

COMMUNICATIE : “IEDER ZIJN WAARHEID” INTERACTIEVE SESSIE IN ALDEN BIESEN (2003)

auteur : **Stefaan Maddens**

Deze sessie kon gerust onder andere titels worden gepresenteerd: “Ik, drinken? ...Wat denkt ge wel?” of “Liegen patiënten?”. De doelstelling was om als dialyseverplegende even stil te staan bij de manier waarop wij met onze patiënten communiceren en de efficiëntie ervan. Gezien het ervaren doelpubliek kon dit het best op een interactieve manier, ervaringen uitwisselend.

Het was niet de bedoeling – gezien de bescheiden talenten van de moderatoren op dat vlak overigens onmogelijk - een theoretisch model rond communicatie uit te werken of te analyseren. We communiceren zelf genoeg om voldoende voorbeelden aan te kunnen halen van hoe het niet moet, hoe het beter kon, hoe het ooit wel vlot ging.

Het was ook niet de bedoeling communicatie als een allesomvattend item op de groep los te laten: daarvoor ontbrak de tijd. Zelfs een dagvullend programma kan dit thema onmogelijk in zijn geheel benaderen. We moesten dus wel een kapstok vinden om het thema gericht te kunnen aanpakken. Deze werd vastgelegd door het voorbereidende team (**Paul Van Malderen, Annick Verleysen, Tanja D’Hondt, Katleen Van Steen en Stefaan Maddens**): ‘compliance op vlak van vochtbeperking’ bij onze dialysepatiënten. Een dankbare kapstok, want voldoende gekend én een typevoorbeeld van communicatie, vaak héél amusant.

1. Inleiding

In een inleiding stelde **Paul Van Malderen** het belang van compliance aan de hand van wat cijfermateriaal. Hij synthetiseerde een actuele status van aandachtspunten: chronisch nierfalen is een ‘proces’ met individueel sterk verschillend verloop. Nierfunctievervangende therapieën kenden vooral technisch en medisch een succesvolle evolutie. De patiëntpopulatie vandaag brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. ‘Succesvolle dialyse’ (lage morbiditeit en mortaliteit?) hangt samen met: co-morbiditeit, technische, demografische en patiëntfactoren. Een patiënt is een individu met fysieke, psychische, sociale en financiële zorgen. Individuele karaktertrekken en gedragspatronen hebben invloed op therapie.

We blijven hier de term compliance gebruiken wegens algemeen aanvaard, alhoewel therapietrouw, adherence andere –en misschien betere- begrippen zijn voor hetzelfde. Tijdens de sessie werd duidelijk dat vochtcompliance een algemeen gevoeld probleem is en dat het ongetwijfeld leidt tot meer complicaties en co-morbiditeit. Vaak hypothekeert non-compliance zelfs de relatie tussen verpleegkundige en patiënt, vermoedelijk omdat er niet zo adequaat wordt over gecommuniceerd.

Non-compliance definiëren is moeilijk en is zéér individueel: 4 kg. bijkomen is anders voor een patiënt van 45 kg. dan die van 105 kg., 4 kg. bijkomen is anders in centrum X dan in centrum Y, waar men het drooggewicht misschien wat ‘natter’ interpreteert, 4 kg. bijkomen is anders bij een weinig aan hypotensie gevoelige patiënt dan bij een cardiaal belaste patiënt die weinig UF verdraagt, 4 kg. bijkomen bij een anure patiënt is anders dan 4 kg. bijkomen met een restdiurese van 1l./dag, enz.

Cijfers rond non-compliance zijn er genoeg, maar de studies zijn vaak moeilijk te vergelijken. Ze variëren van 10 tot 50 % wat vochtinname betreft.

2. Non-compliance en communicatie

Ondergetekende legde na de inleiding de link tussen non-compliance en communicatie en opende het debat met een paar stellingen.

