



DE ZIEKTE OF DE ZIEKE

Balanceren tussen evidence-based practice en een luisterend oor

Verpleegkundigen zijn goed in het bewaken van de continuïteit van zorg en in instructie en begeleiding van patiënten. Ze houden zich ook beter aan richtlijnen dan artsen. Maar zorg heeft ook een subjectieve kant. ‘Als je daar niet op let, gooi je iets wezenlijks overboord.’

HENK MAASSEN

Patiënten die op de MDL-afdeling van het AMC worden opgenomen, hebben nogal eens een alcoholprobleem. ‘Maar’, vertelt verpleegkundige Chantal Bakhuizen, ‘mijn collega en ik signaleerden een paar jaar geleden dat artsen bij veel patiënten eigenlijk weinig actie ondernamen. Meestal gaven ze een goed bedoeld advies. ‘U moet stoppen met drinken’ of ‘U gaat dood als u zo door blijft gaan’, zeiden ze dan. Maar dat werkt helemaal niet. Die patiënten weten best dat drinken slecht voor ze is, maar dat is voor hen nog geen reden om te stoppen.’ Sinds enige tijd nemen verpleegkundigen daarom een alcoholanamnese af en worden patiënten met alco-

holproblemen doorverwezen naar het ‘laagdrempelige’ Jellinek-spreekuur in het ziekenhuis. Maar er gebeurt meer. Annemarie Fouwels, psychiater in het AMC en AMC de Meren, was als deskundige ‘interactievaardigheden’ bij het project betrokken. ‘We doen eigenlijk twee dingen. Eerst wordt de patiënt in de verpleegkundige anamnese precies uitgevraagd over zijn drinkgewoonten. Als die voor diens medische conditie ongunstig blijken, starten we vervolgens, met toestemming van de patiënt, zogeheten motiverende gespreksvoering; een goede methode om gedragsverandering te bewerkstelligen.’

Een methode die, althans op papier, verpleegkundigen beter ligt dan artsen, volgens Bakhuizen. ‘We proberen op een vrij ongedwongen, informele manier te achterhalen waarom

een patiënt aan zijn of haar slechte gewoonte vasthoudt. Mensen hebben meer ontzag voor de dokter, tegenover ons zijn ze openhartiger.'

HETE BRIJ

'Een dokter is meer gewend om dingen uit te leggen en om vragen te stellen in de trant van: "Waar heeft u last van?" Vragen naar motieven van patiënten, zoals: "Waarom drinkt of rookt u eigenlijk?" passen minder bij de professionele identiteit van artsen. Ze moeten daarvoor uit hun rol stappen en *levelen* met de patiënt', aldus psychiater Fouwels. 'En dat is, ik chargeer nu enigszins, toch anders dan wat ze gewend zijn te doen. Bovendien kan dat qua tijdsbeslag nogal uit de hand lopen. Verpleegkundigen past zoiets beter: zij zijn veel meer gewend met patiënten te spreken over hoe ze in het leven staan.'

En toch blijkt het leren van motiverende gespreksvoering ook voor verpleegkundigen een lastige zaak. 'De theorie is niet zo moeilijk, maar de praktijk is weerbarstig. Patiënten zijn nu eenmaal zeer bedreven in het om de hete brij heen draaien. De daarvoor noodzakelijke algemene gespreksvaardigheden tref je vooral aan bij beroepskrachten die daarin specifiek geschoold zijn, zoals maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Maar ook onder verpleegkundigen vind je gelukkig natuurtalenten.'

Dat het initiatief niettemin een succes is geworden, komt juist door de gecombineerde inzet van kunde en kennis van artsen en verpleegkundigen. Fouwels spreekt van synergie.

KWALITEIT VAN LEVEN

Het AMC-project wortelt in het klassieke onderscheid tussen beide beroepsgroepen: de dokter is goed in diagnostiek en behandeling van de ziekte, de verpleegkundige in de zorg voor de zieke als persoon en het in kaart brengen van de gevolgen die hij of zij van de ziekte ondervindt. 'Een cardioloog', licht Rianne de Wit, hoogleeraar verplegingswetenschap aan de Universiteit Maastricht/academisch ziekenhuis Maastricht, met een ander voorbeeld toe, 'is geïnteresseerd in cardiologische problemen, en minder in gevolgen van andere ziekten waarmee zijn patiënt behept is. Voor de verpleegkundige ligt dat totaal anders. Of de patiënt nu pijn heeft vanwege de ene of de andere aandoening, dat doet er niet toe. Het gaat erom dat de pijn consequenties heeft voor diens kwaliteit van leven.'

