

STRIC

sterven
en rouwen
op de
intensive care

TOOLBOX STRIC

Praktische handvatten bij rouwzorg door IC-professionals, ter ondersteuning van naasten van een patiënt die komt te overlijden op de intensive care afdeling

STRIC

sterven
en rouwen
op de
intensive care

Samenstelling projectgroep

Erika Witkamp	Lector Hogeschool Rotterdam
José Geraerds	Docent Hogeschool Rotterdam, coördinator minor Acute Zorg
Lilian Vloet	Lector Hogeschool Arnhem en Nijmegen en voorzitter Stichting FCIC
Judith Rietjens	Universitair hoofddocent MGZ palliatieve zorg (tot december 2021)
Daphne Bolman	Voorzitter IC Connect
Rowan de Jong	V&VN-IC en IC verpleegkundige
Mechtold van de Haas	IC-verpleegkundige Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis
Mustafa Bulut	Geestelijk verzorger Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis
Diana Enfield	IC-verpleegkundige Gelre Ziekenhuis
Gerwin Konink	IC-verpleegkundige Gelre Ziekenhuis
Peter Spronk	Intensivist Gelre Ziekenhuis
Corstiaan den Uil	Intensivist Erasmus MC (tot mei 2021)
Sebastian Wagener	IC-verpleegkundige Erasmus MC
Margo van Mol	Psycholoog en IC-verpleegkundige Erasmus MC

TOOLBOX STRIC

Praktische handvatten bij rouwzorg
door IC-professionals, ter ondersteuning
van naasten van een patiënt die komt te
overlijden op de intensive care afdeling

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SAMENVATTING	6
INLEIDING	7
BESCHRIJVING TOOLBOX STRIC	9
CULTURELE ASPECTEN	17
IMPLEMENTATIE	25
EDUCATIE	33
WETENSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING	37
REFERENTIES	40
RELEVANTE LINKS	43
BIJLAGE I	
OVERZICHT VAN HET ONTWIKKELPROCES EN TIJDSPAD	45

VOORWOORD

Van augustus 2020 tot maart 2022 is gewerkt aan de ontwikkeling van de toolbox STRIC: 'Sterven en Rouwen op de Intensive Care'. Een toolbox die IC-professionals praktische handvatten biedt om naasten te ondersteunen bij naderend verlies door het overlijden van de patiënt; van hun geliefde, hun vader of moeder, broer of zus, hun kind misschien. De looptijd van het project was precies gedurende de eerste jaren van de covid-19-pandemie. Hoe wrang kan het zijn.

Gedurende lange tijd vochten precies in deze periode veel patiënten voor hun leven en stierven veel patiënten, zonder de nabijheid van (al) hun directe naasten. Nooit eerder waren naasten zo afgesneden van hun geliefden op de Intensive Care (IC). Ondersteuning bij sterven en rouw was zó urgent en tegelijkertijd zó moeilijk uitvoerbaar op een manier zoals wenselijk is, zowel voor de naasten als voor het IC-team. De pandemie en de gevolgen ervan hebben pijnlijk duidelijk gemaakt hoe belangrijk afscheid nemen en nabijheid bij overlijden zijn.

Wij hopen daarom dat de inzet van de toolbox STRIC snel vanzelfsprekend wordt op alle IC's in Nederland. De toolbox STRIC ondersteunt het IC-team, en verpleegkundigen in het bijzonder, bij het bieden van rouwzorg. Uiteindelijk gaat het om het mogelijk maken van optimale ondersteuning voor naasten van patiënten die komen te overlijden tijdens hun opname op een IC-afdeling.

Rotterdam, maart 2022
Margo van Mol en Erika Witkamp

SAMENVATTING

Tijdens opname op een intensievecareafdeling (IC) overlijdt ongeveer 15% van alle patiënten. Zorg en behandeling op de IC zijn primair gericht op het ondersteunen van patiënten om te overleven. De context van de IC, in alle hectiek, apparatuur en behandelingen gericht op overleven, vormt een risico op gecompliceerde rouw voor nabestaanden. Steeds duidelijker wordt dat aandacht voor palliatieve en terminale zorg op de IC kan bijdragen aan betere verwerking van het overlijden van een naaste op de IC. Ook kan deze zorg gezondheidsproblemen zoals complexe rouw, depressie en posttraumatische stress bij nabestaanden voorkomen of verminderen, waardoor de zorgvraag bij hen kan afnemen. Verpleegkundigen kunnen in het ondersteunende proces een belangrijke rol spelen en hierin leiderschap tonen door in het multidisciplinaire team verantwoordelijkheid te nemen.

Kern van dit project is het beschrijven van een goed voorbeeld om rouwzorg op een IC-afdeling vorm te geven, inclusief een aantal concrete handvatten voor implementatie in de eigen werksetting. In het project 'STerven en Rouw op de IC' (STRIC) is een praktische toolbox ontwikkeld ter ondersteuning van naasten tijdens en na overlijden van een patiënt op de IC; de toolbox STRIC. Dit rapport beschrijft wat de toolbox STRIC inhoudt, welke handvatten voor gebruik en implementatie kunnen worden gebruikt en de wetenschappelijke onderbouwing voor de toolbox STRIC. Ook geeft het rapport een beschrijving van het ontwikkelproces (Bijlage I).



INLEIDING

Een patiënt op een intensievecareafdeling (IC) heeft een verhoogde kans om te overlijden. Door de vergrijzing, een hogere complexiteit van aandoeningen en behandelingen en een toename van het aantal ernstig zieke patiënten, komt het steeds vaker voor dat behandelingen worden beperkt en gestaakt [1]. Niet alleen voor patiënten, maar ook voor naasten betekent dit een plotselinge overgang van volledige behandeling en hoop op herstel, naar terminale zorg. Het overlijden van een geliefde op de IC-afdeling kan een hoge emotionele belasting geven [2], bijvoorbeeld doordat de fase van waken en het afscheid wordt bemoeilijkt door medische apparatuur en een niet-huiselijke sfeer. Als voldoende ondersteuning bij praktische en/of emotionele zaken ontbreekt, wordt dit risico nog hoger.

Voor goede ondersteuning van naasten rondom het levenseinde, tijdens en na de IC-opname, is rouwzorg door IC-verpleegkundigen essentieel [3]. Verpleegkundigen voelen zich vertrouwd met palliatieve zorg als ze concrete handvatten hebben en als duidelijk is wat van hen wordt verwacht [4]. Juist deze verpleegkundige rol, in de directe en continue nabijheid en zorg voor de stervende patiënt op de IC kan een verschil maken in de ervaringen van naasten en nabestaanden [5].

REGULIERE ZORG

Voorafgaand en tijdens het overlijden van een patiënt op de IC-afdeling zorgt het IC-team voor een vrije ademweg, optimale pijnbehandeling, comfort en essentiële zorg en hygiëne voor de patiënt. Daarnaast is er voldoende aandacht voor informatie over de medische situatie van de patiënt en het betrekken van de naasten in de besluitvorming. Verpleegkundigen tonen begrip en empathie voor de emotionele gevoelens van naasten rondom het overlijden van hun dierbare. Dit gebeurt meestal op basis van intuïtie en eerdere ervaringen. Voor religieuze of spirituele ondersteuning kan een geestelijk verzorger worden ingeschakeld. Deze rouwzorg is 'care as usual', ofwel essentiële zorg in het domein van verpleegkundigen.

AANVULLING MET TOOLBOX STRIC

Op veel IC-afdelingen ontbreekt een gestructureerd protocol, of materialen om naasten te ondersteunen in hun verdriet. Teneinde het IC-team praktische hulpmiddelen aan te reiken, werd in het project 'STerven en Rouw op de IC' (STRIC) een praktische toolbox ontwikkeld, gericht op de ondersteuning van naasten tijdens en na het overlijden van de patiënt op de IC.

BESCHRIJVING TOOLBOX STRIC

IN HET KORT

Met toolbox STRIC wordt in dit project een verzameling aan suggesties voor praktische hulpmiddelen, materialen, informatie, werkwijzen en organisatie van zorg bedoeld. De toolbox STRIC is gericht op het ondersteunen van naasten tijdens en na het overlijden van een patiënt op de IC-afdeling en is onderverdeeld in vier thema's:

- handvatten voor communicatie
- een afscheidsmant
- het creëren van een warme huiselijke sfeer
- het organiseren van nazorg.

Toolbox STRIC kan door het multidisciplinaire IC-team worden gebruikt om naasten te ondersteunen in het proces van afscheid nemen en rouwen om hun geliefde. In het begin kan dat ongemakkelijk zijn, het confronteert ook de IC-professionals met sterven en hoe zij hierin handelen. De introductie en daarna de inbedding in reguliere IC-zorg vraagt aandacht en een plan van aanpak, toegespitst op de eigen afdeling.



BESCHRIJVING VAN DE VIER THEMA'S

De toolbox STRIC is onderverdeeld in vier thema's.

1 HANDVATTEN VOOR COMMUNICATIE

- Een checklist met relevante onderwerpen om te bespreken in het proces van sterven en overlijden, gebaseerd op de richtlijn End-of-Life.
- Relevante links en/of QR-codes naar websites, materialen en filmpjes afgestemd op verschillende doelgroepen en culturele achtergronden.
- Informatie over fotografie bij overlijden zoals 'Make a memory'.
- Informatiefolder voor naasten over het gebruik van de toolbox.
- Informatiefolder voor nabestaanden over verlies en rouw.
- Een condoleancekaart.

2 AFSCHEIDSMAND

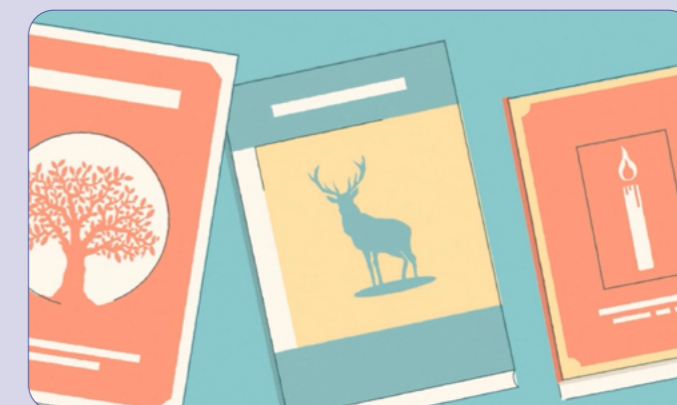
- Ondersteunende materialen om een blijvende herinnering te maken zoals het afknippen van een haarlok, een vingerafdruk maken met een stempelkussen of gipsafdruk.
- Verzorgingsproducten zoals massage olie.
- Geursteen met etherische oliën.
- Gedichtenbundels.
- Puzzelboek.
- Spirituele materialen. Deze kunnen ook in een aparte religieuze box bij elkaar gehouden worden. Neem van elk geloof een of meerdere essentiële materialen.

