

## INTERACTIEVE SESSIE - OOSTKAMP 2004 PERITONEAAL DIALYSE: OPLEIDING VAN PATIËNTEN EN FOLLOW-UP

**auteurs : Ingeborg De Leenheer**

Een 20 tal PD-verpleegkundigen, komende van 13 verschillende centra, hadden zich ingeschreven voor deze sessie. De groep was nogal heterogeen. Er waren mensen aanwezig uit zowel kleine als grotere centra, uit zowel centra met beginnende ervaring in het PD veld als centra met een bepaalde anciënniteit. Dit kon alleen maar ten voordele zijn van de discussie. De deelnemers zelf kregen de vrijheid om kritische vragen te richten naar hun collega's.

De namiddag was onderverdeeld in 2 delen: voor de pauze hadden we het over de opleiding van de patiënt, na de pauze bespraken we de consultatie en follow-up van de peritoneale dialysepatiënt.

Iedereen kreeg een enveloppe, deze bevatte een rode en groene stemkaart samen met 5 kaarten waar stellingen op genoteerd stonden, waar plaats op voorzien was voor eigen opmerkingen en bedenkingen.

De deelnemers kregen een 5 tal minuten de tijd om de stellingen individueel door te nemen en kort hun mening te noteren. Het was de bedoeling dat na het lezen van de stelling hun eerste gedachte op papier kwam te staan. Hierna werd stelling per stelling overlopen waarbij we eerst gestemd werd zodat verschillen in mening konden waargenomen worden. Dan was er tijd voor discussie, zo'n 10 minuten per stelling. Hans en Clement hadden de rol gekregen tijdens de discussie "advocaat van de duivel" te spelen. Zij hebben kritische vragen gesteld, bedenkingen gemaakt, reacties uitgelokt, speelden in op wat er uit de discussie loskwam. Het "waarom" was in deze discussie zeer belangrijk. Na de discussie werd er opnieuw gestemd, zodat we konden zien of er een verschuiving was bij de mening van de deelnemers. Indien mogelijk werd er na de stemming een korte inhoud weergegeven.

Na de pauze startten we opnieuw met 5 stellingen maar dan met betrekking tot het consult en follow-up, volgens hetzelfde scenario.

Het was de bedoeling de deelnemers even te laten stilstaan, na te denken en misschien de visie die ze hadden over opleiding - consult - follow-up anders te gaan bekijken en wie weet kon er uit de discussie sterke argumenten gehaald worden die men in eigen centrum kan gebruiken. Het was niet de bedoeling om tot een consensus te komen. Dit was onmogelijk omdat ieder centrum eigen procedures heeft die gevolgd worden.

Laat het duidelijk zijn dat we de stellingen niet als onze waarheid of onze mening verkondigden, dat de rol van Hans en Clement "een rol" was die hen werd opgelegd.

Om het verloop van de discussies te schetsen zal ik de stellingen overlopen samen met een greep uit de argumenten die werden neergeschreven op de kaarten. Telkens gevolgd door de conclusie die we met de groep maakten.

### Stelling 1: **"Een patiënt moet door meerdere verpleegkundigen opgeleid worden".**

Bij aanvang van de sessie waren 6 personen akkoord, 13 niet akkoord met de stelling.

Zij die akkoord waren hadden volgende argumenten: de patiënt moet ook vertrouwd zijn met de andere verpleegkundigen, het gevaar bestaat dat de patiënt steeds naar die ene verpleegkundige zal vragen en haar misschien wel zal opeisen, soms is men genoodzaakt met verschillende een opleiding te doen omwille van organisatorische redenen, afsluiten van de opleiding kan door een andere verpleegkundige.

Zij die niet akkoord waren hadden volgende mening: meerdere verpleegkundigen leiden tot verwarring bij de patiënt, iedere verpleegkundige geeft een andere uitleg, betere follow-up door 1 verpleegkundige, gevaar voor overlapping indien door meerdere verpleegkundigen opleiding gegeven wordt, er wordt sneller een vertrouwensrelatie opgebouwd met 1 verpleegkundige, indien meerdere verpleegkundigen is er een goede overdracht nodig en dat is tijdsrovend, moeilijk te checken of alles uitgelegd is indien door meerdere opleiding werd gegeven.

