

DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST ALS CONSULENT

M. Castelijns *

In deze bijdrage zullen we één van de taken van de verpleegkundig specialist belichten. Na omschreven te hebben wat we onder de functie van verpleegkundig specialist verstaan, wordt nader ingegaan op die taak of te wel één van die rollen, die ze vervult, namelijk die van consulent.

Vervolgens wordt aan de hand van een aantal processtappen verslag gedaan van een consultatie zoals deze heeft plaatsgevonden. Met het uit de praktijk gemelde worden literatuurgegevens in verband gebracht.

De bijdrage wordt afgesloten met een nabeschuiving, waarin ondermeer eigen standpunten op basis van praktijkervaringen naar voren gebracht.

DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Een verpleegkundig specialist heeft een voortgezette opleiding gevolgd, waardoor ze beschikt over geavanceerde kennis van een bepaalde patiëntencategorie en op de hoogte is van de studie uitkomsten op dit specifieke gebied. Ze kan die wetenschappelijke resultaten omzetten in voor de praktijk werkbare aanbevelingen, vervult een brugfunctie tussen beide.

Haar deskundigheid is het beste te omschrijven aan de hand van een aantal rollen, waarin haar taak is onder te verdelen en die ze in staat is te vervullen. Deze rollen liggen op het terrein van directe patiëntenzorg, deskundigheidsbevordering, consulentchap, innovatie en zorgbeleid en onderzoek.

Beïnvloeding van de verpleegkundige zorg voor de betreffende patiëntencategorie, met als doel de kwaliteit daarvan te verhogen, geschiedt langs twee wegen. En wel via interactie met de verpleegkundigen en door middel van directe zorgverlening. Wezenlijk voor het functioneren van de verpleegkundig specialist is daarom haar toegang tot en handelen in de klinische setting.

CONSULTATIE

Consultatie is te omschrijven als een interactie tussen twee professionals; één die kennis en vaardigheden bezit en één die hulp wil ten behoeve van een doel in verband met een probleem (Chisholm, 1991). De consultvrager vraagt hulp bij een actueel onopgelost werkprobleem, dat volgens haar binnen de specialisatie van de consultgever ligt (Caplan uit Menard, 1987). De interactie heeft een "two-way karakter" (Lipitt & Lipitt, 1986).

Naast het begrip consultatie wordt dat van

consult gehanteerd. Met dit laatste begrip wordt het klassieke diagnose-recept model van de arts aangeduid. Consultatie houdt echter een andere grondhouding in, namelijk, het samen op zoek gaan met de consultvrager.

In de literatuur wordt gesteld dat consultatie vaak als subrol wordt gezien maar dat het eigenlijk de voornaamste actie hoort te zijn in de praktijk van de verpleegkundig specialist (Noll, 1987). Met andere woorden: consultatie is de essentiële rolcomponent van de verpleegkundig specialist. En bovendien, in consultatie gebruikt de verpleegkundig specialist al haar rollen (Brunk, 1992).

Men voorziet overigens dat deze rol in de toekomst alleen nog maar belangrijker wordt.

Met betrekking tot de relatie tussen consultatie en de overige rollen wordt opgemerkt dat de verpleegkundig specialist de rol van consulent vaak als laatste gaat vervullen. Dit bijvoorbeeld, wanneer ze minder tijd gaat besteden aan directe patiëntenzorg. Men zou kunnen zeggen dat de verpleegkundig specialist eerst zichzelf zal dienen te bewijzen als zorgverlener, opleider en onderzoeker, voordat ze de consulentenrol gaat vervullen.

In het consultatieproces zijn de volgende stappen te onderscheiden: verzoek, diagnose, geplande actie, evaluatie en afsluiting. De opbouw van het consultatieproces vertoont veel overeenkomst met de systematiek van het verpleegkundig proces. In beide zijn immers dezelfde stappen aan te wijzen.

VERSLAG VAN EEN CONSULTATIE VOORGESCHIEDENIS

Meneer Jansen doet al jaren vrijwilligers-

werk. Eén van zijn vaste klanten is de drieënnegentigjarige mevrouw de Wit. Hij rijdt mevrouw al jaren naar haar één jaar oudere zus die in een andere plaats, dichtbij woont. Beide dames zijn al lange tijd weduwe, hebben geen kinderen en wonen zelfstandig. Op Tweede Kerstdag gaat mevrouw de Wit een weekje logeren bij haar zus. Op oudejaarsdag is de vrijwilliger toevallig in de buurt en besluit even langs te gaan om te vragen of er nog boodschappen gedaan moeten worden. Omdat er na aanbellen niet wordt opengedaan, gaat hij via de achterdeur naar binnen.