1. Het wordt als een beroepsmatige verplichting aangevoeld compliance/adherence/self management te verbeteren (voor patiënt, maatschappij).
2. De vraag hierbij is hoe? De verschillende mogelijkheden, hulpmiddelen, ... werden niet geïnventariseerd tijdens de sessie.
3. Communicatie met de patiënt is uiterst belangrijk en vaak doorslaggevend met betrekking tot de te verwachten respons.
4. Communicatie is continu proces: van bij eerste opvang, aansluiten, tijdens dialyse, afsluiten, uitzwaaien.
5. Communicatie uit zich op diverse manieren: non-communicatie, verbaal, non-verbaal, expressief, door gedrag, éénmalig rond een thema of frequent, doelgericht of vrijblijvend, spontaan of georganiseerd, ...
6. Iedereen communiceert: willen of niet.
7. Communicatie begrijpen is afhankelijk van veel factoren: fysisch, psychisch, contextueel, emotioneel, consequent, ...
8. De houding van de patiënt tijdens communicatie kan sterk variëren: meewerkend, luisterbereid, afwijzend, onbegrepen voelen, beledigd of gestraft voelen, opstandig, ...
9. De houding van verplegende tijdens communicatie kan evenzeer verschillen van toon: empatisch, autoritair, luisterbereid, straffend, bemoederend, ...
10. De cruciale vraag is: verbetert onze communicatie de toestand van de patiënt? Begrijpt hij onze communicatie, hoe begrijpt hij ze? Zijn onze opmerkingen terecht? Is onze analyse correct? Wil de patiënt iets éxtra's doen na de conversatie of blijft alles bij het oude? Of slechter, lapt ie alles nog meer aan zijn laars?
11. Vanwaar komt onze wil –drang- naar communicatie: vanuit onze beroepsethiek, of vanuit de patiënt zijn behoeftes?
12. Kunnen we onszelf situaties inbeelden waarbij wij 'fouten begaan', zaken doen die anderen liever anders zien en daarover moeten communiceren. In welke omstandigheden zullen we onszelf het meest kunnen, willen motiveren om dan toch maar iets te veranderen? In welke situatie zullen we ons –ondanks de 'berisping'- het best voelen?
13. Ten slotte: drinken of niet drinken is geen keuze: het is onvermijdelijk want levensnoodzakelijk (fysiek, sociaal, ...). Er is geen alternatief. Hoogstens een matigen van ... Streven naar vochtcompliance betekent voor de patiënt soms minder levenskwaliteit en is voor veel patiënten het minste van hun –vele andere en belangrijker- zorgen.



Na deze inleidingen – gepresenteerd aan de hand van een power-pointpresentatie van **Annick Verleysen, Tanja D'Hondt en Katleen Van Steen** - werd het woord aan de groep gelaten, gestimuleerd door een aantal uitdagende (correcte of foute werd in het midden gelaten) stellingen zoals:

- Een patiënt die 5 kg. bijkomt en beweert eigenlijk niks te hebben gedronken, liegt misschien helemaal niet. Hij is er misschien wel heilig van overtuigd dat hij geen fout gemaakt heeft.
- Onze communicatie rond vochtcompliance vertrekt vaak teveel vanuit onze wil en beroepsethische verplichting daarover te communiceren en wordt veel te weinig gestuurd door de behoeften, verlangens, problemen van de patiënt. Zo gaat ze voorbij aan de essentie van communiceren als hulpverlener: een vertrouwensrelatie met de patiënt behouden zodat deze bereid is te luisteren en misschien zijn handelen aanpast.
- 'Strenge', 'straffende' commentaar bij vocht-non-compliance recidivisten wordt gewoonweg beter gemeden: het haalt toch niks uit. Accepteren wat gebeurt leidt tot veel minder 'gezaag' en biedt openingen om vanuit een genormaliseerde betrekking toegang te houden tot de patiënt en zijn problemen.
- We letten beter héél goed op als verpleegkundigen : een aantal onder ons kan niet eens een compleet overbodige en tevens bewezen risicovolle handeling zoals vb. roken corrigeren (ondanks de goeie raad van wetenschap, artsen, collega's, familie, partner). Matigen van een fysiologische en sociale behoefte zoals drinken is vele keren moeilijker.

3. De interactieve sessie

Zo'n 28 verpleegkundigen waren aanwezig op de sessie, waarvan een 20-tal actief deelnamen aan de discussie. Het leek dat de stellingen redelijk wat aanhangers telden, wat het beste deed verhopen over de communicatie op de werkvloer.



Iedereen vertaalde de moeilijkheid die besloten ligt in een 'juiste', aangepaste communicatie. Het verdient blijkbaar aandacht om in de woorden van de patiënten de waarheid te zoeken in plaats van te snel te oordelen dat er 'gelogen' wordt: het drinken uit pure dorst, vb. door een niet matigen van de zoutinname, wordt door patiënten misschien terecht niet beschouwd als overmatig drinken, ... Als dan door verpleegkundigen streng tot straffend wordt gecommuniceerd (langer aanleggen, volgende dag extra komen, beschuldigen niet te luisteren, ...) lijkt velen voldoende reden voor de patiënt om zich onbegrepen te voelen, om de situatie niet aan te kunnen en om dan maar ontkennend te reageren.