Maar volgens De Wit groeien verpleegkunde en geneeskunde wel meer naar elkaar toe. Verpleegkundigen en artsen werken, zoals bekend, steeds meer multidisciplinair. Bovendien is er een continue verschuiving gaande waarbij verpleegkundigen handelingen verrichten die in het verleden door artsen werden uitgevoerd. Of ze voeren nieuwe handelingen uit die voorheen nog niet bestonden (zie ook *pag. 591 en 12*). De Wit: 'Dat varieert van het geven van voorlichting aan patiënten tot het coördineren van de pre-, peri- en postoperatieve zorg, tot de recente ontwikkeling waarbij gespecialiseerde verpleegkundigen zelfstandig geneesmiddelen voorschrijven aan gediagnosticeerde patiënten.'

PATIËNTEN WASSEN

Er is de laatste decennia veel veranderd, zo vindt ook Anneke Francke, verpleegkundige en gepromoveerd op een verplegingswetenschappelijk onderwerp, en nu leider van het onderzoeksprogramma Verpleging en Verzorging bij het Nivel. 'Vijf-

entwintig jaar geleden werkte ik taakgericht: dat betekent dat ik de ene dag alle patiënten moest wassen en er de volgende dag voor diende te zorgen dat iedereen zijn medicatie kreeg. Nu is het patiëntgerichte werken gemeengoed. Dat komt voort uit een wetenschappelijke en professionele benadering van het beroep van verpleegkundige. Ook de manier waarop dokters met verpleegkundigen omgaan, is ingrijpend gewijzigd. Nu hebben ze te maken met verschillende verpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor een aantal patiënten. Vroeger hadden ze alleen van doen met de hoofdverpleegkundige.'

ARGUSOGEN

In het algemeen, aldus Rianne De Wit, zijn verpleegkundigen goed in het bewaken van de continuïteit van zorg en in instructie en begeleiding van patiënten. Nog een sterk punt van verpleegkundigen is dat ze zich beter aan richtlijnen houden dan artsen, weet De Wit. 'Dat is begrijpelijk, want zeker gespecialiseerde verpleegkundigen en nurse practitioners hebben een wereld te winnen en moeten zich nog waarmaken. Ze worden nog steeds een beetje met argusogen bekeken, door patiënten én dokters.'

Momenteel begeleidt De Wit een onderzoek bij patiënten met atriumfibrilleren. Daarin wordt het effect van geprotocolleerde, ICT-ondersteunde behandeling door cardiologen verge-

'De kwaliteiten van hoogopgeleide verpleegkundigen worden niet maximaal benut'

leken met die door verpleegkundigen. Het onderzoek is nog niet afgerond en dus zijn de langetermijneffecten nog niet bekend. De Wit: 'Maar de tussentijdse analyse wijst uit dat 60 procent van de cardiologen zich houdt aan de richtlijnen, terwijl dat onder verpleegkundigen meer dan 95 procent is. Naar verwachting moet dat gevolgen hebben voor mortaliteit en morbiditeit.'

Ook in de eerste lijn deed ze onderzoek. Diabetesverpleegkundigen blijken betere zorg te leveren dan huisartsen. 'Ook dat hangt deels samen met het feit dat huisartsen zich veel vaker niet aan richtlijnen houden dan verpleegkundigen. In het algemeen werken verpleegkundigen ook meer gestructureerd en vragen ze daardoor problemen beter uit. En, ook niet onbelangrijk, ze hebben meer tijd voor de patiënt.'

MEER HANDEN

Volgens De Wit moet er een constante transfer van wetenschappelijke kennis naar de praktijk van de verpleging op gang komen. Het onderzoek in de verpleegwetenschap moet daarom 'experience-based' zijn, dat wil zeggen gestuurd door problemen uit de praktijk. Vervolgens moeten verpleegkundigen zich al die nieuwe, practice-based kennis eigen kunnen maken. Daar schort het aan, volgens De Wit. 'Een te sterke nadruk op de functionele taken van de zorg leidt ertoe dat verpleegkundigen en verzorgenden onvoldoende kans krijgen om hun profes- >>



In het algemeen werken verpleegkundigen gestructureerder dan artsen en vragen daardoor problemen beter uit. Daarnaast hebben ze meer tijd.

<< sionele deskundigheid en verantwoordelijkheid op peil te houden.’

Bovendien dreigen verpleegkundigen volgens De Wit ‘verstrikt te raken in de paradox van “meer handen aan het bed”’. ‘Meer handen aan het bed’ betekent namelijk ook minder tijd om nieuwe kennis en vaardigheden op te doen. ‘Zo kan een neerwaartse spiraal op gang komen. Gebrek aan kennis kan daarbij tot gevolg hebben dat zorgproblemen waar verpleegkundigen bij uitstek oog voor hebben, zoals pijn, ondervoeding, delier en decubitus, onvoldoende worden onderkend.’

