullen escaleren. De vreugde van het ‘zorgen voor’ verliest zo zijn glans.

Zorgverleners zijn vaak zelf hun grootste criticaster. Terwijl arbeidsomstandigheden achteruitgaan en patiëntenzorg in het geding komt, lijden zorgverleners die op weg zijn naar een burn-out het meest onder een hoge mate van zelfkritiek en schaamte. Het is een nare, vicieuze cirkel die leidt tot depressie en fysieke gezondheidsproblemen.

Ongelukkige zorgverleners besmetten hun collega's. Een slecht humeur is besmettelijk. In werkomgevingen waar stress heerst, verliezen mensen hun geduld en hun generositeit. Mensen vallen uit naar elkaar. Een longitudinale studie naar absentisme door ziekte onder specialisten toonde aan dat een slecht functionerend team de beste voorspeller was, zelfs meer nog dan een te grote werkbelasting ¹⁰.

En wat gebeurt er als we door de behandelmogelijkheden heen raken? Misschien heeft de patiënt een chronische ziekte die we niet kunnen genezen. Of nog erger, ongeneeslijke kanker. Hoe voel jij je wanneer je de patiënt moet vertellen: *‘Het spijt me, we kunnen verder niets meer doen’*? Wat doet dat met jouw gevoel van vakbekwaamheid of eigenwaarde?

Professor Keiran Sweeney was een inspirerende en beroemde Londense huisarts. Hij overleed op kerstavond 2009 aan longkanker. In een aangrijpend artikel dat hij voor zijn dood publiceerde, beschreef hij het moment dat hij zijn rampzalige diagnose vernam ¹¹:

“De biopsie werd vakkundig uitgevoerd door een chirurgisch team waarvan de leden allemaal alarmerend teneergeslagen leken na de ingreep. Niemand kon iets met mijn toenemende angst, behalve wellicht het jongste teamlid, die, nu ik eraan terugdenk, waarschijnlijk niet het gevoel had dat hij de autoriteit of de leeftijd had om de diagnose met me te bespreken.

“De gespecialiseerde verpleegkundige kwam om mijn vrouw en mij te laten zien hoe je de catheter schoon kon maken die was aangebracht om de pleurodesis te bevorderen.

“Als er iets was dat ik wilde weten over het mesothelioom, zei hij met de beste bedoelingen, dan had hij veel informatie tot zijn beschikking.

“De fysieke schok van de opmerking die hij tussen neus en lippen door maakte kwam net voor de enorm emotionele impact ervan. Maar terwijl ik bleekjes glimlachte, ging ik mee voor een röntgenfoto, daartoe uitgenodigd door de dienstdoende verpleegkundige met de woorden: ‘Kun je deze jongeman even meenemen voor een borstfoto als je klaar bent?’ Mijn inschatting is dat deze verpleegkundige ongeveer 22 jaar oud was...

“Ternijl de foto werd gemaakt, vroeg mijn vrouw de oncologisch verpleegkundige waarom iedereen zo teneergeslagen was. Op dat moment wist iedereen dat ik een mesothelioom had, behalve ikzelf.

“Ik kwam erachter toen ik onder het genot van een glas sauvignon blanc thuis bij de lunch de samenvatting van het ontslagrapport las: maligne mesothelioom. ‘De patient kent de diagnose’, zei het verslag.

“De volgende 48 uur hebben we met onze vier prachtige kinderen gepraat. Zij zijn tussen de 15 en begin 20. Hun vreugdevolle levens bestaan momenteel uit school, part-time baantjes en universiteit. Ik kan niet in woorden beschrijven wat een vreselijke pijn mijn nieuws hen heeft aangedaan...

“We ombelzen elkaar. Zij huilen. Ik huil: voor hen, uit angst voor mezelf en vanwege de ondenkbare verschrikking dat zij zullen achterblijven in een wereld waar ik

geen deel meer van uitmaak. Net als mijn vrouw zijn ze dapper, onbaatzuchtig en vol compassie.”

Sweeney vervolgde met de beschrijving van de verwoestende emotionele impact van het omgaan met zorgverleners die niet in staat waren de ernst van zijn ziekte te erkennen of welke vorm van emotionele steun dan ook te bieden.

Ik geloof dat iedere arts en verpleegkundige die voor Sweeney heeft gezorgd een liefdevol mens was. En dat zij zeer zouden zijn geschrokken als ze hadden geweten wat de impact van hun woorden was op het moment dat ze zich niet in staat voelden troost of hoop te bieden.