Het verdient zeker aandacht te toetsen wat de patiënt juist begrijpt onder 'vochtbeperking' en wat verpleegkundigen daar allemaal bij vertellen: iemand vertelt het verhaal van een patiënt op uitstap met verpleegkundigen, die na zijn 4e pintje de wenk meekrijgt het misschien wat kalmer aan te doen met drank, waarop de echtgenote volmondig beaamt: "ik heb het hem ook al gezegd, hij zou beter een watertje nemen in plaats van bier", ... De meeste van de aanwezigen beamen dat we vermoedelijk de kennis van de patiënt en omgeving overschatten. Het woord valt: communicatie is geen momenteel gebeuren, maar een continu proces dat door iedereen op dezelfde wijze moet ondersteund worden. Een regelmatige opvolging wordt door iedereen als noodzaak, maar tegelijk als hiaat aangevoeld.

Op een bepaald moment ontstaat de indruk dat vooral de nefrologen het laatste woord hebben en dus de communicatie sterk kleuren en zelfs bepalen. In een tweede deel wordt dat dan echter stilletjes weerlegt en blijkt dat het toch vooral de verpleegkundigen

zijn die interageren op de situatie, weliswaar soms op 'protocollair voorschrift' van de nefroloog. Het is duidelijk dat dit element centrumgebonden is, zelfs nefroloog gebonden. Ik had de indruk dat nogal wat verpleegkundigen de geldende afspraken omtrent te veel bijkomen niet altijd volgden en de nefroloog overrulen. Eventjes leek het erop dat de tolerantie van dialyseverpleegkundigen geen grenzen kent en wij een perfect zorgzaam, begrijpend en liefdevol verpleegkundigenras zijn. Cijfers van een rondvraag (zie verder) sloegen echter meedogenloos barsten in dit idyllisch plaatje.

Een verpleegkundige merkt op dat patiënten finaal het recht hebben op non-compliance, en dat het verpleegkundigen toekomt patiënten te begeleiden in het 'zondigen'. Dat een positief inlevend en begrijpend gesprek de enige taak is van de verplegende.

Iemand merkt ook op dat 'grenzen stellen' moet, vanuit onze beroepsethiek, maar dat we die misschien wel teveel medisch vertalen ("ge zult nog eens verdrinken in uw eigen vocht, ge zult zo niet lang leven, ge weet wat dat ge u aandoet, ..."). Ze voegt eraan toe dat die grenzen stellen ook op een psychologische manier zou kunnen: "We begrijpen dat het lastig is en dat het niet altijd lukt" betekent evengoed dat de grens in feite werd overschreden.

Eén zaak haalt de unanimiteit: onze communicatie, ook die rond 'fouten', gebeurt best in rustige, kalme omstandigheden, met zoveel privacy als mogelijk. Een verpleegkundige met PD-achtergrond noemt het 'in een huiselijke sfeer'. En voegt eraan toe dat bij probleemgevallen het gesprek misschien inderdaad best eens thuis gebeurt, met de partner erbij, op voor de patiënt vertrouwd en gedomineerd terrein. Ook low-care afdelingen bevestigen dat de communicatie er soms beter verloopt dan in de overvolle gestresseerde moedercentra.



Op een aantal plaatsen wordt systematisch het gesprek over non-compliance uitgebreid tot de partner, familie.

Later in de discussie groeit bij de deelnemers de vaste overtuiging dat de communicatie rond vocht-non-compliance best niet door de nefroloog gebeurt en dat die laatste misschien best wel 'bewaakt of beschermd' wordt voor zijn terminologie en aanpak. Vanaf dit moment wordt zelfs duidelijk dat dit eigenlijk in de praktijk wel frequent gebeurt.

Wat uit literatuurstudies blijkt wordt door de meesten ook in praktijk concreet aangevoeld: patiënten met predialysebegeleiding én dus een beter afgestemde communicatie zijn meer compliant dan de anderen, die het nog allemaal moeten leren in het hectische van het dialysegebeuren op zaal.

Enkelen suggereren ook dat een vertrouwenspersoon (dialyseverpleegkundige of sociaal assistent) nuttig kan zijn bij de hardline non-compliance patiënten. Anderen spreken het tegen en zien dat zoiets soms leidt tot een verergering van de situatie.

Iemand getuigt van pogingen om minder streng te zijn en concludeert: "Misschien ligt de compliance net niet hoger dan vroeger, maar één ding is zeker: er wordt minder gezaagd en het is globaal leuker geworden".