NIVELLERING

Zover moeten we het niet laten komen, vindt De Wit. Want, zo liet ze in haar oratie van een paar maanden geleden al zien, door de inzet van beter en hogeropgeleide verpleegkundigen neemt de sterftekans af in vergelijking met de inzet van lageropgeleide verpleegkundigen.’ In de meeste Nederlandse ziekenhuizen maken we momenteel echter onvoldoende of geen onderscheid tussen hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen. Dat heeft een nivellering naar beneden tot gevolg. En dat betekent dat we de kwaliteiten van hoogopgeleide verpleegkundigen niet altijd maximaal benutten.’

Daar komt bij dat er een aantoonbaar verband is tussen het aantal verpleegkundigen per patiënt en de kwaliteit van de zorg. Amerikaans onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat het wenselijke aantal patiënten per verpleegkundige vier bedraagt. Stijgt dat aantal patiënten van vier naar zes, dan daalt de patiëntveiligheid. Een toename van het aantal patiënten met een urineweginfectie, longontsteking, gastro-intestinale bloedingen en shock is namelijk het gevolg. Daardoor gaat de mortaliteit omhoog met 14 procent. Personeelstekorten zullen ons dus nog parten gaan spelen, voorspelt De Wit.

REUMASPREEKUR

Gaat dankzij de door De Wit gesignaleerde tendens, waarin geneeskunde en verpleegkunde steeds meer overlap vertonen, de verpleegkundige zich steeds meer oriënteren op de ziekte en minder op de zieke?

Anne Francke van het Nivel gelooft van niet. ‘Juist dat ingaan op gevolgen van een ziekte of aandoening, bijvoorbeeld voor het alledaagse leven, blijft een kerntaak van de meeste

‘Ik denk dat “geen tijd” vaak een excuus is’

verpleegkundigen. Dat blijkt ook uit promotieonderzoek naar het werk van gespecialiseerde verpleegkundigen die COPD- of reumasprekuren houden. Een groot deel van hun werk bestaat naast het nagaan van de noodzaak van hulpmiddelen en het maken van afspraken over medicijngebruik uit het bespreken van de sociale gevolgen van de aandoening.’

Maar hier is wel balanceerkunst gevraagd. Want te grote nadruk op evidence-based practice (EBP) kan de aandacht voor minder tastbare zaken wel degelijk naar de achtergrond duwen.

Dat vindt althans René van Leeuwen: ‘Op zichzelf juich ik EBP toe, maar er zit ook een subjectieve kant aan de zorg. Als je daar niet op let, gooi je iets wezenlijks van het vak overboord.’

Van Leeuwen is docent aan de opleiding verpleegkunde van de Christelijke Hogeschool Ede en promoveerde half februari aan de Rijksuniversiteit Groningen op een onderzoek naar verpleegkundige competenties in de spirituele zorg. Ofschoon zijn onderzoek vooral was gericht op levensbeschouwelijke aspecten, durft hij de stelling wel aan dat een te grote nadruk op de praktische en oplossingsgerichte instelling die de verpleegkunde tegenwoordig kenmerkt, een aandachtig oor voor het verhaal van de patiënt in de weg kan staan. ‘Ik bedoel daarmee vooral: luisteren naar problemen, naar zorgen en levensvragen van patiënten die niet meteen hoeven worden opgelost. Oplossingen bestaan vaak niet eens.’

GEEN TIJD

Aandacht voor het verhaal van de patiënt zou de verpleegkundige correctie moeten zijn op de tendens patiënten te reduceren tot een verzameling bevindingen, uitslagen, verslagen, differentiaaldiagnostische overwegingen en mededelingen over therapeutisch beleid. Het is wat in het onderwijs aan studenten verpleegkunde ‘holistisch verplegen’ heet: aandacht voor alle aspecten van het menselijk functioneren is nodig om de zorgbehoefte vast te stellen en de zorg te plannen.

Van Leeuwen durft in dat verband nog wel een stelling aan: ‘Verpleegkundigen die zeggen dat er geen tijd is voor de patiënt, zeggen meer over hun eigen onmacht om tijd te maken, dan over het feitelijk ontbreken van die tijd. Ik denk dat “geen tijd” vaak een excuus is. De beroepsopvatting van verpleegkundigen verandert. De zorgkant van het vak blijft weliswaar in beeld, maar verliest terrein aan de meer medisch-technische kant. Die staat behoorlijk in de belangstelling - dat merk ik aan mijn studenten.’

Bedoelt hij dus eigenlijk te zeggen dat de ‘holistische visie’ op zijn retour is, dat verpleegkundigen er geen zin meer in hebben? ‘Nee, zo scherp wil ik het nu ook weer niet formuleren’, reageert hij. ‘Het is vaak best te begrijpen. Er is een efficiency-slag gaande in de zorg: ook verpleegkundigen hebben daarmee te maken. Daarom kunnen ze soms ook niet anders.’ ■



Zie ook het artikel in Nursing op pag. 12.