Sweeney's verhaal biedt inzicht in hoe moeilijk zorgverleners het moeten hebben als de behandeling alleen op de ziekte of de fysieke symptomen van de patiënt gericht is. Wanneer ze het zelfvertrouwen, de vaardigheden en psychische weerbaarheid missen om een patiënt emotionele steun en begrip te bieden, blijven ze achter met een vreselijk gevoel van tekortschieten in professionele zingeving.

Maar als je naast een patiënt kunt gaan zitten en diens moed, veerkracht, hoop en vergeving kunt zien, in weerwil van een levensbedreigende ziekte, voel je jezelf nederig en bevoorrecht. Het is een gedeelde reis die een diepe betekenis geeft aan jouw werk.

WAT IS ER MET COMPASSIE GEBEURD?

Waarom ondervindt de inzet van compassievolle zorg zo veel weerstand in professionele en institutionele culturen? En op een persoonlijk niveau: wat weerhoudt zorgverleners ervan om hun hart mee te nemen in hun werk en een emotionele band op te bouwen met hun patiënten? Volgens onderzoek zijn de antwoorden hierop universeel:

- Het tempo van het werk en de vele concurrerende eisen
- Peer pressure
- De vermeende behoefte aan objectiviteit en helder oordeelsvermogen
- Het dehumaniserende effect van veel medische technologie
- Institutionele regels en beleid

Als zorgverleners zijn we diep ondergedompeld in een cultuur die onbewust onze overtuigingen en gedragingen vorm geeft. Deze invloeden staan dermate in de weg dat ik ze ‘de tirannieën van het systeem’ noem. De onbewuste normen, routines, gewoontes en overtuigingen die we opdoen tijdens opleiding en praktijk.

We praten zelden over psychische en emotionele kwetsbaarheid. Maar wie in de gezondheidszorg werkt, ziet vreselijke dingen: verschrikkelijke verwondingen en verminkingen (sommige het resultaat van de behandeling), door ziekte geteisterde lichamen, pijn en lijden en het overlijden van patiënten die ons doen denken aan onze geliefden.

We praten maar zelden over psychische en emotionele kwetsbaarheid.

We krijgen te horen dat de prijs van emotionele betrokkenheid te hoog is: we zouden dan onze eigen kwetsbaarheid, breekbaarheid en potentiële sterfelijkheid onder ogen moeten zien. Hoeveel zorgverleners voelen zich comfortabel genoeg om met een patiënt over sterven en dood te praten?

De eerste studie naar emotionele kwetsbaarheid van zorgverleners werd meer dan vijftig jaar geleden gepubliceerd. Dit klassieke artikel is geschreven door Isabel Menzies, *A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital*¹².

Menzies' verpleegkundigen waren voortdurend in contact met mensen die ziek of verwond waren, vaak ernstig. Het herstel van patiënten was niet zeker en zou niet altijd volledig zijn. Patiënten met ongeneeslijke aandoeningen verplegen was één van de meest aangrijpende taken van de verpleegkundigen. Verpleegkundigen werden geconfronteerd met de dreiging en de realiteit van lijden en dood. Hun werk bestond uit het uitvoeren van taken die volgens normale maatstaven stuitend, walgelijk en beangstigend waren.

Menzies rapporteerde dat het intieme fysieke contact dat de verpleegkundigen hadden met patiënten, heftige en dubbele gevoelens opwekte van medelijden, compassie, liefde, schuldgevoel, ongemak en angst. En zelfs van haat en rancune jegens de patiënten die deze heftige gevoelens opwekten of jaloezie over de zorg die een patiënt ontving.

Menzies documenteerde dat de overlevingsstrategieën van de verpleegkundigen hun stress verminderde door patiënten te depersonaliseren. Deze strategieën waren:

- Een zorgsysteem volgens ‘takenlijsten’, dat de verpleegkundigen vrijwaarde van de spanning beslissingen te moeten nemen.
- Over patiënten praten als ziekte in plaats van bij naam: de longontsteking in bed 15.
- Uniformen van verpleegkundigen werden een symbool van conformiteit in gedrag, waardoor de ene verpleegkundige uitwisselbaar werd met de andere. Geen ruimte voor de persoon ‘in’ de verpleegkundige.
- Afstandelijkheid en ontkenning van gevoel. Een ‘goede’ verpleegkundige vindt het niet erg van de ene naar de andere taak te gaan.

