

Docenteninstructie casuïstiek over Rouw

Met jaarlijks zo'n 152.000 mensen in Nederland die overlijden krijgen veel mensen, zowel patiënten, naasten als zorgverleners, te maken met rouw. Van de mensen die overlijden is dat bij zo'n 70% voorafgaand verwacht: het vindt plaats na een ziekteverloop, zoals kanker, hartfalen of dementie [PZNL 2019].

De vier casussen over Rouw zijn bedoeld voor alle professionele zorgverleners (i.o.) betrokken bij patiënten in de palliatieve fase en hun naasten. Centraal in de casuïstiek staat het signaleren van rouw en hoe je hierbij als zorgverlener op een goede manier kunt handelen. De herziene [richtlijn Rouw in de palliatieve fase](#) (oktober 2022, Pallialine) beoogt de kwaliteit van leven van patiënten en naasten en de kwaliteit van zorgverlening te verbeteren. Met de casuïstiek wordt een aantal nieuwe wijzigingen en belangrijke aandachtspunten uit de herziene richtlijn belicht. Het bespreken van de casuïstiek nodigt deelnemers uit te praten over rouw.

Doelgroep

Tot de doelgroep behoren alle zorgverleners (i.o.) die te maken hebben met rouw, rouwbegeleiding bij patiënten in de palliatieve fase en hun naasten (nabestaanden) waaronder geestelijk verzorgers, (medisch) maatschappelijk werkers, psychosociaal werkers, artsen, verpleegkundigen, psychologen, fysiotherapeuten, (ortho)pedagogen.

Leerdoelen

Het bespreken van de casus, stimuleert deelnemers

- te praten over rouw, rouwverwerking en het eigen handelen hierin te bespreken en met elkaar uit te wisselen
- te reflecteren op het eigen handelen
- betekenis te geven aan het begrip rouw en rouwverwerking binnen de eigen zorgsetting en functie.

Na afloop, kan de deelnemer

- signalen en vormen van rouw herkennen, benoemen, duiden en daarbij de best mogelijke zorg benoemen waarbij ook verwijzing naar (gespecialiseerde) zorgverleners behoort.
- betekenis van het begrip 'culturele diversiteit' ten aanzien van rouw toepassen op een casus.
- onderdelen uit de herziene richtlijn Rouw in de palliatieve fase toepassen op de eigen werksituatie.

Werkwijze casuïstiek bespreking

De casuïstiek leent zich uitstekend voor een groeps gesprek. Het leert de zorgverlener te praten over rouw. Iedere casus, vier in totaal, behandelt een probleem of dilemma, elk in een andere zorgsetting (ziekenhuis, verpleeghuis, begeleid wonen, hospice). Hierdoor kan een keuze worden gemaakt voor een casus die het meest past bij de eigen werksituatie of opleiding. De docent of voorzitter kan de casus aanpassen wanneer dit wenselijk is, bijvoorbeeld om deze beter te laten aansluiten bij de doelgroep.

De voorkeur is de casus te bespreken in een kleine groep vanwege de interactie en de uitwisseling met elkaar. De samenstelling van een groep kan zeer divers zijn: een team van een afdeling, een PaTz groep, een team (huis)artsen, een intervisiegroep of een groep studenten van een opleiding.

Bij elke casus staan gespreksvragen om te bespreken. Deze zijn enerzijds gericht op de inhoud van de richtlijn (belangrijke wijzigingen en aandachtspunten) en anderzijds op reflectie: hoe handel je zelf en op basis van welke keuzes doe je dit?

De bespreking van de casus kan op verschillende manieren:

1. In meerdere subgroepen: per subgroep de gespreksvragen bespreken. Vervolgens o.l.v. de docent of voorzitter plenair op grote lijnen het nabespreken. De docent (of voorzitter) wijst daarbij op de aandachtspunten uit de richtlijn, zie hiervoor Tips bij het nabespreken van de casus. *Variant:* na afloop van casusbespreking de deelnemers zelfstandig de richtlijn laten bekijken op punten die van toepassing zijn op de eigen werksituatie.
2. In plenaire groep in volgorde de gespreksvragen aan de orde stellen. De docent (of voorzitter) bekijkt per vraag de Tips (zie Tips bij het nabespreken van de casus) en brengt deze zo nodig ter sprake bij de beantwoording. En vraagt hoe zij dit toepassen in de eigen werksituatie. Deze werkwijze vraagt meer tijd.