3 CREËREN VAN EEN WARME EN HUISELIJKE SFEER

- LED kaarsen.
- Audio apparatuur voor het afspelen van persoonlijke muziekkeuze.
- Comfortabele stoel, voetenbankje, deken, kussen.
- Koppelbed en gelegenheid om naast de patiënt te gaan liggen.
- Dekbed en ander linnengoed in een mooi design.
- Kinderspeelgoed en troostbox met knuffels en doosje om iets persoonlijks in te doen, tips hoe met de situatie om te gaan in verschillende leeftijden.

4 ORGANISEREN VAN (NA)ZORG

- Protocol of leidraad opstellen.
- Thuis overlijden.
- Digitaal nalatenschap bespreekbaar maken.
- Dagboek bijhouden waarin ook IC-verpleegkundigen korte stukjes schrijven.
- Een herdenkingsbijeenkomst organiseren.
- Follow-upgesprekken door IC-verpleegkundigen 2 tot 4 maanden na het verlies.
- Een aandachtsvelder palliatieve zorg.



De toolbox is iteratief ontwikkeld in een multidisciplinair samenwerkingsverband met participatie van verpleegkundigen, intensivisten, geestelijk verzorgers en medisch maatschappelijk werkers die werkzaam zijn in verschillende ziekenhuizen in geografische spreiding in Nederland. De onderdelen zijn zorgvuldig geselecteerd op basis van beschikbare literatuur [6], ervaringen van IC-professionals en suggesties van ervaringsdeskundigen bij stichting FCIC (Family and patient Centered Intensive Care)/IC-Connect. In de toolbox gebruikt elementen die hun meerwaarde in de palliatieve zorg hebben laten zien (bijvoorbeeld in de oncologie specialisatie en hospices). Voor de IC-zorg is een dergelijke toolbox en de toepassing echter een nieuwe ontwikkeling.

MEERWAARDE VAN DE TOOLBOX

De kracht van de toolbox zit in het flexibele en persoonsgerichte karakter. Het kan aangepast worden aan de behoeften van naasten, de lokale context van een organisatie en toekomstige ontwikkelingen.

Vanuit het naastenperspectief vormen factoren als het zich gesteund weten, het bieden van ruimte aan de rouw, de mogelijkheden om een blijvende herinnering te maken en systematische follow-up een belangrijke meerwaarde ten opzichte van de eerdere situatie. Veel naasten waarderen een nazorggesprek met een verpleegkundige en intensivist om te praten over het al dan niet (pijn)lijden of benauwdheid van de patiënt, de situatie en het proces van overlijden op de IC, de eigen situatie, gevoelens van eenzaamheid en perspectief op de toekomst [7]. Een herdenkingsbijeenkomst voorziet in de behoefte aan reflectie en afsluiten van een specifieke ervaring. Daarnaast kunnen gestructureerde gesprekken over rouw de kans op posttraumatische stress en depressie bij nabestaanden verminderen.

Voor de IC-verpleegkundigen helpt de toolbox om hun verpleegkundig handlingsrepertoire uit te breiden op het gebied van palliatieve zorg en nazorg [8]. Het stimuleert hen om samen met de intensivist in een multidisciplinaire teamsamenwerking autonomie op het onderwerp en excellentie in de uitvoering te laten zien. De elementen van de toolbox geven de mogelijkheid om de ondersteuning tijdens het overlijden van de IC-patiënt aan te passen aan de behoeften en waarden van de naasten waarmee gepersonaliseerde rouwondersteuning wordt geboden. Door op deze manier concreet van betekenis en waarde te kunnen zijn voor nabestaanden, ervaart een IC-verpleegkundige zelf een hogere mate van voldoening en zinvolheid in het werk hetgeen ook indirecte effecten heeft op de omgang met het stervensproces door het hele IC-team.

CHECKLIST ZORG BIJ OVERLIJDEN

Onderstaande punten zijn ter overweging rondom het overlijden op een IC en kunnen per IC-afdeling worden aangepast aan de omstandigheden, gebruiken en afspraken. De checklist is niet bedoeld als een afvinklijst om met de familie door te nemen!

De manier waarop deze informatie wordt gegeven maakt veel uit voor het effect op naasten. Is het zakelijk/feitelijk of wordt het toegespitst op de context en emotionele toestand van de familie? Maak gebruik van ervaring en invoelende communicatie, bijvoorbeeld: De overgang naar de dood (en een eventueel hiernamaals) verloopt voor iedereen anders en gaat bijna nooit gemakkelijk. We weten bijvoorbeeld niet hoe lang het duurt, hoe het lichaam reageert en welke reis wordt afgelegd.

IS MET DE FAMILIE GESPROKEN OVER:

- De toestand van de patiënt Ja / nee
- De diagnose Ja / nee
- De prognose Ja / nee
- Het behandelplan (staken van de behandeling) Ja / nee
- De zorgdoelen (ten aanzien van comfort) Ja / nee
- Gedachten en voorkeuren van patiënt en naasten Ja / nee
- Conflicten tussen naasten over de besluitvorming Ja / nee
- Het proces rondom het staken van de medische behandeling en het blijven aanbieden van comfort Ja / nee
- Culturele, religieuze en spirituele behoeften van naasten:
 - Afronden van het leven van de patiënt Ja / nee
 - Aanwezigheid van familie en vrienden, afscheid nemen Ja / nee
 - Onderlinge steun en nabijheid Ja / nee
 - Is het gewenst om Geestelijke verzorging in te schakelen? Ja / nee
- Lichamelijke en geestelijke veranderingen van de patiënt tijdens het stervensproces (pijn, dyspnoe en onrust) Ja / nee
- Behandeling van pijn, dyspnoe en onrust Ja / nee
- Zaken die nog geregeld moeten worden (financieel, praktisch en/of juridisch)
 - Is het gewenst om Maatschappelijk werk in te schakelen? Ja / nee
 - Digitale nalatenschap onder de aandacht brengen Ja / nee
- Naasten die nog moeten of willen komen Ja / nee

IS ER GEDACHT AAN:

- Thuis sterven Ja / nee
 - Zo ja, protocol 'Thuis sterven' in gang gebracht? Ja / nee
- Pedagogisch medewerker Ja / nee
 - Zo ja, pedagogisch medewerker ingeschakeld? Ja / nee
- Palliatief consultteam Ja / nee
 - Zo ja, palliatief consultteam ingeschakeld? Ja / nee
- Ethische commissie Ja / nee
 - Zo ja, ethische commissie ingeschakeld? Ja / nee

IS NA HET FAMILIEGESPREK EN VOOR HET STAKEN VAN DE BEHANDELING GESPROKEN OVER:

- Wat de naasten willen doen voor de patiënt (zoals bij het bed zitten, tegen de patiënt praten, de patiënt aanraken, hand vasthouden, hand- en voetmassage geven, haren borstelen, lippen invetten en mond bevochtigen, gebeden opzeggen) Ja / nee
- Het gebruik van muziek, het dimmen van het licht Ja / nee
- Facilitaire voorzieningen (zoals eten, drinken, slaapmogelijkheden, ruimte met privacy in de buurt van de afdeling, stilte ruimte) Ja / nee
- Wensen m.b.t. spiritualiteit, bijvoorbeeld het bed richting Mekka draaien Ja / nee
- Hoe het voor henzelf draaglijker kan worden gemaakt Ja / nee
- Monitoring en alarmering uitzetten (op privacy) Ja / nee
- Binnenlopen van de verpleegkundige Ja / nee
- Gebruik van de Toolbox STRIC Ja / nee

IS ER INFORMATIE GEGEVEN OVER:

- Potentiële symptomen (pijn, dyspnoe en onrust) Ja / nee
- Het interpreteren van verschijnselen die kunnen lijken op een uiting van pijn, maar dit niet hoeven te zijn, bijvoorbeeld fronsen en kreunen Ja / nee
- Het mogelijk optreden van Cheyne-Stokes-ademhaling en dat dit kan lijken op dyspnoe Ja / nee
- Informatie over onwillekeurige spierbewegingen Ja / nee
- Fysieke symptomen van het stervensproces (lijkvlekken, cyanose) Ja / nee
- Het niet weten hoe lang het stervensproces zal duren Ja / nee

VOOR HET STAKEN VAN DE BEHANDELING ZIJN DE VOLGENDE HANDELINGEN OF ONDERZOEKEN GESTOPT, IN OVERLEG MET DE BEHANDELEND ARTS:

- Registratie van vitale functies Ja / nee
- Bloedafname Ja / nee
- Toediening van vasopressor Ja / nee
- Toediening van voeding Ja / nee
- Toediening van grote hoeveelheden infuusvloeistoffen Ja / nee
- Toediening van bloedproducten Ja / nee
- Toepassing van wisselgigging/wisselhouding Ja / nee
- Bloeddrukband af gedaan Ja / nee
- Ongebruikte apparatuur, waar mogelijk, verwijderd Ja / nee
- In overleg met naasten monitor bij de patiënt uit, centrale monitor continueren Ja / nee

VOOR, TIJDENS EN NA HET STAKEN VAN DE BEHANDELING KRIJGT DE PATIËNT DE VOLGENDE ZORG:

- Naasten is gevraagd of zij willen ondersteunen met zorg aan de patiënt Ja / nee
 - Willen naasten ondersteunen of zorg overnemen? Ja / nee
- Bevochtigen en schoonmaken van de mond en ogen Ja / nee
- Wassen Ja / nee
- Haarverzorging Ja / nee
- Huidverzorging Ja / nee

TIJDENS EN NA HET OVERLIJDEN VAN DE PATIËNT WORDT DE VOLGENDE ZORG VERLEEND:

- Laatste zorg volgens het protocol van de instelling Ja / nee
 - Naasten zijn gevraagd om mee te helpen of aanwezig te zijn Ja / nee
- Naasten is gevraagd of zij behoefte hebben aan een passende herinnering (vinger- of handafdruk, haarplukje, een foto of polsbandje) Ja / nee
- Bij behoefte naasten: passende herinnering is gemaakt Ja / nee
- Kostbaarheden en bezittingen van de patiënt zijn met naasten meegegeven Ja / nee

IS NA HET OVERLIJDEN VAN DE IC-PATIËNT INFORMATIE GEGEVEN OVER:

- Laatste moment van afscheid nemen van de patiënt Ja / nee
- De laatste zorg die aan de patiënt op de IC-afdeling wordt gegeven (eventueel in aanwezigheid en/of met hulp van naasten) Ja / nee
- Contact met de begrafenisondernemer Ja / nee
- Werkwijze van het mortuarium Ja / nee
- De mogelijkheid van een nazorggesprek met intensivist en IC-verpleegkundige Ja / nee

OVERIGE AFSPRAKEN:

CULTURELE ASPECTEN

IN HET KORT

Cultuur en religieuze achtergrond kunnen van invloed zijn op het persoonlijk rouwproces. In toolbox STRIC kunnen religieuze materialen toegevoegd worden aan de afscheidsmantel of in een losse religieuze box worden bewaard. Dit zijn bijvoorbeeld gebedenboeken en producten voor de laatste zorg (bedienen, spirituele aanraking), maar ook een gedichtenbundel in veelvoorkomend regionaal dialect. Het is daarom belangrijk dat IC-verpleegkundigen hun ondersteuning afstemmen op culturele en religieuze waarden van patiënten en naasten.