Recente rapporten illustreren dat studenten vandaag de dag even heftige ervaringen meemaken op hun eerste klinische schreden.

Geneeskundestudent aan Harvard, Neal Chatterjee schreef ^{13,14}:

“Er is niets in het ziekenhuis dat bijster natuurlijk is – gangen met het licht altijd aan, de kakofonie van pieperoproepen, de bijna constante piepjes en bliepjes, de muffe geur van ziekenhuisbeddengoed. Deze onnatuurlijkheid was erg opvallend toen ik als derdejaars student – versgeschoren, nerveus, alles in me opzuigend – arriveerde voor mijn eerste coschap chirurgie.

“Toen ik bij het team arriveerde, beschreef de opleider net een patiënt die hij recent had gezien: ‘Hij arriveerde met een beetje buikpijn...en hij ging weg met een CABG, een coecumresectie en twee thoraxdrains!’ Deze opmerking was blijkbaar grappig, zo maakte ik op uit het daarop volgende gelach. De opleider die de anekdote vertelde ging achterover hangen in zijn stoel, met de benen over elkaar en koffie in zijn hand, en leek ongewoon...op zijn gemak.

“Toen het jaar – aan Harvard Medical School bekend staand als ‘Belangrijkste Klinische Ervaring’ – voortschreed, leken de aankondigingen over de intercom slechts nog een laag gebrom, kwamen de piepjes en bliepjes van steeds verder weg en werd de muffe geur van het linnen al te vertrouwd.”

“Maar soms waren er momenten die even iets van mijn oude ongemakkelijkheid terug deden komen, een vaag gevoel dat wat ik net had meegemaakt meer betekenis

had dan ik op dat moment inzag. Deze momenten raakten vaak verloren tussen de onderzoeken van die ochtend, de volgende opname of de verschillende diagnoses voor pijn op de borst.”

“Aan het einde van het jaar werd ons gevraagd schriftelijk te reflecteren op ons eerste jaar in het ziekenhuis. Wat toen mijn computerscherm vulde had niets van doen met temperatuur, hartaanval of pijn op de borst.

“Ik begon te schrijven: Ik heb een baby zien sterven die 24 uur oud was. Ik zag datzelfde kind toen het 12 uur oud was en had het lef om de ouders te vertellen dat ze prachtig en gezond was. Blijkbaar heeft de vader toen hij haar zag – blaauw, slap, stil – ter plekke moeten overgeven.’ Ik zeg hier ‘blijkbaar’, want ik lag thuis te slapen onder mijn eigen dekens toen ze overleed.

“Ik heb veel te veel mensen naakt gezien. Ik heb 175 kilo dood vlees gezien: opgedroogd rood bloed in streken over ontbloot vetweefsel, gaas en nutteloze ECG-prints.

“Ik heb iemand voor de tweede keer gezien en zag hoe hij binnen tien minuten verdoofd, uitgespreid en gefileerd werd op een operatietafel.

“Ik heb een baby op de wereld geholpen, in mijn centje.

“Ik heb het been van een man afgezaagd en in een metalen emmer gegooit.

“Ik heb in één nacht drie patiënten zien sterven aan kanker.”

Het is een wonder dat er ook maar één zorgverlener het proces van de opleiding en eerste praktijkervaring overleeft zónder afstandelijk te worden. Toch zijn sommige zorgverleners net engelen, ze schitteren in hun werk en creëren oases van rust, zorg en compassie. Welke unieke emotionele en psychische kracht maakt dat zij de dehumaniserende invloeden kunnen weerstaan?

ONZE MENSELIJKHEID BEHOUDEN

Pioniers op het nieuwe en snelgroeiende terrein van de Positieve Psychologie zijn deze vragen over veerkracht, helpende eigenschappen en welbevinden aan het be-

studeren. Te lang hebben we de aandacht gericht op mentale problemen als angst en depressie, zeggen leiders als Martin Seligman^{14,15}. We moeten gaan begrijpen wat gezond, gelukkig en veerkrachtig zijn, inhoudt. Welke psychologische kwaliteiten stellen mensen in staat te floreren ondanks extreme tegenslagen?