Binnengekomen kan hij zich nog net staande houden, een ondraaglijke lucht komt hem tegemoet. Boven treft hij de dames in zorgwekkende toestand aan. Mevrouw de Wit vertelt dat ze haar zus liggend op de grond heeft aangetroffen. Gedurende vijf dagen heeft ze haar zus regelmatig gevraagd of ze zich wel goed voelt, of ze misschien pijn heeft en of ze de dokter niet moet bellen. Maar de zus herhaalt dat er niets met haar aan de hand is en dat ze niets anders wil dan dat mevrouw de Wit haar hand vasthoudt. De dames hebben zich gevoed met enkele bananen en water. (De vrijwilliger belt direct de huisarts, die op zijn beurt, na overleg met de dames, met spoed hulp aanvraagt bij een particulier bureau). Wanneer na enkele uren een verpleegkundige binnenkomt en beide dames uitlegt dat zij de verpleegkundige is waarover de dokter heeft gebeld, zegt de zus: "Leuk dat u er bent maar gaat u maar weer naar huis, want wij hebben u niet nodig. Wij hebben nooit hulp, wij doen altijd alles zelf". De verpleegkundige speelt hier goed op in en zegt, "maar dat is geweldig dat u alles zelf kunt, weet u wat, laat mij u helpen opstaan zodat u lekker naar

bed kunt gaan voordat ik weer naar huis ga." Dat vinden de dames een goed idee. Van "even" opstaan is geen sprake, mevrouw zit met de billen de hielen vastgeplakt: is als het ware vergroeid met het tapijt. Uiteindelijk lukt het de verpleegkundige met hulp van de vrijwilliger om mevrouw van de vloerbedekking los te trekken en in bed te leggen. De billen en de hielen zijn zwart verkleurd. Na enkele dagen worden de omvang en de ernst van decubitus echter pas goed zichtbaar. Boven het stuitbeen is een omvangrijk gat ontstaan waar gemakkelijk twee vuisten in passen. De verpleegkundige van het particuliere bureau vraagt ondersteuning aan bij de thuiszorg. Zowel voor de wijkverpleegkundige als de huisarts geldt dat ze zich voor een situatie geplaatst zien, waarin ze niet adequaat kunnen handelen of te wel optimale zorg kunnen verlenen. De huisarts kan weliswaar een gedeelte van de necrose in de wond wegnippen, maar geen volledige behandeling bieden. Daarom stelt hij voor om de verpleegkundig specialist "huiddefecten" van de thuiszorg in consult te roepen.

Beide verpleegkundigen stemmen in met het op deze wijze als hulpvragers starten, initiëren van een consultatie.

STAPPEN VAN HET CONSULTATIEPROCES

1 Verzoek

De consultvragers (verpleegkundigen en huisartsen) brengen een probleem, waarmee ze geconfronteerd zijn, naar voren. De huisarts omschrijft de door hem aangetroffen stand van zaken. De consultgever gaat het proces in nadat ze met betrekking tot de hulpvraag betreffende de aanpak van een complex decubitusprobleem heeft vastgesteld, dat deze tot haar competentie behoort.

Ook gaat ze na of ze de vraagstelling goed begrepen heeft. Ten behoeve van dit laatste doet ze eveneens navraag bij de verpleegkundigen. In dit verband stellen Goldman et al. (1983) dat vaak gedetailleerde aanbevelingen worden gedaan, zonder dat de consultatievraag wordt benaderd. De auteurs refereren daarbij aan onderzoek, waarbij in een aanzienlijk deel van de gevallen de consultvragers en de consultgever een totaal verschillend beeld van de rede van de consultatie hadden. Vervolgens determineert ze het probleem op grond van de door de consultvragers verstrekte gegevens. Anders gezegd: ze stelt de aard van het probleem vast.