HINDOESTAANSE ACHTERGROND

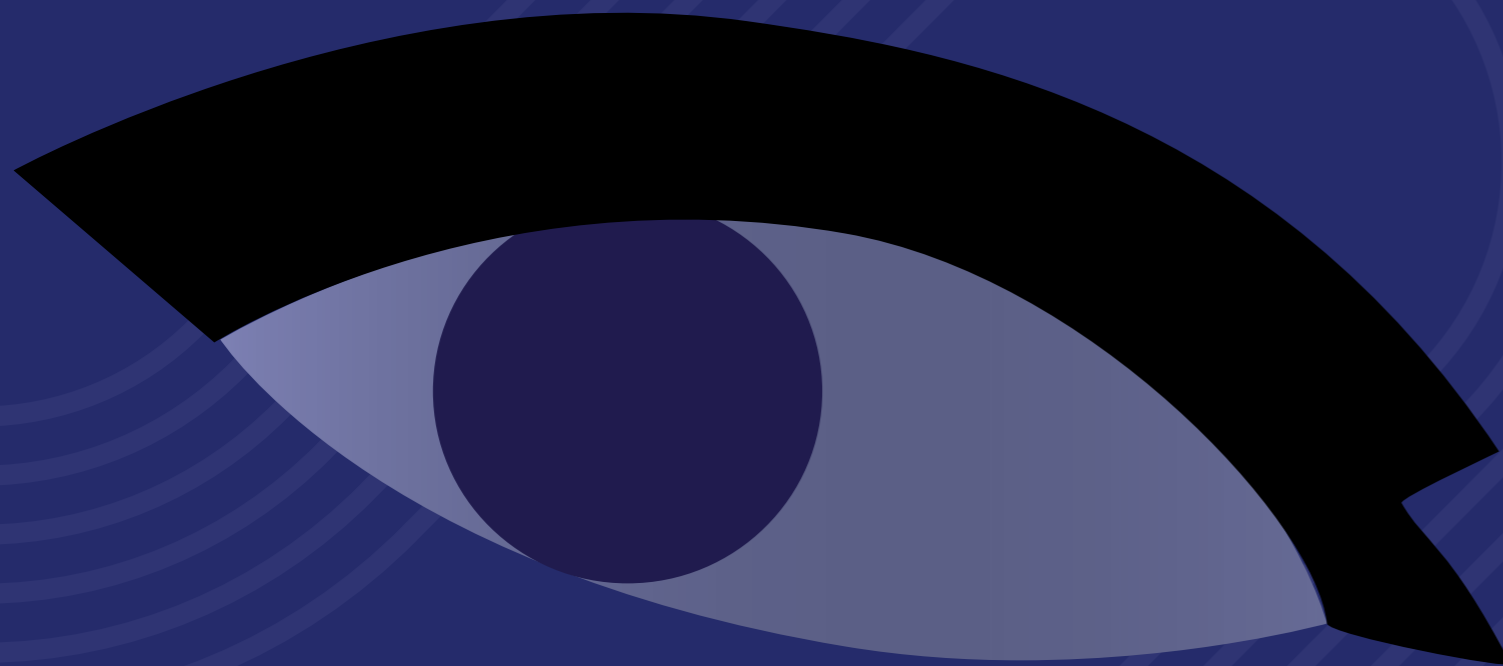
Hoewel het Hindoeïsme uit verschillende tradities en overtuigingen bestaat, wordt er over het algemeen van uitgegaan dat de mens een kringloop van reïncarnaties doormaakt voordat deze met de oerkracht (oftewel Brahm, de scheppergod) herenigd kan worden [9]. In de laatste levensfase zijn er specifieke rituelen ter voorbereiding op de dood. Er is behoefte om te bidden, mediteren of uit het heilige boek te lezen. Het is aan te bevelen om een bhagavad-gita op de afdeling te hebben ter ondersteuning. De naasten verzorgen het lichaam na de dood.

ISLAMITISCHE ACHTERGROND

Net zoals er niet een enkele christelijke of hindoestaanse traditie is, is er ook niet één geldende islamitische traditie. Voor mensen met een islamitische achtergrond zijn spiritualiteit en rituelen heel belangrijk. Vanuit religieuze overtuiging wordt verwacht dat zieken en stervenden bezocht worden, waarbij onder andere uit de Koran geciteerd wordt. Het is Allah die beslist wanneer iemand sterft en tot die tijd moeten mensen hun best doen om te leven. Voor veel mensen is het belangrijk dat het lichaam in de richting van Mekka geplaatst is op het moment van overlijden. Na overlijden volgt een rituele wassing en wikkeling in een witte lijkwade. Naasten vinden steun door geruststelling en spirituele berusting, maar ook door onderlinge nabijheid, goede informatie en betrokkenheid bij de (laatste) zorg.

VERDIEPENDE BESCHRIJVING

De religieuze aandachtspunten bij overlijden zijn uitgebreid beschreven in 'Richtlijn End-of-Life bij IC-patiënten [10]. Vraag altijd naar de persoonlijke voorkeuren en passende rituelen rondom sterven. Bijvoorbeeld, de overleden patiënt mag niet altijd aangeraakt en op de gebruikelijke manier verzorgd worden door IC-verpleegkundigen.



TABEL 1. Overzicht aandachtspunten bij de meest voorkomende religies

Bron: Lectoraat Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, http://www.fcic.nl/files/8414/6793/8347/Aanvulling_op_richtlijn_End-of-life_care_bij_IC-patiente_de_verpleegkundige_zorg.pdf

CULTUUR OF RELIGIE	AANDACHTSPUNTEN
<p>Boeddhisme <i>Boeddhisten spreken in principe niet van een God, maar zien meditatie en goed gedrag gedurende hun leven als een manier om Nirvana te bereiken. Nirvana is een staat waarin geen lijden bestaat.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Boeddhisten geloven dat wat hen overkomt een gevolg is van hun eigen acties. • Boeddhisten mediteren, omdat dit wordt gezien als een manier om pijn te verlichten. • Boeddhisten eten veelal vegetarisch, sommige medicatie met dierlijke producten mag niet gebruikt worden. • Het willen ontvangen van bloedproducten of organen verschilt per individu, het is daarom van belang om dit na te gaan voordat het toegediend wordt. • Boeddhisten willen geen sedatie of bewustzijn verlagende medicatie, omdat ze een heldere geest willen hebben wanneer die het lichaam verlaat. • Boeddhisten willen verschillende gebeden op het sterfbed zeggen. Dit gebeurt ervoor, tijdens en enkele dagen na de dood. • Boeddhisten hebben de voorkeur om in een privékamer te sterven, zodat gebeden opgezegd kunnen worden. • Boeddhisten vinden een vredig sterfbed belangrijk, net als de mogelijkheid tot bidden en meditatie. • Zorg voor een serene omgeving voor, tijdens en na de dood, zodat de ziel rustig het lichaam kan verlaten. • Sommige stromingen hebben een voorkeur voor het tijdstip van sterven. • Boeddhisten geloven dat de ziel via de kruin op je hoofd het lichaam verlaat, daarom moet het hoofd op een traditionele manier aangeraakt worden, zodat de ziel het lichaam juist kan verlaten. Dit moet voor het verzorgen van het lichaam uitgevoerd worden door een spiritueel leider. • Sommige boeddhisten willen dat het hoofd na de dood niet aangeraakt wordt door zorgverleners, vraag hiervoor toestemming als het nodig is. • Was het lichaam niet totdat het nodig is, en was alleen dat wat noodzakelijk is, zoals bloedsporen. • Sommige boeddhisten dragen traditionele kleding of heilige symbolen/sieraden, vraag na wat hiermee gedaan moet worden. • Boeddhisten geloven dat de ziel herrijst na de dood. • Naasten willen direct na de dood gebeden opzeggen, hiervoor ruimte bieden wordt erg gewaardeerd. • Wacht met het verplaatsen van het lichaam tot minimaal vier uur na het overlijden in verband met de gebeden.

CULTUUR OF RELIGIE	AANDACHTSPUNTEN
<p>Chinese cultuur <i>De Chinese draak is van belang in de Chinese cultuur. De draak symboliseert kracht en geluk.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verschillende levensbeschouwingen/religies worden aangehangen door Chinezen, bijvoorbeeld boeddhisme of taoïsme. • Chinezen tonen respect naar anderen door bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Gereserveerd te reageren op anderen. • Eerbiedig te zijn naar mensen met autoriteit, ze zullen niet altijd om verduidelijking vragen als ze iets niet begrepen hebben. • Om harmonie te behouden kunnen ze persoonlijke gevoelens niet uitspreken. • Om niet onbeleefd te zijn, zullen ze geen 'nee' zeggen. • Er zijn verschillende tradities met betrekking tot voeding, vraag daarom na welke producten gegeten kunnen worden. • Chinezen gebruiken traditionele Chinese medicatie (kruiden) en bijvoorbeeld acupunctuur voor de behandeling van ziektes. Vraag daarom na of kruiden worden gebruikt. • Vrouwen kunnen de voorkeur hebben om verzorgd te worden door een vrouwelijke zorgverlener. • Ze willen aanwezig zijn bij het sterfbed. • Rituelen rondom de dood zijn afhankelijk van de levensbeschouwing/religie. • Traditioneel wordt er bij de overleden persoon thuis een ceremonie gehouden van ongeveer drie dagen, die eindigt in het vrijlaten van de ziel van de overledene.
<p>Evangelisch christendom <i>Valt onder het christendom, maar kenmerkt zich door de nadruk op het belang van de Bijbel, de behoefte aan persoonlijke gesprekken, de hergeboorte door hun geloof in Christus, en opdracht om het evangelie over de wereld te prediken.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rituelen zijn afhankelijk van of ze praktiserend of niet-praktiserend zijn. • Bij een naderende dood moet een vertegenwoordiger van het geloof gevraagd worden. • Ze bidden niet voor de dood: als ze op dit moment bidden dan is het vaak om te bedanken voor het leven. • Het lichaam mag gewassen worden na de dood. • Een kruis is een gebruikelijk symbool.

Hindoeïsme

Hindoes geloven dat er een Grote Realiteit (God) is, en geloven dat alle zielen uiteindelijk een worden met deze Grote Realiteit.