Mensen hebben sterk de neiging te geloven dat verschillen in gedrag het resultaat zijn van aangeboren persoonlijkheidskernmerken. Het lijkt of sommige mensen van nature gelukkig, zorgeloos en veerkrachtig zijn. Maar deze karaktertrekken kunnen snel aangeleerd en ontwikkeld worden. Bovendien kunnen we leren onze omgeving om te vormen om zo een heel andere levenservaring te creëren, in plaats van voortdurend slachtoffer te zijn van de wereld om ons heen.

Toen ik vijftien jaar geleden begon aan deze lange studiereis, zou ik hard hebben gelachen over dat concept. Op dat moment was ik anesthesioloog en beoefende ik zeer gespecialiseerde geneeskunde in een groot opleidingsziekenhuis. De bron van mijn professionele identiteit en eigenwaarde was technische expertise. Hoewel ik om mijn patiënten gaf, wist ik weinig over compassievolle zorg.

Drie dingen veranderden mijn mening. Ten eerste het grote gewicht van het wetenschappelijk bewijs in relevante, aanpalende wetenschappen: de verbinding tussen psychische, emotionele en lichamelijke gezondheid, de neurowetenschap van interpersoonlijke verbindingen en hoe diep we elkaar beïnvloeden, en de snelgroeïende wetenschap van de Positieve Psychologie.

Ten tweede was er de geleidelijke transformatie van mijn eigen ervaringen toen ik de vaardigheden van compassievolle zorg begon te leren en in te zetten. Mijn klinische werk is nooit zo vreugdevol, bevredigend en bevoorrecht geweest. Taken die voorheen een echt karwei waren, doe ik nu met veel plezier.

De derde en laatste factor waren de vele verhalen die ik van andere zorgverleners hoorde over de omslag in hun leven. Mijn mailbox bevat nu een schat aan ontroerende verhalen die beginnen met woorden als *“Robin, je hebt mijn leven gered...”*.

Iedereen die evidence-based geneeskunde bestudeert, weet hoeveel tijd er ligt tussen de publicatie van klinische studies en de toepassing van die kennis in de dagelijkse praktijk. Bijvoorbeeld: fibrinolytische therapie (die de bloedprop oplost) die binnen een uur na een acute hartaanval wordt toegediend, kan de

sterftekans verminderen met 48%¹⁶. Hoewel er al in het midden van de jaren tachtig overtuigende wetenschappelijke bewijzen waren van de voordelen van deze behandeling, werd het pas vanaf de jaren negentig in de praktijk gebruikt. En tot in de eerste jaren van de 21ste eeuw ging het nog steeds aan de neus van veel patiënten voorbij.

Net zo gaat het met wetenschappelijk bewijs over compassievolle, holistische zorg en over de aard van de diepe interconnectie tussen mensen: de kennis en de praktijk lopen ver achter bij de wetenschappelijke bewijzen.

HET NIEUWE TERREIN VAN POSITIEVE PSYCHOLOGIE

De kennisexplosie over positieve psychologie uit het laatste decennium begint onze kijk op gezondheid en welbevinden revolutionair te veranderen. De status van professionele distantie – die zo lang hoog in de vaandel stond – moet nu worden heroverwogen in het licht van moderne neurowetenschappen en onze nieuwe kennis over perceptie, bewustzijn en realiteit.

De kennisexplosie over positieve psychologie uit het laatste decennium begint onze kijk op gezondheid en welbevinden revolutionair te veranderen.

Voor de eeuwwisseling richtten psychologie en psychiatrie zich bijna geheel op gebreken en defecten in de geestelijke gezondheid, zoals angststoornissen en depressie. Gezondheid werd gezien als de afwezigheid van ziekte in plaats van een positief floreren van fysiek, emotioneel, mentaal en spiritueel welbevinden.

De ‘bijbel’ voor beoefenaars van de geestelijke gezondheidszorg is een complexe classificatie van geestelijke ziektes de DSM-IV heet. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (inmiddels is editie 5 verschenen met nog meer lemma’s, red.) bevat duizenden lemma’s, maar eigenlijk ontbreekt de helft. Er is geen beschrijving of classificatie van geestelijke en emotionele kracht, positieve waarden of hulpbronnen voor weerbaarheid en welbevinden. Peterson en Seligman hebben dit in 2004 rechtgezet met *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*¹⁷.