Tips bij het nabespreken van de casus

(gebaseerd op de herziene richtlijn Rouw in de palliatieve fase)

Casus I Omgaan met diversiteit bij rouw (ziekenhuis)

Er is sprake van rouw bij verschillende betrokkenen: patiënt, familie, verpleegkundigen. In de richtlijn staan aanbevelingen over de omgang met diversiteit: betrek deze bij het bespreken van de casus. Zie richtlijn onder [Culturele diversiteit](#). Voor de omgang met naasten, van zowel [volwassenen](#) als [minderjarigen](#) doet de richtlijn eveneens aanbevelingen. Neem deze aanbevelingen mee bij de bespreking.

Ondersteuning in rouw kan verschillend zijn in deze casus. Een geestelijk verzorger van de instelling kan worden ingeschakeld voor de patiënt. De imam (of bij andere religieuze achtergrond een voorganger uit die traditie) voor de familie. Belangrijk is dat deelnemers onderlinge afstemming (gaan) stimuleren. Verschil kan blijven bestaan tussen beleving van rouw door patiënt (levenseinde) en familie (hoop op genezing, eigen rouw).

Het inschakelen van professionele zorg rondom rouw is afhankelijk van wat de richtlijn aangeeft onder [signalen van rouw](#) wat betreft verschillen in rouw, zie bij Aanbevelingen en Overwegingen. Onder signalering is ook een subhoofdstuk opgenomen over het [onderscheid tussen rouw en psychische stoornissen](#). Het is de vraag dit in deze casus van toepassing is. In de casus speelt met name een rol: de culturele diversiteit en zorgverleners'. Zie daarvoor [Overwegingen](#) en de daaruit voortkomende aanbevelingen. Bespreek tijdens de nabespreking hoe je dit als zorgverlener (in opleiding) aanpakt.

Het verschil in rouwen is (mede) cultureel bepaald. De richtlijn geeft daarbij factoren aan die mede de omgang met rouw bepalen, zoals de wijze van verbondenheid met (religieuze en/of culturele) gemeenschappen waartoe men fysiek of mentaal behoort. Daarbij spelen ook een rol: gender, rollen, leeftijd, sociaaleconomische status, eventuele beperkingen, beschikbare (beeld)taal, de rol van een gemeenschap.

Casus II “Wordt vervolgd.” Een ritueel in de herhaling bij dementie (verpleeghuis)

De herziene richtlijn [definieert rouw](#) als ‘het geheel van fysieke, emotionele, cognitieve, sociale, gedragsmatige en spirituele reacties ten gevolge van het verlies van een betekenisvol iets of iemand.’ In deze casus draait rouw om het verlies van een dochter en om de eigen onmacht dit verlies in taal uit te drukken. Daarbij is het verlies verbonden met een diep jeugdtrauma, dat mogelijk neigt naar complexe rouw. Herhaling van een ritueel blijkt hier heilzaam.

In de casus kan sprake zijn van complexe rouw. De richtlijn besteedt aan het herkennen van complexe rouw en het [verschil tussen complexe rouw en psychische stoornissen](#). In een gesprek kan de groep dit onderscheid verkennen en bespreken met elkaar.

In de casus is sprake van rouw bij een persoon met een verstandelijke beperking. De richtlijn doet aanbevelingen in de omgang met [rouw bij mensen met een aandoening of beperking](#). Het herkennen van signalen is des te belangrijker naarmate er sprake is van een verstandelijke beperking. De signalen manifesteren zich soms anders bij iemand met een verstandelijke beperking: de vrouw in de casus kan het verlies steeds opnieuw ervaren.

Inschatting van het ontwikkelingsniveau helpt om passende ondersteuning te bieden. De richtlijn besteedt aandacht aan rouw bij naasten, [volwassenen](#) als [minderjarigen](#). Het [inschakelen van een gespecialiseerde zorgverlener](#) met expertise in de omgang met (rouw bij) een persoon met dementie kan raadzaam zijn.

Casus III Verlies van een persoon (begeleid wonen)

De herziene richtlijn [definieert rouw](#) als 'het geheel van fysieke, emotionele, cognitieve, sociale, gedragsmatige en spirituele reacties ten gevolge van het verlies van een betekenisvol iets of iemand.' Deze casus daagt uit om signalen op te pakken van Rouw, zie [Signaleren van rouw - overwegingen](#) en bij de subparagraaf bij Rouw bij mensen met een aandoening of beperking. Bij mensen met een verstandelijke handicap kan dat zich anders voordoen. Het is goed de vraag te stellen wat je zelf kunt doen 'adviserend zijn' of wanneer je anderen betreft, zie [Rouwbegeleiding en -behandeling](#) en [Verwijzen van patiënt en/of naasten](#) bij Aanbevelingen en Overwegingen.