- Spirituele gesteldheid wordt bereikt door een toegewijd leven, zonder geweld, met liefde, goed gedrag, onbaatzuchtigheid en van het geloof in het bestaan van de Grote Realiteit.
- De meesten zullen zich willen wassen voor het gebed en eten.
- De koe is een heilig dier, dit eten zij daarom niet, sommigen eten geen varken.
- Eten met de rechterhand is traditioneel, maar in westerse landen gebruiken ze bestek.
- Gebruiken mogelijk traditionele medicatie als kruiden.
- De meesten zijn vegetarisch, daarom navragen of medicatie met dierlijke producten gebruikt kan worden.
- Sommigen zullen een voorkeur hebben voor stromend water, zoals een douche, in plaats van een bad.
- Mannen en vrouwen prefereren zoveel mogelijk bedekt te zijn.
- Hindoes uit India informeren zelf familie over de besluitvorming, vrouwen informeren hun partners/ mannen over de medische besluiten.
- Staan open voor bloedtransfusie of orgaandonatie.
- Naasten en de gemeenschap zullen de zieke bezoeken, soms in grote aantallen in één keer.
- Bezoek zal bij een oudere blijven staan, totdat de oudere aangeeft dat hij/ zij mag gaan zitten.
- Mogelijk doen ze hun schoenen uit voordat ze de patiëntenkamer inlopen.
- Ze geloven in de cirkel van het leven, dood en reïncarnatie.
- De dood is een belangrijke gebeurtenis, het wordt gezien als een bevrijding van de cirkel van het leven.
- Ze dragen vaak een afbeelding van de Grote Realiteit bij zich.
- Vrouwelijke hindoes uit India dragen hun huwelijksieraden, deze mogen niet zomaar verwijderd worden.
- Mannen dragen een heilig draad, deze mag niet zomaar verwijderd worden.
- Ze hebben mogelijk de behoefte om te bidden, mediteren of lezen uit het heilige boek.
- Sommigen hebben een voorkeur om naar het noorden of oosten te kijken tijdens de uitvoering van religieuze rituelen.
- Er zijn specifieke rituelen ter voorbereiding op de dood.
- Naasten zullen het lichaam verzorgen na de dood.
- Het lichaam moet zo snel mogelijk gecremeerd worden, het liefst voor de volgende zonsondergang.
- De as wordt in een rivier verspreid, sommigen zullen het naar de Ganges (India) brengen.

Islam

Muslims geloven in Allah. De Koran beschrijft verhalen over een aantal profeten. Ze zien de profeet Mohammed als de laatste profeet.

- Ze bidden vijf keer per dag, normaal gesproken knielend op de vloer. Als dit niet mogelijk is, dan kan het zittend of liggend.
- Praktiserende vrouwen willen het liefst hun haar, armen en enkels bedekt hebben.
- Goede hygiëne is belangrijk, ze zullen daarom voor het bidden, eten en na toiletbezoek om water vragen.
- Sommigen prefereren een infuus in de rechterhand, omdat de linkerhand gebruikt wordt voor het wassen na een toiletbeurt.
- Ze eten alleen halal vlees: vlees dat ritueel bereid is. Varkensvlees, alcohol en voedsel dat deze bestanddelen bevat, zijn niet toegestaan.
- Veel bezoek toont respect, en daardoor kunnen onafgeronde zaken besproken worden. Aangeraden wordt om een ruimte te creëren waar de groep kan wachten zodat er gerouleerd kan worden in het bezoek bij de patiënt.
- Ze hebben een voorkeur om verzorgd te worden door iemand van hetzelfde geslacht.
- Allah beslist wanneer iemand overlijdt, daarom vragen ze om medische aandacht en informatie bij besluitvorming.
- Een geestelijk verzorger of imam kan benaderd worden als iemand gaat overlijden.
- Net voor het sterven zal degene in de juiste positie gedraaid moeten worden, met de voeten richting Mekka.
- Ze geloven dat de overledene bewustzijn behoudt, dus het lichaam moet op een specifieke manier benaderd worden.
- De begrafenis hoort zo snel mogelijk plaatsvinden, mocht dit niet lukken dan moeten naasten hierover geïnformeerd worden.
- Het lichaam mag alleen aangeraakt worden door iemand van hetzelfde geslacht.
- Het lichaam hoort gewassen te worden mbv de rituele wassing,
- Tijdens de laatste zorg moeten handschoenen gedragen worden.
- Het lichaam moet zoveel mogelijk bedekt blijven.
- Rituelen op het sterfbed bestaan uit gebeden voor een vredig verlaten van de ziel, voorlezen van stukken uit de Koran en het opzeggen van een gebed. Als de patiënt dit zelf niet meer kan zeggen, dan zal iemand anders dit namens de patiënt doen.

CULTUUR OF RELIGIE	AANDACHTSPUNTEN
Jehovah's Getuigen <i>Jehovagetuigen behoren tot de christelijke traditie, waarin overeenkomsten met de christelijke religie te zien zijn.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ze eten geen voedsel dat bloed(producten) bevat. • Bloedtransfusie is niet toegestaan, ook niet als dit eigen bloed is. • Acceptatie van toediening van immunoglobulinen is individueel bepaald. • Een bezoek van een 'Oudere' (religieus vertegenwoordiger) wordt gewaardeerd. • Ze willen hun eigen versie van de Bijbel in hun handen houden.
Jodendom <i>Zij volgen het geloof van de joodse wet, beschreven in Thora en Talmoed. Onderscheid wordt gemaakt tussen orthodoxe en niet-orthodoxe Joden.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Orthodoxe joden willen zich voor het bidden en eten wassen. • Sabbat is de rustdag, die geldt vanaf zonsondergang op vrijdag tot en met de zonsondergang op zaterdag, • Voedsel moet koosjer zijn. • Medicatie mag geen dierlijke producten bevatten. • Levensbedreigende situaties, beademing, reanimatie enzovoort kunnen conflicterend zijn met aspecten uit de joodse wet. Hiervoor is het belangrijk met een rabbijn te spreken. • Een stervende patiënt wil zo veel mogelijk naasten zien. • Een stervende patiënt mag niet alleen gelaten worden, en veel naasten zullen willen waken. • Mogelijk vragen ze het lichaam op de grond te leggen, met de voeten richting de deuropening en naar het licht van een kaars (als dat mogelijk is). • Ze willen graag dat het raam open gaat als de patiënt is overleden. • Mogelijk wordt er gevraagd om constant een observant bij het lichaam te hebben, dit is een naaste die bij het lichaam blijft tot aan de begrafenis. • De begrafenis moet zo snel mogelijk na de dood plaatsvinden. • Zorgverleners mogen het lichaam niet wassen, ze mogen wel de ogen sluiten, de mond dicht doen, de vingers en ledematen recht leggen, gelijk aan het lichaam, • Bedek het lichaam met een laken, • Het lichaam moet in zijn geheel begraven worden, dus er mogen geen haren of iets dergelijks afgeknipt worden, • Na de begrafenis is er een rouwperiode van zeven dagen.

CULTUUR OF RELIGIE	AANDACHTSPUNTEN
Personen zonder een religie	<ul style="list-style-type: none"> • Agnosten: hebben geen religie maar geloven dat er mogelijk iets is. • Atheïsten: geloven dat er niets is. • Personen zonder een religie hebben mogelijk behoefte aan ondersteuning bij levensvragen en spirituele zorg.
Rooms-katholicisme <i>Is een traditie binnen de christelijke kerk. Zij geloven in de Bijbel. De rooms-katholieke kerk heeft een gestructureerde hiërarchie, het hoofd van de rooms-katholieke kerk is de paus.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Zij voeren sacramenten uit. Elk sacrament heeft een specifiek doel, zoals genezing of voorbereiding op de dood. • Een geestelijk verzorger of priester moet betrokken worden, onder andere om sacramenten toe te dienen. • Naasten willen mogelijk bidden aan het bed. • Ze willen mogelijk een religieus object bij het bed, zoals een gebedenboek, heilig water of afbeeldingen van heiligen.

IMPLEMENTATIE

IN HET KORT

IC-professionals zijn gemotiveerd om compassievolle, gepersonaliseerde zorg te verlenen in de stervensfase van de patiënt. De ondersteuning van naasten zien zij daarin als een belangrijk onderdeel van hun professionele domein. Dit biedt kansen om aanvullende elementen aan te reiken om de kwaliteit van de rouwzorg te verbeteren. De vanzelfsprekendheid om rouwzorg te bieden kan tevens een valkuil zijn als professionals oordelen dat de door hen uitgevoerde rouwzorg optimaal is waardoor zij verminderd open staan voor innovatie. Met een zorgvuldige afweging van implementatiestrategieën, het creëren van draagvlak, ambassadeurs binnen de teams, prikkelende educatieve materialen en passende (persoonlijke) aandacht kan het gebruik van de toolbox gestimuleerd worden.

Het gebruik van de toolbox vraagt een gedragsverandering bij IC-professionals en aanpassing van de gebruikelijke procedures. Een mix van implementatiestrategieën toepassen om een verandering in te zetten is veelal effectiever dan een enkele strategie [11]. De meest relevante en toepasbare implementatiestrategieën zijn educatieve strategie, informatieve- en communicatieve strategie en motivationele strategie [12]. Voor de toolbox STRIC kun je denken aan:

- Educatieve strategie waarbij rekening wordt gehouden met individuele leerbehoeften en persoonlijke leerstijl. Klinische lessen, interdisciplinaire teamtrainingen, een e-module, een interactieve workshop en klassikale vaardigheidstraining geven de mogelijkheid tot overdracht van kennis, bewustwording, reflectie en discussie om het draagvlak voor het gebruik van de toolbox te stimuleren. Ook bewust gebruikmaken van informeel leren, dus door van elkaar te leren in de dagelijkse praktijk, kan bijdragen en sluit vaak aan bij de werkwijze op de IC.
- Informatieve- en communicatieve strategieën, zoals een nieuwsbrief, poster, persoonlijk gesprek, inspirerend voorbeeld en filmopname, zijn bedoeld om de IC-verpleegkundigen op de hoogte te stellen van de toolbox en te herinneren aan het gebruiken van de verschillende elementen.

- Motivationale strategie waarbij IC-verpleegkundigen worden geholpen een positieve motivatie te ontwikkelen ten aanzien van de interventie, bijvoorbeeld door kartrekkers, implementatieleiders of teammanagers in elk IC-team. Ook verhalen van ervaringsdeskundigen kunnen ondersteunend zijn om de toolbox te gebruiken. Bijvoorbeeld door spiegelgesprekken en/of filmopnames van interviews met hen. De motivatietheorie van Deci & Ryan [13] stelt drie basisvoorwaarden voor een succesvolle stimulatie:
 - Relatie: IC-verpleegkundigen moeten betrokken worden bij de interventie en het gevoel hebben dat zij gezien en gehoord worden bij de implementatie, zodat het aansluit bij hun professionaliteit en ook daadwerkelijk door hen wordt gedragen.
 - Competentie: IC-verpleegkundigen moeten het gevoel hebben dat ze dit ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren, dat ze voor deze taak zijn toegerust en dat het binnen hun mogelijkheden ligt.
 - Autonomie: ruimte voor IC-verpleegkundigen om zelf een stuk invulling hieraan te geven.

