

Protocollen: hoe houden we die levendig?

Over het gebruik van protocollen en standaardverpleegplannen in de praktijk van de wijkverpleging

Wijkverpleegkundigen blijken nog niet zo enthousiast gebruik te maken van standaardverpleegplannen. Veelal geven ze nog de voorkeur aan hun 'intuïtie' bij het handelen in een bepaalde situatie. Dat is wel begrijpelijk, want de dagelijkse praktijk leent zich niet altijd voor een 'standaardschrijving'. Ondanks de beperkingen van zo'n plan, is het toch zinvol om een leidraad te hebben bij de zorgverlening aan patiënten. Een protocol is een nuttig hulpmiddel en kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, maar het mag geen knellend keurslijf worden. In dit artikel de voor- en nadelen op een rijtje.

Gerry
Janssen

Artikel is uit
het tijdschrift
M.G.Z. van juni
1990.

Voordat ik mijn verhaal begin, wil ik eerst duidelijk maken wat we onder een protocol verstaan. 'Koenen', zegt in zijn woordenboek: 'Een protocol omvat het geheel van geschreven en ongeschreven gedragsregels betreffende het verkeer tussen – in ons geval – verpleegkundige en hulpvrager'. 'Van Dale' spreekt over: 'Het geheel van gebruikelijke voorschriften en regels'. Dit zijn zeer ruime definities en in de verpleegkundige praktijk betekent het dat werkmethodes ten aanzien van verpleegtechnische handelingen, maar ook standaardverpleegplannen onder de noemer protocol vallen. Protocollen zijn bedoeld als middel om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg vast te stellen en te verbeteren. Kwaliteit is dan de mate waarin de gewenste situatie overeenkomt met de feitelijke situatie en wordt dus voor een groot deel bepaald door de wijze van functioneren van de werkers.¹⁾ Om die kwaliteit vast te stellen zijn standaarden nodig, zodat concreet duidelijk is wat verpleegkundig handelen

betekent in de gegeven situatie. Hierdoor kan iedere verpleegkundige zich op elk moment van de dag in elke situatie een duidelijk beeld vormen van de normen voor haar handelen.²⁾ Voor de verpleegkundige betekent dit dat zij bewuste keuzen moet maken in situaties waarin ze voorheen intuïtief koos.

Praktijk

Wat betekent dat nu in de praktijk van de verpleegkundige zorgverlening? Laten we het eerst hebben over protocollen die stapsgewijs aangeven welke handelingen in welke volgorde gedaan dienen te worden om een bepaalde verpleegtechnische handeling uit te voeren. Dit zijn de protocollen die concreet en dus statisch zijn, waar nauwelijks tot geen subjectieve aspecten invloed hebben op de uitvoering van de handeling en de kwaliteit eenvoudig meetbaar te maken is. Als je een stap mist of niet op de juiste wijze uitvoert, bega je een fout die direct zichtbaar en dus concreet is. Het zijn de verpleegtechnische handelingen zoals wondverzorging, catheteriseren, sondevoeding toedienen enz.... In de praktijk leveren deze protocollen alleen vragen op t.a.v. de juridische consequenties. Anders is het gesteld met de standaardverpleegplannen. De theorie hieromtrent is veelal wel ingebed in de verpleegkundige opleidingen; in de praktijk staat het werken ermee nog in de kinderschoenen. In gesprekken met wijkverpleegkundigen geven deze meestal aan weinig gebruik te maken van een standaardverpleegplan en het individuele verpleegplan 'in hun hoofd' te hebben. Wijkverpleegkundige zorg kenmerkt zich door persoonlijke

verantwoordelijkheid en betrokkenheid op de gehele mens. Het sterk gericht zijn op de zorgvrager is een karaktertrek van een dienstverlener in de kleinschalige dienstverlening²⁾. Strikt genomen betekent gebruik maken van een standaardverpleegplan in een zorgsituatie de stap zetten vanuit intuïtief handelen naar planmatig, bedachtzaam en daarmee dus verantwoord handelen. Is dit zo moeilijk in de praktijk? Het antwoord is 'ja'.

Levensscenario

Zoals ik al vermeldde is de wijkverpleegkundige sterk gericht op de zorgvrager. In de thuis-situatie zijn een aantal factoren van invloed op het zorgverleningsproces. Anders dan in een instelling voelt de zorgvrager zich in zijn eigen leefomgeving verantwoordelijk voor zijn eigen situatie, nu en in de toekomst. Het gaat om zijn levensscenario en de zorgverlening ontleent dan ook haar betekenis aan de bijdrage die geleverd wordt aan het verdere leven van de zorgvrager. Dit betekent dat de zorg van de wijkverpleegkundige zo goed mogelijk aan moet sluiten bij de levensloop en het levensproject van de zorgvrager: de zorgvrager moet de zinvolheid van zijn leven bewaren of terugvinden. Daar komen we bij de kern van het probleem. Ieder mens is zo uniek en heeft zijn eigen persoonlijk levensscenario, zijn eigen zingeving en zijn eigen eisen en wensen. Zeker in een tijd van ziekte en daardoor beperkingen, is het de mens eigen om de nadruk te leggen op die aspecten die van invloed zijn op de invulling van zijn 'leven'. Zorgvragers hebben ook hun eigen doelstellingen en de doelstellingen zoals geformuleerd in het standaardverpleegplan zijn