Mijn boek put uit belangrijke nieuwe inzichten uit de wetenschap van de positieve psychologie. Prominente onderzoekers als Barbara Fredrickson, de auteur

van de bestseller **Positivity** leert ons hoe we kunnen floreren als zorgverleners en de allerbeste versie van onszelf kunnen worden ¹⁸.

Er is inmiddels ook een grote hoeveelheid bewijs over de verbinding tussen positieve psychologie en fysieke gezondheid. In één van de vele studies die wordt aangehaald door Seligman, hadden Nederlandse senioren met een hoge graad van optimisme in vergelijking met pessimisten minder dan een kwart van het risico om in de volgende tien jaar te overlijden ¹⁴.

Het wordt duidelijk dat onze gerichtheid op fysieke ziekte en biologische geneeskunde uit balans is. We moeten veel meer aandacht besteden aan het emotionele, psychische en spirituele welbevinden en aan het grote belang van helende relaties.

Deze gerichtheid op positiviteit, welbevinden, positieve eigenschappen en veerkracht – in plaats van ziekte – is vreemd voor zorgverleners. We zijn zo bedreven geraakt in probleemidentificatie, diagnose, behandeling en risicomanagement dat onze manier van denken er onbewust naar is gevormd. Positieve psychologie helpt ons onszelf te bevrijden van deze onbewuste invloeden en echte compassievolle zorgverleners te worden.

Fredrickson ontwikkelde een theorie van ‘verbreden en opbouwen’ die laat zien hoe positief denken en positieve emoties onze perceptie enorm verbreden, creativiteit vergroten en onze bijdrage aan de gemeenschap verbeteren ¹⁹.

Daartegenover staat pessimistisch denken, zich richten op problemen en risico’s, dat onze creativiteit inperkt en ons de routine in sleept en in een vicieuze cirkel van negatieve gedachten vasthoudt. Had je ooit een slechte dag waarop je jezelf erop betrapte dat je een mentale lijst maakte van alle dingen die al fout waren gegaan? Je maakt jezelf zo alleen maar klaar voor meer rampspoed!

Dit boek put ook uit de wijsheid van denkrichtingen uit het Oosten. Net zoals kritische denkstijlen ons reactierepertoire kunnen beperken, kunnen veel andere nutteloze Westerse aannames, concepten en modellen onze kijk op gezondheid en welbevinden vernauwen. In de Westerse wereld ligt bijvoorbeeld een enorme nadruk op eigenwaarde als bron van welbevinden. Recent onderzoek suggereert dat zelfcompassie een veel stabielere basis is voor geluk ²⁰.

Onze Westerse helden zijn vaak mannen en vrouwen die actie ondernemen, niet mensen met aandachtig bewustzijn en subtiele invloed. Compassie is de kern van de beoefening van Boeddhisme. Taoïsme biedt vele ideeën over leiderschap en invloed die tegen onze intuïtie in lijken te gaan, maar ons helpen anderen beter van dienst te zijn.

In een bijzondere samenkomst van oud en modern beginnen neurowetenschappers veel van de opvattingen van Boeddhisten te bevestigen, opvattingen die zijn gebaseerd op meer dan 2.000 jaar meditatie en naar binnen gericht zelfonderzoek naar hoe de menselijke geest werkt. De nieuwe vondsten van de neurowetenschap dagen sommige kernwaarden van het Westerse wetenschappelijk denkmodel uit, vooral de scheiding van emoties en gedachten.

DE GEVAREN VAN PROFESSIONELE AFSTAND

Het kan zijn dat ‘professionele distantie’ een Westerse illusie is – in ieder geval is het als concept zeer schadelijk voor de patiëntenzorg en de emotionele gezondheid van zorgprofessionals. In weerspraak met dit breed verspreide geloof toont onderzoek aan dat de meest empathische artsen, de artsen die de sterkste emotionele band opbouwen met hun patiënten, in werkelijkheid de minste kans op burn-out hebben ^{21,22}.

Een onderzoek laat zien dat trauma-artsen met ‘uitzonderlijke empathie’ zich juist versterkt in plaats van leegezogen voelden door hun intieme professionele verbinding met getraumatiseerde patiënten. Zij waren op die manier dus beschermd tegen compassiemoeheid en burn-out. Zij werden omschreven als zeer present, gevoelsmatig afgestemd, in het bezit van een duidelijk gevoel voor de eigen grenzen en oprechte, empathische betrokkenheid ²³.