Na de discussie was er een verschuiving van mening: 2 akkoord en 17 niet akkoord.

### **Conclusie:**

Bij voorkeur gebeurt de opleiding door 1 verpleegkundige. Indien noodzakelijk kan de opleiding gegeven worden door verschillende verpleegkundigen mits bepaalde voorwaarden voldaan zijn zoals: er is uniformiteit, er is een gedetailleerde afpunlijst, er is duidelijke overdracht tussen de verschillende verpleegkundigen.

### **Stelling 2: "Een PD-katheter moet minimaal 14 dagen geplaatst zijn voor een opleiding mag starten".**

Bij aanvang van de sessie waren er 11 personen akkoord en 7 personen niet akkoord.

Zij die akkoord waren verdedigden volgende mening: voordien is er gevaar op lekkage, voorkomen van vroege problemen, anders slechte start. Meer tijd voor aanvaarding, er is 14 dagen ingroeien van de kathetercuffs nodig.

Zij die niet akkoord waren hadden volgende mening: de proefspoeling is al een deel van de opleiding, de opleiding start bij het kiezen van de soort behandeling (HD of PD), misschien al opleiding in de predialyse routing, er kan reeds droog getraind worden, dit is dan al een stap verder in de definitieve opleiding.

Na de discussie waren er nog 6 personen akkoord en 13 personen niet akkoord met de stelling.

### **Conclusie:**

Voor de effectieve start van de behandeling is het beter om 14 dagen te wachten. Met de opleiding kan men reeds in een vroeger stadium starten zodat de patiënt vertrouwd geraakt met de materialen, begrippen, enz.....

### **Stelling 3: "Patiënten moeten alleen maar kunnen een PD-wissel uitvoeren".**

Bij aanvang van de sessie was er 1 persoon akkoord en 18 personen niet akkoord met de stelling.

Die ene persoon had het vooral om de patiënt niet te overbelasten met informatie en /of training die ze nu niet direct nodig hebben, de opleiding individueel bekijken.

Zij die niet akkoord gingen stelden zich de vraag en wat met: kennis van gewichtscontrole, staalafname kunnen uitvoeren, algemene kennis in verband met de nierfunctie is zeker vereist, men moet kunnen de gegevens interpreteren, verwickelingen kennen. Hoe meer informatie, achtergrond, hoe meer therapietrouw – de patiënt moet bewust zijn waar hij/zij mee bezig is.

Na de discussie konden zich 2 personen vinden in de stelling en 17 personen vonden dat de patiënt meer dan alleen een wissel moeten kunnen.

### **Conclusie:**

Algemeen vindt de groep dat de patiënt meer moet kunnen dan enkel een wissel. Tijdens de discussie zien we dat dit in de praktijk echter niet altijd zo is. Er lijkt geen verband tussen een verhoogd risico op peritonitis en het ontbreken van theoretische kennis in verband met dialyse. Het is goed de opleiding individueel aan te passen naar het vermogen van de patiënt. Indien nodig kan de patiënt beroep doen op thuisverpleging of mantelzorg.

#### Stelling 4: **"Als een patiënt APD mag doen moet hij geen CAPD kunnen".**

Bij aanvang gingen 7 personen akkoord en 12 personen niet akkoord met de stelling.

Enkele uitspraken van personen die akkoord gingen met de stelling: op het moment dat de kennis nodig is, is de patiënt deze al lang vergeten dus moet men toch hertrainen. Bij bejaarden mag je al blij zijn dat ze APD kunnen.

Zij die niet akkoord gingen brachten volgende argumenten: het is handig maar geen noodzaak. Starten met CAPD om inzicht te hebben in inloop - verblijf – uitlooffase. Starten met CAPD, naar huis en later training APD. Indien het toestel defect is kan men overschakelen op CAPD.

Na de discussie waren er toch enkelen die van mening veranderd waren: 10 akkoord, 9 niet akkoord.