vaak van ondergeschikt belang. Met een praktijkvoorbeeld wil ik dit verduidelijken. Een alleenstaande dame heeft ernstige reumatoïde artritis. Ze is 80 jaar en haar gewrichten – vooral van de handen – zijn ernstig misvormd. Mevrouw heeft deze aandoening reeds 60 jaar, maar kan ondanks de misvormingen nog heel veel zelf. Belangrijk voor haar is dat ze zelfstandig kan blijven wonen. Ze vindt het fijn om mensen om haar heen te hebben en in de loop van de jaren heeft ze via de professionele hulpverlening ongeveer 8 uur per dag hulp, verdeeld over de ochtend, middag en avond en ook in de weekends. Deze contacten geven een waarde aan haar leven waar ze vooralsnog geen afstand van wil doen.

Eén van de wijkverpleegkundigen die sinds kort bij mevrouw komt, constateert de uitgebreide hulpverlening en ze probeert mevrouw inzicht te geven in de werkelijk noodzakelijke hulp. Mevrouw wil daar niets van weten en haakt af wanneer het hulpaanbod ter sprake komt. Ook sommige aanpassingen in huis die haar zelfstandigheid zouden vergroten, accepteert ze niet. Deze mevrouw heeft door haar situatie en allerlei invloeden geleerd bepaalde dingen belangrijk te vinden. Ze heeft een levensstijl ontwikkeld die aan die waarde recht doet. Wanneer door een of andere omstandigheid – bv. wanneer de wijkverpleegkundige met haar daarover in gesprek treedt – aan die waarde niet langer gestalte gegeven kan worden, raakt ze in een crisis.

Respect

Het is dan ook onmogelijk voor de wijkverpleegkundige hierop invloed uit te oefenen, ook al zijn er veel argumenten aan te dragen die een gunstig effect zouden kunnen hebben op deze situatie. Er blijft haar dan ook niets anders over dan respect te hebben voor het vermogen en het onvermogen van die ander, ook al is dat in strijd met datgene wat uit medisch en verpleegkundig oogpunt 'goed' is voor de zorgvrager.

Deze en legio andere situaties geven nadrukkelijk aan hoe moeilijk het is vorm te geven aan een situatie waarin de wijkverpleegkundige het gevoel heeft onvoldoende kwaliteit van zorg aan te kunnen bieden, omdat de zorgvrager andere waarden heeft, waarden die kennelijk strijdig zijn met de waarden zoals omschreven in het standaardverpleegplan.

Moeilijk te vertalen

Er zijn een aantal redenen op te noemen waarom het voor de wijkverpleegkundigen dan ook moeilijk is om een standaardverpleegplan te vertalen naar de situatie waarin ze zorg gaan verlenen. Zoals: het solistisch werken van wijkverpleegkundigen (er zijn relatief weinig overlegmogelijkheden met collega's); wijkverpleegkundigen werken all round; het basispakket is breed en van hen wordt verwacht dat ze van alle markten thuis zijn; wijkverpleegkundigen zijn 'doe'-mensen, hun voorkeur gaat uit naar handelen; de complexiteit van inter- en intrapersonlijke aspecten van de zorgvrager beïnvloeden de zorgverlening; de drang tot snel overgaan op handelen wordt mede ingegeven door de werkdruk. Zelfs wijkverpleegkundigen die niet opgeleid zijn als 'doe'-mensen – zoals H.B.O.-V-ers neigen in de praktijk tot intuïtief handelen. Daarnaast brengt de werkdruk met zich mee dat het op schrift uitwerken van het verpleegplan – zeker wanneer daar nog extra moeilijkheden bij te verwachten zijn – opgeschoven wordt. En zoals we weten: van uitstel komt afstel. Ook is het lastig een aantal verpleegkundige taken concreet te vertalen. Het gaat om abstracte vormen van dienstverlening die men moeilijk als 'produkten' herkenbaar kan maken. Veel verpleegkundigen vinden het dan ook moeilijk om een verpleegplan, precies volgens de criteria, op papier te zetten.

Wat is kwaliteit?