Het lijkt er dus op dat professionele afstand als psychisch verdedigingsmechanisme gebrekkig is.

In mijn ervaring is het verlangen naar werken met compassie nooit erg diep begraven. De meeste zorgverleners beginnen aan hun carrière met grote idealen over compassievolle zorg met oog voor de hele patiënt. Hoewel onze gezondheidszorgsystemen vaak dergelijke zorg niet aanmoedigen of bevorderen, zijn

er eenvoudige stapjes die zorgverleners zelf kunnen zetten en die je snel tot een punt brengen waarin je meer tot je recht komt.

Wanneer we onze attitudes en overtuigingen veranderen, begint het systeem een wat meer plooibare vorm aan te nemen en vinden we goede manieren om de wereld om ons heen zelf vorm te geven. Zoals Ghandi zei, moet je zelf de verandering zijn die je om je heen wilt zien.

Degenen die de laatste inzichten in neurowetenschappen en positieve psychologie zijn gaan toepassen, laten zien dat ‘de tijd nemen’ ook werkelijk tijd oplevert – zelfs in de meest drukke en veeleisende werkomgevingen. Artsen die meer tijd vrijmaken voor zorg, merken dat ze zelfs van hun ‘moeilijke’ patiënten gaan houden. Ze worden werkelijk betere artsen en bereiken betere medische uitkomsten. En ze zijn gelukkigere mensen.

Sommigen zullen zeggen: *“Ja hoor! Jij snapt echt niet onder welke druk wij elke dag ons werk moeten doen!”* Je hebt gelijk. De gezondheidszorg is enorm stressvol geworden, patiënten eisen veel te veel en het tekort aan goed geschoolde zorgverleners maakt het er niet beter op.

***Artsen die meer tijd
nemen voor zorg,
leren zelfs
van ‘moeilijke’
patiënten houden.***

En toch zijn er mensen die elke dag blij naar het werk gaan. Ze raken maar zelden gestrest en ze vinden altijd tijd om de kleine dingen te doen die het grote verschil maken voor hun patiënten.

Hoe? Het blijkt dat de vele kleine dingen die we onbewust denken en doen als we gestrest zijn, in werkelijkheid tijdsverslindend zijn, conflicten creëren, de workload vergroten, ons ongelukkig maken, onze stress verergeren en onze patiënten veeleisender maken. We kunnen een nieuwe manier van ‘zijn’ aanleren.

FLOREREN

Door eenvoudige dingen anders te gaan doen, kan iedereen floreren, zelfs in de meest uitdagende werkomgeving.

Dr. Stephen Beeson, een huisarts uit Californië, is een van de gelukkigste artsen die ik ken. Zijn patiënten zijn ook dol op hem – zijn patiënttevredenheidsscores plaatsen hem in de top één procent van huisartsen in de VS. Beeson heeft een ongebruikelijke gewoonte. Hij geeft zijn persoonlijke mobiele nummer aan elke patiënt en zegt erbij “*Je mag me altijd bellen*”.

Volkomen gek! Wie doet dat nou? Heeft hij geen gezinsleven? Als ik mijn collega's vertel dat ze hun privénummer aan patiënten moeten geven, denken ze dat ik gek ben. Patiënten zouden hen nooit met rust laten.

Maar in werkelijkheid rinkelt de telefoon van Beeson bijna nooit. En als hij rinkelt, is het meestal iets heel belangrijks. Voor zijn patiënten is de wetenschap dat hij er voor ze is en hij hen echt belangrijk vindt al genoeg. Ze storen hem alleen als het echt nodig is.

Beeson is een buitengewone leider in artsenland. Veel tips om een gelukkige dokter te worden, staan in zijn boek *Practicing Excellence – A Physician's Manual to Exceptional Healthcare*²⁴.

De geheimen om te komen tot een gelukkig en bevredigend leven zijn vaak paradoxaal. Ze zijn verborgen omdat de resultaten vaak zo onverwachts zijn. Bijna iedereen zou verwachten dat je privénummer aan patiënten geven, zal leiden tot voortdurend gebel. Maar het tegengestelde gebeurt.

De meeste zorgverleners die ik ken, besteden elke dag een enorme hoeveelheid tijd en inspanning om het aantal contacten met patiënten te minimaliseren. Het is uitputtend om al die vraag te managen. Als je leert om je patiënten meer te vertrouwen, is het een enorme opluchting om al die inspanning op te kunnen geven.