Casus IV Jan en zijn kinderen (hospice)

Antwoordsuggestie bij vraag 1: Probeer erachter te komen waarom Janet per se wil dat Marjan ook een gesprek aangaat met de maatschappelijk/psychosociaal werker. Daarnaast is het van belang om uit te zoeken welke weerstanden er bij Marjan zijn. Let op: mogelijk heb je als hulpverlener niet veel tijd voor deze fase omdat de vader van de beide zussen in het hospice ligt en behoorlijk ziek is en snel achteruitgaat.

Antwoordsuggestie bij vraag 2: Het komt vaker voor dat, zodra het overlijden aanstaande is, allerlei latent aanwezige problemen in een systeem als crisis naar boven komen. Zo ook in deze casus. Er zijn veel problemen, vooral bij Janet, die ze ventileert in het gesprek met de maatschappelijk/psychosociaal werker. Er blijken meerdere verliezen die aandacht behoeven.

Ook hebben Janet en Marjan de afgelopen drie jaar geen contact met elkaar gehad. Maar ze zitten nu wel sinds een week samen aan het bed van hun vader. Er is op dit moment geen tijd om aan al die verliezen en aan de verstoorde relatie tussen Janet en Marjan aandacht te besteden. Jan gaat hard achteruit en de focus ligt op het hier en nu. Hoe gaan Janet en Marjan om met de huidige situatie zonder dat hun moeizame verhouding op de kamer van hun vader escaleert? Ga daarover met Janet en Marjan in gesprek en reik hun mogelijkheden en adviezen aan. Vraag wat ze nodig hebben om dit samen te kunnen doen. Vertel hun ook dat het heel normaal is dat verschillende problemen uit het verleden nu weer naar boven komen en aandacht nodig hebben maar dat de focus nu ligt op het heden. Zie de richtlijn hoofdstuk [Signalen van rouw](#) het hoofdstuk [Voorlichting](#). Biedt nazorg mogelijkheden aan voor hulpverlening en begeleiding na het overlijden van Jan.

Antwoordsuggestie bij vraag 3: Het is belangrijk om eerst aandacht te besteden aan de emoties van Janet en Marjan. De hulpverlener haalt koffie/thee en geeft hun zo de mogelijkheid om even te wennen aan het hospice en de herinneringen die ze hebben. Ook geeft de hulpverlener de ruimte aan de zussen om te bedenken wie als eerste in gesprek wil. Laat de keuze daarin bij hen. Uiteindelijk willen ze toch samen het gesprek.

Antwoordsuggestie bij vraag 4: De focus in het gesprek is dat beiden hun verhaal kunnen doen over het verlies en dat ze in hun rouw gehoord worden en ruimte krijgen voor hun emoties. Zie richtlijn bij [Rouwbegeleiding en -behandeling - Volwassen naasten](#) onder Aanbevelingen.

Antwoordsuggestie bij vraag 5: Het inzetten van interventies is zeker een optie. Zie de hiervoor de [Overwegingen](#) onder Rouwbegeleiding en -behandeling – Volwassen naasten. Doorverwijzen zal niet echt nodig zijn gezien de expertise van de maatschappelijk werker/psychosociaal werker.

In werkelijkheid is er afgesproken dat de twee zussen een traject van gesprekken ingaan voor het verwerken van de verschillende verlieservaringen. Ze doen dit apart van elkaar om zo de aandacht en hulpverlening te ontvangen die ze nodig hebben. Tot slot blijven ze contact houden met elkaar.

n.a.v. Verdiepingsvraag: De twee rouwmodellen verschillen. Het rouwtakenmodel van Worden (2018) verwijst naar actief handelen, denken, keuzes maken en betekenis geven. Het duale procesmodel van Stroebe (1999, 2010) is een coping model. Dit kan helpen bij het verwerken van verlies uit het verleden.

Bij het bespreken van deze vraag kan je als de docent/begeleider stellen:

Welk model biedt jou in jouw werksituatie het meest als je Janet en/of Marjan zou begeleiden na het overlijden?