De praktische en flexibele opzet van de toolbox maakt aanpassing aan de lokale context van elke IC-afdeling mogelijk, terwijl de palliatieve zorgbenadering bewaard blijft. Zowel de benadering als de content zijn goed inpasbaar in het onderwijs voor (IC-)verpleegkundigen.

VERDIEPENDE BESCHRIJVING

Om het gebruik van de toolbox op de IC's te bevorderen, zijn twee aspecten essentieel:

1. Leren om de toolbox en rouwzorg goed te hanteren.
2. Inbedden van de toolbox en rouwzorg in de werkprocessen/cultuur/structuur op de afdeling.

Aan de hand van de inventarisatie onder IC-verpleegkundige werden de educatieve wensen en behoeften inzichtelijk gemaakt. Dit is vervolgens vertaald naar actiedoelen en omgezet naar praktische implementatie-acties (het hoe, door de projectgroep). Mogelijke activiteiten werden ingedeeld in het implementatieraamwerk van ZonMw [14]. Dit raamwerk omvat zeven implementatiestrategieën. Per strategie zijn vervolgens afspraken gemaakt over de verdere uitwerking. Deze zijn beschreven in bijlage I 'Overzicht van het ontwikkelproces en tijdspad'.

De concrete uitwerking van implementatiestrategieën is mede gebaseerd op de richtlijn 'End of life Intensive Care' en de theorie van Grol en Wensing [10, 12]. De beschrijving van mogelijke knelpunten, gedragsdeterminanten en daarbij passende activiteiten wordt opgedeeld in vijf fasen.

FASE 1

De eerste fase van implementatie beslaat oriëntatie. Deze fase is erop gericht de doelgroep klaar te maken voor de verandering. De doelgroep moet zich bewust zijn van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de interventie.

ORIËNTATIE			
Mogelijke knelpunten	Gedrags-determinant	Implementatie strategie	Activiteiten
<ul style="list-style-type: none"> • Niet op de hoogte zijn • Geen interesse 	Bewustzijn	Informerende en communicatieve strategie	<p><i>Macroniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichtgeving nieuwsbrief V&VN-IC • Digitale verspreiding poster en informatiemateriaal naar alle IC-afdelingen in Nederland • Artikel in Venticare Magazine • Agenderen voor Venticare congres (2022) en Topics (2022) <p><i>Mesoniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwsbrief IC-afdeling • Inschakelen kartrekkers om 'liever werken op basis van intuïtie' ter veranderen naar evidence-based practice op basis van protocol en toolbox <p><i>Microniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke gesprekken door kartrekkers met IC-verpleegkundigen

FASE 2

De tweede fase is inzicht, dat zich richt op het informeren van de doelgroep over de inhoud van de richtlijn. Activiteiten richten zich voornamelijk op kennis en begrip en inzicht in eigen werkwijze.

INZICHT			
Mogelijke knelpunten	Gedrags-determinant	Implementatie-strategie	Activiteiten
<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende kennis • Overschatting eigen vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis en inzicht 	<ul style="list-style-type: none"> • communicatieve strategie • Educatieve strategie 	<p><i>Macroniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichtgeving nieuwsbrief V&VN-IC • Vermelding op websites www.fcic.nl, www.icconnect • Toolbox, handleiding en materialen publiekelijk toegankelijk delen <p><i>Mesoniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinische lessen • Interdisciplinaire teamtrainingen • E-module • Interactieve workshop • Klassikale vaardigheidstraining • Ervaringsverhalen verspreiden • Filmopnames, promotie materiaal <p><i>Microniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke gesprekken door kartrekkers met IC-verpleegkundigen

FASE 3

De derde fase is acceptatie, dat zich richt op de motivatie van de doelgroep. Activiteiten binnen deze fase richten zich op een positieve houding en de intentie of het besluit om te veranderen.

ACCEPTATIE			
Mogelijke knelpunten	Gedrags-determinant	Implementatie-strategie	Activiteiten
<ul style="list-style-type: none"> • Negatieve houding • Lage veranderbereidheid • Geen intrinsieke motivatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende strategie 	<p><i>Macroniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleutelfiguren en opinieleiders met aandachtsveld <i>End-of-life</i> inschakelen om rouwzorg voor naasten onder de aandacht te brengen <p><i>Mesoniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bediscussiëren van weerstanden binnen een IC-afdeling en oplossingen zoeken • Toolbox aanpassen aan afdelingsbeleid en situatie <p><i>Microniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervisie en persoonlijke demonstratie toolbox

FASE 4

De vierde fase is verandering. Activiteiten richten zich op invoering in de praktijk en bevestiging van het nut van de interventie.

VERANDERING			
Mogelijke knelpunten	Gedrags-determinant	Implementatie-strategie	Activiteiten
<ul style="list-style-type: none">• Niet starten, bv door tijdgebrek, hoge werkdruk of COVID-19 werkzaamheden• Negatieve reacties werkzaamheden	<ul style="list-style-type: none">• Invoering in de praktijk	<ul style="list-style-type: none">• Informerende strategie• Educatieve strategie• Motiverende strategie	<p><i>Macroniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Voorgaande activiteiten herhalen• Evaluatie onderzoek <p><i>Mesoniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Evalueren en zonodig aanpassen interventie en werkwijze per IC-afdeling• Vast aanspreekpunt/contactpersoon voor de toolbox aanstellen <p><i>Microniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Extra ondersteuning bieden

FASE 5

De laatste fase is het behoud van de verandering in de dagelijkse praktijk. De activiteiten richten zich op integratie in bestaande routines en verankering in de organisatie.

BEHOUD			
Mogelijke knelpunten	Gedragsdeter-minant	Implementatie-strategie	Activiteiten
<ul style="list-style-type: none">• Geen integratie werkprocessen• Geen steun vanuit het management	<ul style="list-style-type: none">• Bewustzijn	<ul style="list-style-type: none">• Faciliterende strategie	<p><i>Macroniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Toolbox en educatie rouwzorg opnemen in curriculum IC-opleiding <p><i>Mesoniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Evaringen met de toolbox uitwisselen met andere IC-afdelingen• Spiegelgesprekken met nabestaanden <p><i>Microniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Persoonlijke gesprekken door kartrekkers met IC-verpleegkundigen

EDUCATIE

IN HET KORT

Kennis over rouw en ondersteuning, met concrete handvatten om dit in de praktijk vorm te geven, kan IC-verpleegkundigen helpen om naasten bij te staan in het proces rondom het sterven van de patiënt [15]. Zij hebben behoeften aan interactieve en praktische educatie aan de hand van casuïstiek. Bijvoorbeeld in een klinische les ervaringen bespreken, materialen bekijken en zelf voorbeelden geven van praktijksituaties. Op deze manier nemen IC-verpleegkundigen leiding over het eigen leerproces en worden zij gemotiveerd om de toolbox te gebruiken. Daarnaast is 'bedside teaching' een goede educatieve methode. Het is een manier van informeel leren waarbij IC-verpleegkundigen leren de toolbox te gebruiken door de kennis en ervaring van een collega. Het curriculum van de opleiding tot IC-verpleegkundige kan uitgebreid worden met onderwijs over manieren van rouwen, het rouwproces, rouw in verschillende culturen en rituelen rondom overlijden. Een educatieve strategie op basis van meerdere elementen en herhaling is meest effectief om kennis en vaardigheden bij verpleegkundigen te vergroten [16].

VERDIEPENDE BESCHRIJVING

Behoeften/wensen IC-verpleegkundigen voor werkvormen bij educatie

- Actief/interactief.
- Leren van en met elkaar.
- Bedside teaching; o.l.v. IC-verpleegkundige leren naasten te begeleiden, slechtnieuwsgesprek voeren (bijvoorbeeld over stoppen behandeling en gevolgen daarvan).
- Klinische les, interactief en gekoppeld aan andere werkvormen.
- Deelnemers toolbox laten uitpakken en bij elk onderdeel stilstaan bij de toepassing.
- Posters met uitleg (doel, inhoud, toepassing) op de afdeling.
- Filmpje met uitleg over toolbox (interactief).
- Intervisie.
- Aandacht voor (positieve) ervaringen met gebruik.
- Gebruik van casuïstiek uit de praktijk.
- Ervaringen van naasten over (meer)waarde van gebruik toolbox.
- Herhaalde lessen.

E-LEARNING MODULE INTERCULTURELE ROUWZORG

Verdieping van interculturele aspecten bij rouwzorg met interactieve workshops. In deze module maken IC-professionals kennis met rouw in de breedste zin van het woord. De opzet is als volgt:

BETEKENIS ROUW

- Inleiding rouw met video-opname.
- Welke rituelen en gewoonten horen daarbij?
- Wat voor betekenis heeft rouw vanuit verschillende culturen?
- Welke religieuze elementen komen daarbij kijken?

BEGINPUNT ROUWPROCES

- Inleiding beginpunt rouwproces met video-opname.
- Wanneer begint het rouwproces?
- In welke facetten van het leven hebben we te maken met rouw en hoe reageren wij daarop?
- Hoe verzacht je het slechtnieuwsgesprek als begin van de rouw?
- Welke angsten spelen er bij familieleden in situaties rondom overlijden?
- Hoe kan je het begin van dat proces verzachten en draaglijk maken voor de familie van de patiënt?

BETEKENIS DOOD

- Inleiding betekenis dood met video-opname
- Hoe wordt er gedacht over de dood vanuit verschillende culturen?
- Welke principes en waarden leven daarbij?
- Welke taboes heersen er?
- Hoe verhoud je je hiertoe in de praktijk?

FAMILIEBANDEN EN ROLLENPATRONEN

- Inleiding familiebanden met video-opname
- Hoe zien de familiebanden binnen culturen eruit?
- Is de eerste contactpersoon ook de leider binnen de familie?
- Wie is de leider en hoe kan je die herkennen?
- Hoe ga je om met agressieve emoties van familieleden?

Verder wordt er kennisgemaakt met verschillende interculturele communicatiemodellen. Hierbij kan gedacht worden aan man-vrouw verhoudingen, machtsverhoudingen, hoog- en laag context communicatie, snelle en langzame boodschappen. In ieder hoofdstuk zijn er afbeeldingen, video's en toetsvragen aanwezig, zodat de deelnemer blijvend geprikkeld wordt om de stof goed te begrijpen.