Hoe meer barrières je opwerpt tussen arts en patiënt, hoe meer ze van je zullen vragen. Het is alsof je niet werkelijk met ze verbonden bent, dus patiënten zullen ontevreden blijven. Hoe meer je jouw eigen barrières en verdedigingswallen afbreekt, hoe minder patiënten misbruik van je zullen maken. En ze zullen ook veel eerder zichzelf helpen.

Bij Crestwood Medical Center in Huntsville, Alabama, had hoofdverpleegkundige Martha Walls ook een gek idee. “*Ik weet dat jullie erg druk zijn*”, zei ze tegen

haar medewerkers in 2007, *“maar bovenop al jullie taken ga ik jullie vragen om elk uur bij al je patiënten te gaan kijken. We gaan het de ‘uurronde’ noemen.”*

Walls wilde ook dat de verpleegkundige bij binnenkomst in de kamer van een patiënt een script zou volgen. Ze moesten de patiënt vragen of er behoefte was aan pijnstilling of een toiletgang, of ze comfortabeler zouden zijn in een andere ligpositie en of ze alles bij de hand hadden wat ze nodig hadden. Deze vragen van patiënten stonden namelijk hoog op de lijst van dingen waarvoor patiënten op hun belletje drukten.

In het begin omarmden de verpleegkundigen deze nieuwe werkwijze niet bepaald omdat ze dachten dat het hen zou storen bij hun andere taken. Ze waren immers al ongelooflijk druk. Nu zeggen ze dat ze nooit meer terug willen naar het oude systeem. Waarom? Dingen veranderden op verrassende manieren²⁵. De belletjes rinkelden niet meer en hun werk werd veel minder onderbroken dan daarvoor. Een audit toonde aan dat ze ruim anderhalve kilometer minder liepen per dienst en dat meer tijd besteed werd aan directe patiëntenzorg.

Nadat de uurvisites waren geïntroduceerd, verbeterde ook de patiëntenzorg. Valincidenten – een belangrijke oorzaak van verwonding bij patiënten – verminderden met 58% en doorligwonden met 39%. Patiënttevredenheidsscores verbeterden, net als de reputatie van het ziekenhuis. Het aantal patiënten dat Crestwood zeker zou aanraden bij hun familie of vrienden steeg van 73% naar 82% na de introductie van de uur rondes.

Het is een paradox: als je onvoldoende tijd hebt voor zorg, vertraag dan, houd op met je haasten en geef meer aandacht. Echte zorg kost helemaal geen tijd, het gebeurt op kleine magische momenten. Het blijkt dat als je bij de zorg voor een patiënt een beetje meer tijd investeert in het begin, dat één van de wonderbaarlijke manieren is om meer tijd te creëren.

Een subtiele verandering in de houding en het gedrag van een arts ontlokt een positievere reactie bij patiënten. Als mensen zijn we intuïtief zeer gevoelig voor de motieven en houdingen van anderen, veelal door non-verbale aanwijzingen.

Veel zorgverleners hebben me verhalen verteld over een levensveranderende ontmoeting met een patiënt die voor hen een punt markeerde waarna alles anders was. Vanaf dat moment bevonden ze zich op een pad van positieve ver-

andering dat steeds harder ging: toenemende vreugde en voldoening in hun werk, een groter geluksgevoel en een groeiende gevoel van positieve invloed op het systeem.

***Het is een paradox:
als je onvoldoende
tijd hebt voor zorg,
vertraag dan,
houd op met
haasten en geef
meer aandacht.***

Tevredenheid van patiënten en zorgverleners is nauw met elkaar verbonden. De positieve feedback van een patiënt die voelt dat de ander er voor hem is, versterkt in grote mate de beginnende veranderingen in de zorgverlener en geeft hem de moed om nog opener te zijn en meer risico's te nemen in de relatie ²⁶.

Wanneer de relatie tussen patiënt en zorgverlener op deze manier warmer wordt, is de beloning voor beiden er direct: er is een grotere vertrouwensband, een groter wederzijdse begrip en ook de tevredenheid over de ontmoeting wordt voor beide partijen groter.

Op die manier vinden zowel de zorgverlener als de patiënt zichzelf terug in een opwaartse spiraal van positiviteit, die ik me voorstel als een dubbele helix die steeds groter en opener wordt naarmate de relatie zich ontplooit.

Time to care