Toch is het voorafgaande voor mij geen reden om te twijfelen aan

het nut van standaardverpleegplannen. Integendeel, de kwaliteit van de zorgverlening wordt mede bepaald door planmatig en bedachtzaam handelen. Kwaliteit is wat verpleegkundigen en verzorgenden willen in de wijk. Maar die kwaliteit wordt ook bepaald door de zorgvrager. Wanneer zowel de wijkverpleegkundige als de zorgvrager tevreden zijn over de verleende zorg is er in ieder geval sprake van een zekere mate van kwaliteit. Maar het zijn niet alleen de twee direct betrokken partijen die het spel van 'wat is kwaliteit?' spelen. Ook de achterban, zoals financiers, leidinggevend en ondersteuningsfunctionarissen vragen om kwaliteit, maar zij willen dit vooral zichtbaar maken. Zoals collega M. Keurentjes aangeeft in haar artikel in MGZ van november 1986⁴⁾ gaat het meestal al fout in de eerste fase van het zorgverleningsproces. Dat heeft uiteraard directe consequenties voor het vervolg ervan. Een eerste analyserende fase, waarin duidelijk moet worden wat de zorgvraag precies inhoudt, vereist rust en aandacht en zeker geen actie. In een gesprek kan men voldoende zicht krijgen op de situatie maar meestal zijn hiervoor meerdere gesprekken nodig. Bovendien verandert de inhoud van de zorgvraag tijdens het zorgverleningsproces. Om een voorbeeld te geven: In de praktijk is het zo dat veel zorgvragers directe actie verwachten, omdat ze met hun beperkte kennis over zorgverlening het zorgproces al ingevuld hebben. Wanneer de wijkverpleegkundige niet direct in actie komt en beide partijen geen overeenstemming bereiken, betekent dit teleurstelling bij de zorgvrager en extra tijdsinvestering voor de wijkverpleegkundige. Zo zijn er vele situaties uit de praktijk te beschrijven, waarbij ogenschijnlijk het intuïtief handelen de voorkeur verdient. Waarom pleit ik dan toch voor het gebruik van standaardverpleegplannen?

Leidraad

Op de eerste plaats denk ik dat

standaardverpleegplannen een goede leidraad kunnen zijn bij het vaststellen van het zorgverleningsproces. Juist omdat wijkverpleegkundigen all-round werken is het van groot belang om een overzicht te hebben van welke problemen bij een bepaald ziektebeeld te verwachten zijn en hoe met die problemen om kan worden gegaan.

Zoals ons allen wel bekend is, zijn er een aantal te verwachten problemen die we met preventie kunnen beperken en/of voorkomen. Het standaardverpleegplan kan daarbij uitstekend als leidraad gebruikt worden. Dan is het van groot belang de problemen te zien in relatie met het levensscenario van de zorgvrager. Bijvoorbeeld:

Wanneer een zorgvrager weet dat zijn mobiliteit in de toekomst zal afnemen door het ziekteproces, dan kan de vrijetijdsbesteding daarop aangepast worden.

Bovendien ben ik van mening dat het gebruik van standaardverpleegplannen als uitgangspunt kan dienen om kwaliteitscriteria vast te stellen over een gedeelte van de zorg. Zo wordt toetsing en evaluatie mogelijk, hetgeen weer leidt tot het zichtbaar en concreet maken van de verpleegkundige zorgverlening.

Tenslotte wil ik nog opmerken, dat het voor een all-round zorgverlener belangrijk is om achtergrondinformatie te hebben over ziektebeelden en de problemen die men daarbij kan verwachten. Als die informatie goed is vastgelegd kunnen verpleegkundigen en verzorgenden er op een snelle en efficiënte manier gebruik van maken. Dat leidt uiteindelijk tot tijdsbesparing.

Ondersteuning

Terug naar de vraag in dit artikel: Protocollen, hoe houden we die levendig? Standaardverpleegplannen hebben nog geen respectabele plaats in de praktijk van de wijkverpleging. Daarom is het belangrijk dat de ondersteuningsfunctionarissen in hun advisering aan verpleegkundigen nadrukkelijk aandacht besteden aan de voordelen en het praktisch nut

van verpleegplannen, zodat we levendigheid creëren. We moeten ons bewust zijn van de mogelijkheden van een standaardverpleegplan, maar zeker ook van de beperkingen welke ik in mijn verhaal heb aangegeven. Het verpleegplan dient soepel gehanteerd te worden en dat betekent dat de individuele situatie van de zorgvrager het uitgangspunt moet zijn voor de zorgverlening. Op die manier kan het verpleegplan de zorg completeren en bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit.

Literatuur:

- 1) 'De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel', Verpleegkundige studies nr. 19, De Tijdstroom, Lochem 1977, B. van Bergen/L. Hollands/H. Nijhuis.
- 2) 'Standaarden voor de verpleging', Verpleegkundige studies nr. 54, De Tijdstroom, Lochem 1985, A. van Eindhoven/H. Heymans/H. Tijssen.
- 3) 'Kwaliteitsverbetering in de dienstverlening', Kluwer, bedrijfswetenschappen 1989, G. Everman/W. Mastenbroek.
- 4) 'Standaardverpleegplannen – gevaar en perspectief', M.G.Z. nr. 11 november 1986, M. Keurentjes.
- 5) 'Van continuïteit van zorg naar zorg voor continuïteit', Tijdschrift voor ziekenverpleging nr. 15 - augustus 1989, M. Gryphonk.