De module is voor alle IC-professionals bedoeld, waaronder verpleegkundigen, teamleiders, unithoofden en artsen. Alle onderwijsmaterialen worden optimaal toegankelijk gemaakt voor de doelgroep, zowel wat betreft bereikbaarheid als financiële kosten. We hopen hiermee de deelnemer zowel van kennis als van inzicht te voorzien, zodat hij/zij zich uiteindelijk beter weet te verhouden tot de patiënt en naasten op de IC.

WETENSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING

Jaarlijks overlijden gemiddeld 15.000 mensen op een IC in Nederland [17]. De daadwerkelijke sterftkans is afhankelijk van de onderliggende ziekte en kan bij hoog-risicopatiënten oplopen tot meer dan 50%. Als de mechanische beademing en ondersteunende medicatie worden gestopt, kan het overlijden al binnen een uur optreden [18]. Soms wordt de dood uitgesteld om naasten de tijd te geven afscheid te nemen, of bij een donatieprocedure. Het overlijden op een IC-afdeling heeft daarom vaak een opvallend 'geregisseerd' karakter en is wezenlijk anders dan stervensituaties buiten de IC-afdeling.

In de ontwikkeling van palliatieve en terminale zorg in Nederland is in het begin minder focus gelegd op de IC-afdeling. Uitgangspunt was en is tenslotte dat patiënten in de palliatieve/terminale fase niet meer worden opgenomen op een IC-afdeling. Het gedachtengoed van palliatieve zorg, gericht op de lichamelijke, sociale, psychische én spirituele dimensies van leven en sterven én op het ondersteunen van naasten [19], op de IC-afdeling krijgt nationaal [20-22] en internationaal [23, 24] recentelijk veel aandacht.

Nabestaanden van patiënten die op de IC-afdeling zijn overleden, kunnen gecompliceerde rouw ontwikkelen. Dit is ernstige en aanhoudende rouw met aanpassingsproblemen [25, 26]. Een multicenter studie op acht IC-afdelingen in Frankrijk rapporteerde een hoge prevalentie van gecompliceerde rouw (25-55%), posttraumatische stress (30-55%) en depressieve klachten (25-60%) onder naasten van patiënten overleden op de IC-afdeling [2]. Al deze problemen komen significant vaker voor bij nabestaanden in stervensituaties gerelateerd aan de IC dan een andere ziekenhuis setting of in de thuis situatie [27, 28]. De externe validiteit voor de Nederlandse situatie is onzeker. Er is slechts één Nederlandse cross-sectionele studie uitgevoerd onder 51 naasten van overleden patiënten op één IC [29]. Deze studie liet zien dat slaapproblemen het meest gerapporteerd werd door nabestaanden en dat 86% binnen 4 tot 16 maanden het werk kon hervatten. Waarschijnlijk zijn demografische kenmerken van naasten, zoals sekse, de relatie tot de persoon die overlijdt, persoonlijkheidskenmerken, culturele achtergrond en opleidingsniveau, geassocieerd met het optreden van gecompliceerde rouw. Daarnaast spelen aspecten rondom het overlijden, zoals ziektebeloop, de "kwaliteit van het sterven" en communicatie door het behandelteam, een belangrijke rol bij

gecompliceerde rouw [2, 27, 30-32]. De BRIC-studie (Bereavement in Relatives in the Intensive Care) studie met een cross-sectioneel pre-post interventie design waarbij een innovatieve toolbox werd geïntroduceerd, werd uitgevoerd om de prevalentie in een Nederlandse IC setting te bepalen [33]. Tijdens de covid-19 pandemie waren de symptomen van gecompliceerde rouw gemiddeld hoger dan in de nulmeting, 60.9 ± 9.4 en 37.4 ± 8.8 in een range van 17-85 respectievelijk [34]. Ook bleek in deze studie dat verpleegkundigen bekwaam zijn om nabestaanden te ondersteunen in een emotioneel moeilijke situatie. Het gebruik van de toolbox werd gewaardeerd door nabestaanden als een positieve aanvulling op de reguliere zorg.

RICHTLIJNONTWIKKELINGEN

Een Amerikaanse IC-richtlijn adviseert om beleid te ontwikkelen om naasten te ondersteunen bij rouw [35]. In de Nederlandse richtlijn uit 2009 over het nalaten, staken of afzien van behandelingen wordt aandacht aan nabestaanden benoemd, echter niet verder geconcretiseerd [36]. De recentere richtlijn 'End-of-life care bij IC-patiënten, de verpleegkundige zorg' [10, 15] is gericht op ondersteunende communicatie met naasten en nabestaanden. Echter, in een op levensreddend handelen gerichte IC-cultuur is het niet vanzelfsprekend om met naasten stil te staan bij de gevolgen van een plotselinge dood van een geliefde. De richtlijn met 106 aanbevelingen had daarom nauwelijks invloed op de praktische invulling van rouwzorg op IC-afdelingen in Nederland.

INTERVENTIES BIJ ROUWZORG

Internationaal worden elementen van de toolbox, zoals communicatie en follow-up na het overlijden, als een belangrijk speerpunt beschouwd [37, 38]. Echter, door het ontbreken van een formele behandelrelatie met naasten, is follow-up in rouwzorg voor naasten momenteel geen speerpunt vanuit de IC-afdeling. Er is geen standaard beleid dat voorziet in het inschakelen van bijvoorbeeld een huisarts, maatschappelijk werker of geestelijk verzorger. Desondanks heeft een derde van de nabestaanden van overleden IC-patiënten behoefte aan professionele ondersteuning bij rouw [39, 40]. Gerandomiseerd onderzoek naar gestructureerde gesprekken over rouw toonde aan dat nabestaanden uit de interventiegroep drie maanden na het overlijden significant minder last hadden van posttraumatische stress (45% versus 69%) en depressie (29% versus 56%) [27]. Naasten waarderen een nazorggesprek met een verpleegkundige om te praten over het al dan niet lijden of benauwdheid van de patiënt, de eigen situatie, gevoelens van eenzaamheid, en perspectief op de toekomst [41]. Oncologie verpleegkundigen hebben een brede expertise opgebouwd in dit domein [4]. Ook op neonatologie en kinderafdelingen is het toepassen van ondersteunende materialen en nazorg gebruikelijk. IC-verpleegkun-

digen daarentegen, geven aan onvoldoende handvatten te kunnen toepassen om naasten te ondersteunen in het rouwproces [42]. Een van de ervaren belemmeringen is het ontbreken van de juiste communicatievaardigheden bij IC-verpleegkundigen [43]. Een pilot-studie naar gestructureerde vorm van gesprekken vanuit het IC-team met de naasten toonde aan dat goede communicatie gezondheidsgerelateerde klachten op langetermijn bij naasten kan verminderen [44].

Het gebruiken van een afscheidsmant, inclusief materialen met een spiritueel karakter of om een blijvende herinnering te maken, krijgt in Nederland steeds meer navolging. Daarmee is er een grote mate van overeenstemming en een positieve waardering binnen de verpleegkundige beroepsgroep over de implementatie van de toolbox.

REFERENTIES

1. Verkade, M.A., et al., Withdrawal of life-sustaining treatment in a mixed intensive care unit: most common in patients with catastrophic brain injury. *Neurocritical care*, 2012. 16(1): p. 130-135.
2. Kentish-Barnes, N., et al., Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, 2015. 45(5): p. 1341-1352.
3. Long, A.C. and J.R. Curtis, Quality of dying in the ICU: understanding ways to make it better. *Intensive care medicine*, 2014. 40(11): p. 1793-1793.
4. Witkamp, F.E., et al., Effect of palliative care nurse champions on the quality of dying in the hospital according to bereaved relatives: a controlled before-and-after study. *Palliative medicine*, 2016. 30(2): p. 180-188.
5. Noome, M., et al., The perspectives of intensive care unit nurses about the current and ideal nursing end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2016. 18(3): p. 212-218.
6. Metaxa, V., et al., Palliative care interventions in intensive care unit patients - a systematic review protocol. *Syst Rev*, 2019. 8(1): p. 148.
7. Wagener, S., et al., Unexpected needs for follow-up bereavement care in relatives in European Society Intensive Care Medicine (ESICM). 2019: Berlin.
8. Kalkman, N., C.A. Den Uil, and M.M.C. van Mol, Designing an educational program for bereavement care of family relatives in the intensive care., in *The European Federation of Critical Care Nursing Associations (EfCCNa)*. 2019: Ljubljana.
9. Appleton, E.E.S., *An Inquiry into how some Muslims and Hindus in Indonesia Relate to Death*. 2020, University of Agder.
10. Lectoraat Acute Intensieve Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Richtlijn 'End-of-life care bij IC-patiënten, de verpleegkundige zorg' Aanvulling: de culturele, levensbeschouwelijke en religieuze aspecten van End-of-life care (2016) Retrieved from <https://blog3.han.nl/acute-intensieve-zorg/wp-content/uploads/sites/33/2014/01/Richtlijn-End-of-life-care-bij-IC-pati%C3%ABnten-de-verpleegkundige-zorg.pdf>
11. Spoon, D., et al., Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 2020: p. 103748.
12. Grol, R., et al., *Improving patient care: the implementation of change in health care*. 2013: John Wiley & Sons.
13. Deci, E.L. and R.M. Ryan, Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/Psychologie canadienne*, 2008. 49(3): p. 182.
14. ZonMw. Implementatiestrategieën. Retrieved from <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/implementatiepagina/implementatie-strategieen/>
15. Noome, M., et al., Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'End of life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 2017. 73(6): p. 1339-1354.
16. Gomarverdi, S., et al., Effects of a multi-component educational intervention on nurses' knowledge and adherence to standard precautions in intensive care units. *Journal of infection prevention*, 2019. 20(2): p. 83-90.
17. NICE. Basic data ICUs in the Netherlands. [cited 2019; Available from: <https://www.stichting-nice.nl/datainbeeld/public>.
18. van Beinum, A., et al., Exploration of withdrawal of life-sustaining therapy in Canadian intensive care units. *Journal of intensive care medicine*, 2016. 31(4): p. 243-251.
19. Teunissen, S. and D. Willems, *Algemene inleiding op palliatieve zorg*. Vol. 1. 1999: Bohn Stafleu van Loghum.
20. Ågård, A.S., et al., Identifying improvement opportunities for patient-and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. *Journal of Critical Care*, 2019. 49: p. 33-37.
21. Gerritsen, R.T., et al., Quality of dying and death in the ICU. The euroQ2 project. *Journal of Critical Care*, 2018. 44: p. 376-382.
22. Jensen, H.I., et al., Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project. *Critical Care*, 2017. 21(1): p. 1-10.
23. Lopez-Soto, C., et al., The role of a liaison team in ICU family communication during the COVID 19 pandemic. *Journal of pain and symptom management*, 2021. 62(3): p. e112-e119.
24. Metaxa, V. *End-of-life issues in intensive care units*. in *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2021. Thieme Medical Publishers, Inc.
25. Holland, J.M., et al., Prolonged grief symptoms related to loss of physical functioning: examining unique associations with medical service utilization. *Disability and rehabilitation*, 2016. 38(3): p. 205-210.
26. Boelen, P.A. and G.E. Smid, Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ*, 2017. 357: p. j2016.
27. Lautrette, A., et al., A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 2007. 356(5): p. 469-478.
28. Kentish-Barnes, N., et al., CAESAR: a new tool to assess relatives' experience of dying and death in the ICU. *Intensive care medicine*, 2016. 42(6): p. 995-1002.
29. van der Klink, M.A., et al., Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010. 26(4): p. 215-225.
30. Kentish-Barnes, N., et al., Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive care medicine*, 2017. 43(4): p. 473-484.
31. Long, A.C., et al., Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: creation of a conceptual model addressing identification, prevention, and management. *Intensive care medicine*, 2014. 40(6): p. 820-829.
32. de Graeff, N., et al., Culturally sensitive communication in end-of-life care: the care for Muslim patients as an example. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2017. 161: p. D1410.