### **Conclusie:**

Uit de discussie bleek dat het merendeel vond dat de patiënt CAPD moet kunnen om in geval van nood, indien het toestel faalt, zich te kunnen behelpen. Al snel werd duidelijk dat dit maar zin heeft indien de patiënt CAPD-materiaal in voorraad heeft. Indien het toestel faalt, stopt de patiënt 's nachts met zijn behandeling en krijgt hij in de loop van de dag een nieuw toestel. Eén persoon vindt dat stoppen met de behandeling een potentieel gevaarlijke situatie is, we weten immers niet hoe kaliumrijk de voeding was en hoeveel hij die dag heeft gedronken. Het wisselen van een toestel is veel efficiënter dan het plots moeten leveren van CAPD-dialysaat, tenzij de patiënt over een kleine voorraad CAPD-materiaal beschikt.

Wat niet duidelijk naar voor kwam uit de discussie is hoeveel centra starten met de opleiding CAPD om daarna over te gaan tot training APD.

#### Stelling 5: **"Als een patiënt niet zelfstandig een wissel kan uitvoeren na een opleiding moet hij naar de hemodialyse".**

Daar was geen twijfel over mogelijk, niemand was akkoord met deze stelling.

Argumenten hiervoor waren: een patiënt moet niet gestraft worden omdat hij niet bekwaam is zelfstandig een wissel uit te voeren. Er moet voldoende tijd uitgetrokken worden, desnoods in verschillende fasen, familie inschakelen, thuisverpleegkundigen inschakelen en opleiden. Indien de patiënt in een woonzorgcentrum verblijft, de betreffende verpleegkundigen opleiden.

### **Conclusie:**

Er was een algemene consensus: er bestaat voldoende mogelijkheid om derden in te schakelen zodat de keuze van de patiënt kan behouden blijven.

Alleen rest ons nog de vraag: hoelang trainen we voor we de beslissing nemen dat hulp van derden noodzakelijk is?

#### Stelling 6: **"Na de opleiding zijn geen huisbezoeken meer nodig".**

Bij aanvang van de sessie gingen 6 personen akkoord en 13 personen niet akkoord met de stelling.

Zij die akkoord gingen deelden ons het volgende mee: dit is organisatorisch niet mogelijk, strikt gezien niet nodig. Het wordt niet toegestaan. Indien alles goed verloopt: is dit minder noodzakelijk.

Zij die niet akkoord gingen brachten deze argumenten aan: goed voor verdere evaluatie van therapietrouw, sociale context van een huisbezoek, het eigen milieu zegt veel over de patiënt, de patiënt ervaart dit zeer positief, goed voor hereducatie.

Na de discussie waren 8 personen akkoord en 11 personen niet akkoord met de stelling.

### **Conclusie:**

Strikt genomen vindt de groep huisbezoeken niet nodig, maar het is wel aangenaam zowel voor de verpleegkundige als voor de patiënt. In een vertrouwde omgeving zal de patiënt zich meer op zijn gemak voelen. Organisatorische problemen thuis kunnen ter plaatse opgelost worden.

Het viel op in hoe weinig centra huisbezoeken als een onderdeel worden gezien van de follow-up.

Het zou mooi zijn meer huisbezoeken te regelen maar wanneer de werkdruk stijgt, is het huisbezoek het eerste wat wegvalt.

#### Stelling 7: **"Een PET (Peritoneale Equilibratie Test) uitvoeren heeft geen zin".**

1 persoon ging akkoord met de stelling, 18 personen vonden dat een PET uitvoeren wel zinvol was.

Die ene persoon vond dat er niks wordt gedaan met het resultaat.

Alle anderen vonden dat een PET uitvoeren goed is: als controle van de dialyse-efficiëntie, aanpassing therapie aan de hand van het resultaat van de PET, evolutie van het membraan volgen, kwaliteitsbepaling, het is een objectieve en vergelijkbare test.

De discussie bracht geen verschuivingen teweeg bij de stemming.

### **Conclusie:**

Een PET mag maar uitgevoerd worden enkele weken na de start van de behandeling.

Uit de discussie blijkt dat de PET niet altijd conform wordt uitgevoerd. In hoeverre zijn de resultaten dan betrouwbaar om aan de hand daarvan het voorschrift aan te passen?

Stelling 8: **"Patiënten moeten pas om de 2 maanden op consultatie komen".**

Hier konden zich 7 personen vinden in de stelling, 12 personen deelden deze mening niet.

Men kon akkoord gaan: indien er zich geen problemen voordoen en de patiënt moet de reactie hebben ons te contacteren bij problemen.