4. Resultaten van een voor dit item georganiseerde rondvraag

Annick Verleysen belde enkele weken voor deze interactieve dag zo'n 20 verpleegkundigen op van diverse Vlaamse centra met volgende vragen:

1. Pat. komt regelmatig te veel gewicht bij intradialytisch:
Wordt erop gereageerd?
Door wie?
Op welke manier?
In zaal of apart gesprek met pat?
2. Is er een grens vastgesteld naar gewichtstoename?
3. Op welke manier wordt gereageerd tegenover de patiënt:
Afwijzend.
Straffend.
Bezorgd.
Dreigend.
Negatie.
Bespottend.
4. Wat zijn de reacties van de pat.?
5. Werken jullie volgens een bepaald protocol bij non-compliance? (vb. PUF of droge dialyse of geïsoleerde UF, langer aanleggen, extra-dialyse, ...)
6. Hoeveel tijd spendeert men om met pat. te praten?
7. Wordt de nefroloog ingelicht en eventueel ingeschakeld?
8. Is de reactie van de verpleging gerelateerd aan de houding van de nefroloog?
9. Is er een uniforme reactie of niet onder de verpleging?
10. Wordt er een diëtiste geraadpleegd? Geeft zij verdere uitleg aan pat. of wordt dit door de dialyseverpleegkundige gedaan.
11. Is er een educatieverpleegkundige op dienst?
12. Probeert men therapieontrouw te vermijden door hereducatie of infoavonden te organiseren?
13. Indien hereducatie, wat is de inhoud?
Dieet?
Op gevaren wijzen?
Waarom uitleggen?
Andere?
14. Hoe vind je dat er zou moeten gereageerd worden?
15. Wordt er in groep besproken hoe dit moet aangepakt worden?
16. Als de patiënt eens blijkbaar zijn best heeft gedaan en niet veel bijkomt, wordt daar dan op gereageerd en hoe? Zijn er 'positieve' gevolgen?
17. Wordt er begrip getoond tegenover de patiënt, is er begrip voor bepaalde situaties?
18. Wordt er bij elke therapieontrouw gereageerd of is dit enkel bij terugkerende gevallen?
19. Hoeveel tijd wordt er aan communicatie besteed in jullie centrum? (moeilijk te beantwoorden : het is zo immens ruim)
20. Wat is volgens jullie "de oplossing"? Bestaat die wel?

De rondvraag pretendeert geen wetenschappelijke allures, maar kan ons wel wat inzicht geven. Een overzicht van de resultaten:

IS ER EEN EDUCATIEVERPLEEGKUNDIGE OP DIENST?



8 OP 10 CENTRA BESCHIKKEN OVER EEN EDUCATIEVERPLEEGKUNDIGE

PATIËNT KOMT TE VEEL GEWICHT BIJ TUSSEN TWEE DIALYSES

- A) In alle centra wordt hierop gereageerd.
- B) Telkens door de verantwoordelijke verpleegkundige en in 2 op 10 gevallen door de arts.
- C) Bij alle ondervraagden gebeurt dit op de dialysezal.

HOE REAGEERT MEN?

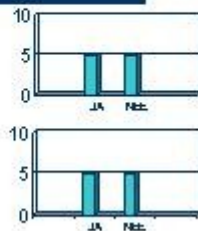


HOEVEEL TIJD SPENDEERT MEN AAN COMMUNICATIE MET DE PATIËNT

- Tussen de 5 en de 15 minuten; meestal tijdens het aansluiten van de patiënt
- Is patiëntgebonden
- Er wordt steeds minder en minder tijd aan besteed

GRENZEN EN PROTOCOLS

- Is er een grens vastgesteld naar gewichtstoename?
- Is er een protocol aanwezig op dienst



WORDT DE NEFROLOOG INGELICHT EN/OF INGESCHAKELD?

- In 80 % van de centra wordt de Nefroloog ingeschakeld.
- In 60 % is de reactie van de verpleegkundigen niet gerelateerd aan de ze van de Nefroloog.

INSCHAKELEN DIËTISTE?

- Ja: 6 op 10 centra.
- Nee: 4 op 10 centra.

1e REACTIE VERPLEEGKUNDIGE

- Oeioei zoveel bijgekomen, wat heb je uitgestoken.
- Dat krijgen we er vandaag niet af, langer blijven dus.
- Je hebt er weer geen rekening mee gehouden zeker. Hoe komt dat?
- Het is eigenlijk wel wat veel. Reden?
- Feestje geweest? Druk weekend?
- Alleen maar soep gedronken zeker?