33. van Mol, M.M., et al., Developing and testing a nurse-led intervention to support bereavement in relatives in the intensive care (BRIC study): a protocol of a pre-post intervention study. *BMC Palliative Care*, 2020. 19(1): p. 1-10.
34. van Mol, M., et al., Symptoms of psychological distress among bereaved relatives of deceased patients in the intensive care unit during the first COVID-19 wave. *Intensive Care Medicine*, 2022: p. 1-2.
35. Davidson, J.E., et al., Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical care medicine*, 2017. 45(1): p. 103-128.
36. Nvic, C.I., [Quality indicators to Intensive Care Units and High Care wards]. *Neth J Crit Care*, 2004. 8: p. 423-8.
37. Egerod, I., et al., Elements of intensive care bereavement follow up services: A European survey. *Nursing in Critical Care*, 2019.
38. Riegel, M., S. Randall, and T. Buckley, Memory making in end-of-life care in the adult intensive care unit: A scoping review of the research literature. *Australian Critical Care*, 2019. 32(5): p. 442-447.
39. Morris, S.E. and S.D. Block, Adding value to palliative care services: the development of an institutional bereavement program. *Journal of palliative medicine*, 2015. 18(11): p. 915-922.
40. Latour, J.M., P. Fulbrook, and J.W. Albarran, EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end of life care. *Nursing in critical care*, 2009. 14(3): p. 110-121.
41. Milberg, A., et al., Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of pain and symptom management*, 2008. 35(1): p. 58-69.
42. Crump, S.K., M.A. Schaffer, and E. Schulte, Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2010. 29(6): p. 297-306.
43. Boyle, D.A., et al. Palliative Care Communication in the ICU: Implications for an Oncology-Critical Care Nursing Partnership. in *Seminars in oncology nursing*. 2017. Elsevier.
44. Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., ... & Azoulay, E. A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *The Lancet*, 2022

RELEVANTE LINKS

ALGEMEEN

www.fcic.nl

www.icconnect.nl

INTERCULTURELE ROUWZORG; E-MODULE VOOR PROFESSIONALS

<https://www.learnmed.nl/courses/interculturele-rouwzorg/>

KENNISCLIP VAN DE RICHTLIJN END-OF-LIFE CARE:

de verpleegkundige zorg <https://vimeo.com/266205549/a829328cec>.

KNUFFELS

<https://www.linkedin.com/company/knuffelmakers/posts/?feedView=all>

PHERON MEMORYBOX

<https://stichtingpheron.nl/pheron-memory-box/>

PODCASTSERIE 'OP LEVEN EN DOOD'

<https://open.spotify.com/show/0v8YKB6z360q3SucJyXq1l>

PROJECT OOG VOOR NAASTEN METHODIEK (LEIDEN)

<https://www.lumc.nl/org/unc-zh/onderzoek/Palliatievezorgbijdementie/Oogvoornaasten/OogvoorNaastenmethodiek/>

RICHTLIJN END-OF-LIFE

http://www.fcic.nl/files/8414/6793/8347/Aanvulling_op_richtlijn_End-of-life_care_bij_IC-patiente_de_verpleegkundige_zorg.pdf

ROUWZORG VOOR NAASTEN OP DE INTENSIVE CARE

www.fcic.nl/onze-projecten/rouwzorg

BIJLAGE I

OVERZICHT VAN HET ONTWIKKELPROCES EN TIJDSPAD

Van augustus 2020 tot maart 2022 is gewerkt aan de ontwikkeling van de toolbox STRIC: 'Sterven en Rouwen op de Intensive Care'. Een toolbox die verpleegkundigen praktische handvatten biedt om naasten te ondersteunen bij naderend verlies door het overlijden van de patiënt; van hun geliefde, hun vader of moeder, broer of zus, hun kind misschien. Dat was precies gedurende de eerste jaren van de covid-19-pandemie. Mede door de oplopende werkdruk op de IC-afdelingen van de participerende ziekenhuizen heeft het totale project vertraging opgelopen ten opzichte van de oorspronkelijke planning. Toch gaf dit ook de urgentie weer. Hoe helder kwam op het netvlies van alle stakeholders dat ondersteuning bij rouw en verlies ook op een IC-afdeling een prominente plaats verdient in de totale zorg die de IC-professionals bieden. Dat maakt de implementatie van de toolbox STRIC mogelijk nog meer essentieel en herkenbaar. De materialen om de aandacht te richten op de toolbox STRIC en educatie van IC-professionals met betrekking tot verlies en rouw zijn publiekelijk toegankelijk om een brede verspreiding te stimuleren.

ACTIVITEITENPLAN EN TIJDSLIJN STRIC

Het tijdspad van het project verliep als volgt:

TIJDSLIJN	SAMENVATTING VAN DE ACTIVITEITEN IN PROJECT STRIC:
Start 1 augustus 2020	Werkgroep gevormd met minimaal drie IC-afdelingen (Gelre Ziekenhuis, Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) en Erasmus MC) in samenwerking met HR, HAN en Stichting FCIC/IC-Connect. Projectbijeenkomst september 2020 om het plan van aanpak te bespreken, tijdslijn vast te stellen en projectactiviteiten in onderlinge afstemming te verdelen.
augustus - december	Beperkte literatuurreview voor een wetenschappelijke verdieping op culturele aspecten rondom overlijden op een IC-afdeling. Voorbereiding in werkgroep, uitvoering in drie studentprojecten van HR en HAN. Beperkte literatuurreview voor wetenschappelijke verdieping op de educatieve strategieën voor IC-verpleegkundigen m.b.t. interventies rondom rouw en verlies in studentenproject van HR.
oktober - november	Mogelijkheden verkennen om de toolbox verder uit te breiden door verfijning van bestaande interventies en ontwikkelen van innovatieve aanvullingen in (culturele) attributen en ondersteunende materialen. Dit werd opgevraagd via: Gelre Ziekenhuis, ETZ en Erasmus MC V&VN-IC, bestuur en landelijke nieuwsbrief Oproep in nieuwsbrief Venticare (landelijk groot bereik doelgroep) Individuele contacten met twee NICUs Richtlijn End-of-Life Projectbijeenkomst november 2020 onder andere om de toolbox inhoudelijk vast te stellen en projectactiviteiten te monitoren.
december - februari 2021	Conceptbeschrijving; theoretische onderbouwing, culturele aspecten, elementen van de toolbox, educatieplan, implementatieplan. Projectbijeenkomst februari 2021
maart - juni	Ontwikkelen en beschrijven implementatiestrategieën om landelijke inbedding van de toolbox te stimuleren. Projectbijeenkomst juni 2021 met taakverdeling om de strategieën te vertalen in haalbare actiepunten

juli 2021 - maart 2022	Producten ontwikkelen door de projectgroep Educatiematerialen zoals presentatie(s), e-module, klassikale training over (complexe) rouw, communicatie, gebruik van de toolbox, palliatieve zorg Animatievideo over het gebruik van de toolbox Inspirerende filmopname met ervaringen van nabestaanden en toepassing door IC-team
februari-maart	Handleiding voor IC-professionals schrijven door projectleiders (Margo van Mol en Erika Witkamp) in samenwerking met de werkgroep.
maart	Beschrijving voor website FCIC www.fcic.nl en IC-Connect www.icconnect.nl
maart/april	Valorisatie van de resultaten Afronding project 30 april 2022
april - juni	Communicatie met betrekking tot afronding van project STRIC: Presentatie tijdens nationale congressen (TopICs en najaarscongres FCIC) Vlog en/of blog publiceren Artikel publiceren in Nederlandstalig vaktijdschrift

SAMENWERKING

Het perspectief van nabestaanden van patiënten overleden op de IC-afdeling werd vertegenwoordigd door stichting FCIC/IC-Connect. In de verfijning van de toolbox hebben zij actief advies ingebracht. Ook participeerden zij in de processen om de toolbox STRIC te beschrijven. Dat werd zichtbaar via de gezamenlijke werkgroep, door actieve deelname in de voorgenomen activiteiten en het verspreiden van de resultaten via de websites www.fcic.nl en www.icconnect.nl.

De samenwerking van IC-professionals in verschillende organisaties is ontstaan binnen het eigen netwerk. Het Erasmus MC, het Gelre Ziekenhuis en het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) zijn gelijkwaardige partners in de ontwikkeling van toolbox STRIC en materialen om de aandacht te geven aan het gebruik ervan. De Hogeschool Rotterdam (HR) en specifiek de minor acute zorg, en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) werden betrokken door middel van studentopdrachten.

Vier 4e-jaars hbo-v studenten aan de HR hebben in hun onderzoeksproject inzichtelijk gemaakt welke specifieke ondersteuning naast van IC-patiënten met een Hindoestaanse achtergrond in de terminale fase nodig hebben.

- Vier 4e-jaars hbo-v studenten aan de HR hebben in hun onderzoeksproject inzichtelijk gemaakt welke specifieke ondersteuning naast van IC-patiënten met een Islamitische achtergrond in de terminale fase nodig hebben.
- Vier 4e-jaars hbo-v studenten aan de HAN hebben in hun onderzoeksproject inzichtelijk gemaakt welke specifieke ondersteuning naast van IC-patiënten met een orthodox katholieke achtergrond in de terminale fase nodig hebben.
- Vijf 4e-jaars hbo-v studenten aan de HR hebben in hun onderzoeksproject inzichtelijk gemaakt aan welke voorwaarden de educatiematerialen of methoden moeten voldoen om IC-verpleegkundigen te ondersteunen in het gebruik van de toolbox. Aan de hand van een beperkte literatuurstudie en een kwalitatieve praktijkstudie concludeerden zij dat IC-verpleegkundigen behoeften hebben aan interactieve en praktische educatie aan de hand van casuïstiek.