De personen die niet akkoord waren vonden dat: dit afhankelijk is van patiënt tot patiënt, hij/zij moet vroeger komen om eventuele aanpassingen te doen, sommige patiënten voelen zich veiliger als er meer follow-up is.

Ook hier bracht de discussie geen verschuivingen teweeg bij de stemming.

**Conclusie:**

De meeste patiënten komen om de 4 à 6 weken op consultatie. Toch zijn er een aantal die pas om de 2 à 3 maanden komen, zoals patiënten die de verantwoordelijkheid kunnen dragen ons te contacteren bij eventuele problemen. Om de stock bij de patiënt tot een minimum te beperken kan men overwegen het consult te correleren aan de beldag. (Voor zover dit organisatorisch te regelen is) Bij eventuele aanpassing van het voorschrift kan dit doorgegeven worden zodat men de juiste producten levert, het overvloedige bij de patiënt onmiddellijk kan terugnemen en zodoende hoeft de patiënt geen extra dag thuis te blijven voor het in ontvangst nemen van de goederen.

Stelling 9: **"Het aanpassen en opstellen van een spoelschema is een medische taak".**

Bij aanvang waren 18 personen akkoord en 1 persoon niet akkoord met de stelling.

Het merendeel vond dat: het opstellen van een spoelschema is in samenspraak met de arts en verpleegkundige, de therapie is de verantwoordelijkheid van de arts, de arts beoordeelt de bloedanalyses, het is een medisch voorschrift.

De persoon die niet akkoord was gaf volgend argument: in de praktijk stelt vaak de verpleegkundige het schema op en geeft de arts zijn akkoord.

Ook hier was er geen verschuiving merkbaar na de discussie.

**Conclusie:**

Het spoelschema is een medisch voorschrift, maar in de praktijk wordt deze taak nogal vaak toebedeeld aan de verpleegkundige. In sommige centra heeft men als verpleegkundige geen inspraak. Ideaal is als het voorschrift wordt opgemaakt als samenspraak tussen de arts, de patiënt en de verpleegkundige.

Stelling 10: **"Patiënten hertrainen is een vorm van ongeoorloofde controle".**

Omwille van tijdsgebrek is deze stelling niet aan bod gekomen.

Wel kan ik een samenvatting geven van de notities.

Zij die akkoord gingen, hadden het volgende genoteerd: de patiënten hebben naar verloop hun eigen manier ontwikkeld, zolang ze steriel werken is dit OK, de patiënt mag niet betutteld worden.

Zij die vonden dat hertrainen wel moet mogelijk zijn brachten het volgende aan: eventuele opmerkingen moeten kunnen gegeven worden, dit zou meer moeten gebeuren, dit is in het belang van de patiënt, het is noodzakelijk na herhaalde peritonitis, sommige zaken verwateren na verloop van tijd, bij problemen kan men tijdens de consultatie hertrainen.

### **Conclusie:**

Uit de notities kunnen we afleiden dat hertrainen soms noodzakelijk is ten voordele van de patiënt.

### **Algemeen besluit.**

Stof tot discussie was er genoeg, verscheidenheid in de opinies was duidelijk, was er interactie? Als je het ons vraagt zeker en vast! We denken dat elke deelnemer wel wat nieuws weet te vertellen in zijn/ haar centrum dat kan bijdragen tot een betere patiëntgerichte begeleiding. Een consensus was er niet, was ook geen nood aan, maar we kunnen wel een rode draad door het verhaal trekken. Iedereen is er zich van bewust dat de patiënt centraal staat, we zo goed mogelijk willen tegemoetkomen aan zijn noden, de kwaliteit van het leven van onze patiënt belangrijk is. Zolang we er rekening mee houden dat iedere patiënt een individu is, met elk z'n eigen mogelijkheden denken we dat dit al een goede start is voor het welslagen van de opleiding en de follow-up. Het is aan ons om vanuit standaard procedures, op onze creativiteit beroep te doen en een programma te ontwikkelen volgens de noden van de patiënt en zijn familie.

Mogen we langs deze weg iedere deelnemer bedanken voor zijn persoonlijke bijdrage aan deze boeiende namiddag.

### **Over de auteur**

Ingeborg De Leenheer werkt als PD-verpleegkundige op de dialyseafdeling in het Heilig Hart Ziekenhuis in Roeselare.