HOE REAGEERT DE PATIËNT HIEROP?

- De meeste patiënten geven hun probleem toe.
- Anderen ontkennen hun probleem in geur en kleur.
- Ik wil mijn ziekte niet aan anderen tonen en doe mee met de rest.

HEREDUCATIE ?

- 7 op 10 centra doen niet aan hereducatie.
- 3 van de ondervraagde centra organiseren info-avonden en doen wel aan hereducatie.
- Dit wordt nog te weinig gedaan. Is er wel genoeg tijd voorzien?

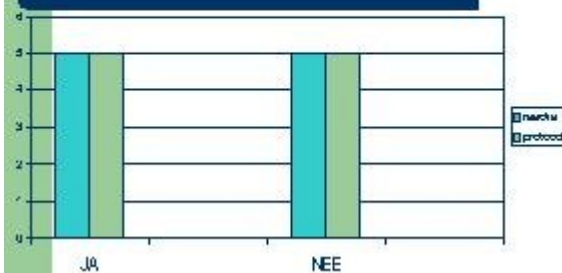
INHOUD HEREDUCATIE

- Dieet.
- Op gevaren wijzen.
- Het waarom uitleggen.
- Reden opsporen.
- Oplossingen aanbieden: vb. het bijhouden van een eetfiche.

BEGRIIP TEGENOVER PATIËNT

- Elk centrum toont begrip tegenover de patiënt in bepaalde situaties.
- In de helft van de centra wordt er bij elke therapie-ontrouw gereageerd en gaat men het protocol volgen.

UNIFORME REACTIE



ERVARING MET COMMUNICATIE



D'HONN DTTANJA
VAN STEEN KATLEEN

5. Enkele vaststellingen

- Veel centra (8/10) hebben een echte educatieverpleegkundige op dienst, maar slechts weinig centra doen aan hereducatie (7/10).
- Het zijn slechts zelden de nefrologen die over non-compliance interveniëren (2/10), alhoewel hij/zij in 80% van de keren wordt ingelicht.
- Als een patiënt té veel bijkomt is onze reactie in bijna 50% van de gevallen negatief en straffend. Daar gaat het beeld van de begripvolle dialyseverpleegkundige. In slechts 25% van de gevallen zijn we bezorgd.
- Tijd voor communicatie rond vochtinname is er steeds minder en gebeurt op zaal én op drukke momenten (aansluiten).
- In één van de twee centra is er een duidelijke grens wat betreft bijkomen en/of een protocol omtrent wat te doen (pure UF, langere dialysetijd...).

- In één op de twee centra is de reactie van het team uniform. Dat wil zeggen dat in de andere de communicatie geen consequente lijn volgt.

6. Tot slot

Na verder uitdiepen van de gegevens uit de rondvraag kwamen tenslotte een patiënte en een verpleegkundige in het zuiverste Aalsterse dialect visueel tonen hoe de communicatie in praktijk meestal verloopt: chaotisch en naast elkaar. Dit waren de laatste woorden van de patiënte:

"'t Was een goed feest, we hebben gedanst als een beest, met water op mijn longen zou ik zover niet kommen. Ik drink koffie en soms een glaasje wijn en dat vind ik reuzefijn. Ik ben al zo plat, nog een beetje en ik ben een lat. We gaan er nu mee stoppen, ik drink me toch een stuk in mijn knoppen. Neem me eens vast, ik word liever gekust. Ik weet van niet en laat me nu gerust."

Vóór het besluit - dat we hoopten met deze interactieve sessie onszelf wat bewuster gemaakt te hebben omtrent onze communicatie - was er nog één opmerking van een héél lucide collega, die daarmee héél wat zout op de wonde legde : "We hebben hier in de ganse voormiddag niet één keer het woord luisteren gebruikt" ...

Vorbereiding van de sessie:

Paul Van Malderen (hemodialyse OLV Aalst)
Annick Verleysen (hemodialyse ASZ Aalst)
Tanja D'hondt (hemodialyseverpleegkundige)
Kathleen Van Steen (hemodialyseverpleegkundige)
Steffan Maddens (hemodialyse Roeselare)

Over de auteur

Stefaan Maddens is dialyseverpleegkundige op de hemodialyseafdeling van het hemodialyseafdeling van het Heilig Hartziekenhuis te Roeselare. Hij is tevens de voorzitter van de werkgroep 'Posthogeschoolvorming' binnen Orpadt.