INVENTARISATIE WENSEN EN BEHOEFTE IC-VERPLEEGKUNDIGEN

Uit de voorgestelde acties zijn concrete aanbevelingen per strategie opgesteld.

Hierin is overlap te herkennen, zoals een korte animatiefilm over de toolbox STRIC welke zowel een educatieve, een informerende als een motiverende strategie kan zijn. Voor de volledigheid per strategie zijn alle aanbevelingen gerapporteerd.

EDUCATIEVE STRATEGIEËN

- Motivatie tot gebruik is dat IC-verpleegkundigen zich goed getraind voelen om toolbox in te zetten. Dan gaat het ook over eigen communicatie en de ondersteuning van naasten. Daarin is gezamenlijke inspanning als team essentieel. Dat vertaalt zich naar bespreekbaar maken van punten zoals: Hoe doe je dit als team? Steun je je collega in de rouwbegeleiding? Is er ruimte voor emoties bij collega's onderling? Vinden we iets van elkaar wanneer een collega het op een andere manier doet dan zoals jij het doet?
- Basistraining en educatie over gebruik de toolbox inzetten, inclusief materiaal over/aandacht voor interculturele zorg en elementen van de toolbox (voor iedereen).
- In het eerste jaar kunnen ambassadeurs van STRIC mogelijk ondersteunen. Denk aan intervisiebijeenkomsten (dit kan binnen teams, denk aan een spiegelgesprek met een naaste na ervaring met de toolbox).
- Zorg voor minstens één intensivist en IC-verpleegkundige die affiniteit hebben met de toolbox STRIC zodat zij als vraagbaak kunnen dienen en hulp bieden bij educatie.
- Praktische (klinische) les opzetten voor teamtraining, nascholing, IC-opleiding over hoe de toolbox te introduceren en te gebruiken.
- Animatie of film gebruiken om duidelijkheid te geven over wat de toolbox inhoudt (naast materialen ook processen benoemen) en hoe deze bedoeld is, dus troost en waardevolle herinneringen maken.
- Korte film met enkele nabestaanden, korte quotes of maximaal 1 minuut ervaring delen.

- Webinar/refereeravond/minisymposium organiseren. Bij voorkeur landelijk of misschien juist meer regionaal voor de toegankelijkheid, wel met de intentie om verbinding te krijgen buiten de eigen IC-afdeling.
- Een training rouw en verlies aanbieden. Bijvoorbeeld een tweedaagse training met een rouw- en verliesdeskundige, voor ambassadeurs en/of geïnteresseerden in het onderwerp op een IC-afdeling.
- Gebruiksaanwijzing van de toolbox en materialen/middelen opnemen in de toolbox. Denk ook aan gesprekstechnieken die toegepast kunnen worden.
- Met de komst van EPA's en het verleggen van het leren naar de praktijk is het belangrijk om onderwijs aan te bieden op de werkvloer.
- Handvatten aanbieden die betrekking hebben op communicatietechnieken en culturele aspecten (waarom wil de naasten wel/niet over de dood praten e.d.).
- Gebruikmaken van goede voorbeelden en daarbij een vlog laten opnemen door een enthousiaste verpleegkundige om te delen binnen het team.
- Zorgen dat IC-verpleegkundigen uit verschillende ziekenhuizen aan elkaar gekoppeld blijven om voorbeelden met elkaar te delen en het gebruik van de toolbox te promoten.

MOTIVERENDE STRATEGIEËN

- Korte film met enkele nabestaanden, korte quotes of maximaal 1 minuut ervaring delen.
- Uitleg over de toolbox STRIC in een aantrekkelijke animatie verwerken.
- Motivatie tot gebruik is dat IC-verpleegkundigen zich goed geschoold voelen om de toolbox in te zetten. Hierbij is overlap met de educatieve strategieën.
- Intensivisten, verpleegkundig specialisten, physician assistants en andere disciplines moeten ook op de hoogte zijn van aanwezigheid van de toolbox STRIC.
- Herinner elkaar om de toolbox in te zetten.
- Idealiter wil je ook dat er een intensivist betrokken is bij de implementatie op de IC-afdeling zodat de verpleegkundige en de intensivist aanspreekpunt zijn en het onder alle zorgprofessionals op de afdeling gaat leven.
- De toolbox wordt niet ingezet als men de meerwaarde er niet van inziet. Daarom inzetten op het helder krijgen (formuleren en zichtbaar maken) van de meerwaarde van de toolbox. Er moet autonomie voor de verpleegkundigen zijn bij de inzet van middelen/materialen. Het niet inzetten van de toolbox kan te maken hebben met onwetendheid, onvoldoende ervaring met toolbox, niet weten waar het voor is/hoe te gebruiken. Visie 'niemand gebruikt hem dus ik ook niet'.
- Voorwaarden creëren dat IC-verpleegkundigen, leerlingen en andere disciplines regelmatig praten over de inzet van de toolbox en ideeën uitwisselen.
- Beeldmateriaal gebruiken over inhoud toolbox en de toepasbaarheid.

MARKTGERICHTE STRATEGIEËN

- Gebruikmaken van netwerk deelnemers STRIC.
 - Nieuwsbrief V&VN-IC aandacht vragen voor toolbox.
 - Webinar organiseren over gebruik van toolbox.
 - Inzet van Social media, Venticare Magazine.
- Concreet product maken met verschillende opties en situaties dat op afdelingen kan komen te hangen. Hierin ook verschillende manieren van rouw aan bod laten komen.

INFORMERENDE STRATEGIEËN

- Zorgen dat IC-verpleegkundigen uit verschillende ziekenhuizen aan elkaar gekoppeld blijven om voorbeelden met elkaar te delen en het gebruik van de toolbox te promoten.
- Concreet product maken met verschillende opties en situaties wat op afdelingen kan komen te hangen. Hierin ook verschillende manieren van rouw aan bod laten komen.
- Gebruikmaken van netwerk deelnemers STRIC.
 - Nieuwsbrief V&VN IC aandacht vragen voor toolbox.
 - Webinar organiseren over gebruik van toolbox.
 - Inzet van Social media , Venticare Magazine.
- Gebruik op de IC van een poster over de toolbox, zodat met eraan herinnerd wordt.
- Toolbox wordt nu niet ingezet als men de meerwaarde er niet van inziet. Daarom inzetten op het helder krijgen (formuleren en zichtbaar maken) en de meerwaarde van de toolbox. Er moet autonomie voor de verpleegkundige zijn bij de inzet van middelen/materialen. Het niet inzetten van de toolbox kan te maken hebben met onwetendheid, onvoldoende ervaring met toolbox, niet weten waar het voor is/ hoe te gebruiken. Denk aan social onveiligheid; 'niemand gebruikt hem dus ik ook niet'.
- Animatie of film (laten) gebruiken om duidelijkheid te geven over wat er in de toolbox zit (naast materialen ook processen benoemen) en hoe deze bedoeld is, dus troost en waardevolle herinneringen maken.
- Webinar/refereeravond/minisymposium organiseren. Bij voorkeur landelijk of misschien juist meer regionaal voor de toegankelijkheid. Wel bedoeld om ook verbinding te krijgen buiten de eigen IC-afdeling.
- Intensivisten, verpleegkundig specialisten, physician assistants en andere disciplines moeten ook op de hoogte zijn van aanwezigheid toolbox STRIC.
- Elkaar helpen herinneren om de toolbox in te zetten.
- Handvatten aanreiken met betrekking op communicatietechnieken, culturele aspecten (waarom wil de familie wel/niet over de dood praten e.d.).
- Gebruiksaanwijzing van de toolbox en materialen/middelen opnemen in de toolbox. Denk ook aan gesprekstechnieken die toegepast kunnen worden.
- Beeldmateriaal maken over de inhoud en toepasbaarheid van de toolbox.
- Idealiter wil je ook dat er een intensivist betrokken is bij de implementatie op de IC-afdeling zodat de verpleegkundige en de intensivist aanspreekpunt zijn en het onder alle zorgprofessionals op de afdeling gaat leven.

ORGANISATORISCHE STRATEGIEËN

- Wanneer er gewerkt wordt met checklijsten in het elektronisch patiënten dossier rondom overlijden de verwijzing naar toolbox STRIC hierin opnemen.
- Beleid invoeren waarmee de verpleegkundige deze toolbox laagdrempelig moet en kan inzetten.
- Helder uitgangspunt: Verleen je rouwzorg? Dan zet je de toolbox in. Als je niks gebruikt, verantwoord je dat (bijvoorbeeld als de familie aangeeft dat er geen behoefte aan is).
- Intensivisten en andere IC-teamleden moeten ook op de hoogte zijn van aanwezigheid toolbox STRIC.
- Elkaar helpen herinneren om de toolbox in te zetten.
- Eerste verantwoordelijke aanstellen binnen een IC-afdeling om de toolbox te controleren (en aanvullen/bestellen van materialen). De verantwoordelijke kan ook scholing organiseren op zijn of haar IC-afdeling.
- Toolbox STRIC wordt op een zichtbare en centrale plek geplaatst en moet 'opvallen' waardoor verpleegkundigen getriggerd worden de toolbox in te zetten.

FACILITERENDE STRATEGIEËN

- Toolbox STRIC wordt op een zichtbare en centrale plek geplaatst en moet 'opvallen' waardoor verpleegkundigen getriggerd worden de toolbox in te zetten.
- Het gaat ook over het team, hoe doe je dit als team? Steun je je collega in de rouwbegeleiding? Is er ruimte voor emoties bij collega's onderling? Vinden we iets van elkaar wanneer een collega het op een andere manier doet dan jij het zou doen? Et cetera. Ook hieraan aandacht besteden.
- Voorwaarden creëren dat IC-verpleegkundigen, leerlingen en andere disciplines regelmatig praten over de inzet van de toolbox en ideeën uitwisselen.
- Wanneer er gewerkt wordt met checklijsten in het elektronisch patiënten dossier rondom overlijden de toolbox STRIC hierin opnemen.

PATIËNTGERICHTE STRATEGIEËN

- Folder over verlies en rouw is beschikbaar voor naasten met korte informatie wat zij kunnen verwachten.
- Patiëntfolder ontwikkelen met specifieke informatie vanuit eigen ziekenhuis en/of IC-afdeling en over de toolbox zodat naasten hierover geïnformeerd kan worden.

COLOFON

Tekst

Margo van Mol, Erika Witkamp, Peter Spronk en Mustafa Bulut

Eindredactie

Overbosch Communicatie

Vormgeving

Elles Kruip

Illustraties pagina 9 en 11

Filmstills uit De afscheidsmant www.fcic.nl

Maart 2022