2 Diagnose

De consultgever stelt vast dat de consultvragers vooral twijfelen over de juistheid van de meest geschikte wijze van behandeling van de decubituswond. Met de consultvragers wordt aan de hand van een wondrapportageformulier de toestand van de wond nauwkeurig bepaald. De consultgever probeert te achterhalen welke ideeën de consultvragers hebben over de wondbehandeling. Op deze manier toont de consultgever een houding die respect voor de kennis en ervaring van de hulpvragers uitdrukt (Chisholm, 1991). De auteur noemt respect voor de consultvragers het waarmerk van de consultatieve relatie. In dit verband is eveneens de term "counseling" van belang. Bedoeld wordt het onderkennen van de wijze waarop de hulpvragers het probleem ervaren. Bij doorvragen blijkt dat er bij de consultvragers sprake is van een kennistekort met betrekking tot wondbehandeling. Ze zijn niet zeker van hun handelwijze.

De consultgever stelt zich eveneens zelf op de hoogte van de toestand van de cliënt en meer in het bijzonder van de wond. Op deze manier wordt in deze fase bepaald, waar precies de behoeften van de hulpvragers uit bestaan. Het voorgaande is richtinggevend voor de volgende stap.

3 Geplande actie

De interventies van de consultgever, ten behoeve van het oplossen van het werkprobleem van de hulpvragers, houdt het volgende in.

Voordat de consultgever aanbevelingen geeft, verstrekt ze op grond van deskundigheid inhoudelijk informatie omtrent de behandeling van decubitus en de preventie daarvan. Tot de aanbevelingen behoren onder meer het wijzen op een geschikte matras, richtlijnen voor wisselgigging (elke 2 uur in de 30 graden positie) en goede voeding. De consultgever benadrukt daarbij het belang van het verstrekken van informatie en leefregels aan de cliënt zelf. Voor de feitelijke behandeling van de wond wordt een wondrapportageformulier als uitgangspunt genomen. Er worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de wond behandeld zal gaan worden. Aangezien necrotectomie alleen niet voldoende is, dient er eerst voor gezorgd te worden dat de necrose in de wond afgebroken wordt, door twee maal daags een collagenase zalf toe te passen.

De consultgever zal zelf eveneens deelne-

men aan de wondverzorging. Dit om als voorbeeld te dienen en om zelf op de hoogte te blijven van de toestand van de wond. Dit betekent overigens niet dat de consultgever de wondverzorging overneemt.

Met betrekking tot de voorbeeldfunctie kent Van Bree Sneed (1991) de consultant, die als zodanig optreedt, "referent power" toe. Uitgedrukt wordt daarmee de invloed, macht (in positieve zin) die de consultant heeft omdat men haar vanwege een aantrekkelijk, bewonderenswaardig voorbeeld na wil volgen. Dit laatste bevordert de acceptatie van de aanbevelingen.

De voortgang van het genezingsproces zal de eerste tijd wekelijks worden geëvalueerd door de consultvragers en de -gever. Goldman et al. (1983) stellen dat de kans dat suggesties, werkopdrachten verwerkt wordt, groter is wanneer de consultgever aandacht besteedt aan de follow-up. In geval van tussentijdse problemen c.q. vragen is de consultgever bereikbaar.

In de beschreven consultatie gaat de consultgever duidelijk verder dat het enkel verstreken van aanbevelingen. Immers ze is beschikbaar voor beantwoording van tussentijdse vragen, zal deelnemen aan de verzorging van de wond en aan de evaluatie van de voortgang van het herstel. Door zelf deel te nemen aan de wondverzorging, maakt de consultgever bij het proces ook gebruik van een andere rol, namelijk die van directe zorgverlener.

4 Evaluatie

Samenvattend wordt vastgesteld dat er met de hulpvragers een vertrouwensrelatie, die beïnvloeding mogelijk maakt, kon worden opgebouwd. Bij de consultvragers was er zeker sprake van openheid en bereidheid om mee te denken. Dit blijkt uit de wijze waarop de consultvragers bij de afsluiting van het gesprek enige evaluerende vragen beantwoorden. Daarbij gaven ze aan dat ze antwoord hadden gekregen op hun vragen. Voorts melden de consultvragers met betrekking tot het al of niet realistisch zijn van de aanbevelingen, dat ze zich erin kunnen vinden. Ze zijn namelijk uitvoerbaar in de praktijk.

5 Afsluiting

In feite kan er nog geen sprake zijn van afsluiten van het consultatieproces omdat er afspraken gemaakt zijn over een vervolgsconsult.

Daarnaast meldt de consultgever dat ze

beschikbaar is voor consultatie wanneer zich bij andere cliënten problemen voordoen.

NABESCHOUWING

De inhoud van het gesprek bevestigt het eerder als literatuurgegeven vermelde, dat een verpleegkundig specialist in haar rol van consultgever ook andere rollen vervult (directe zorgverlener en opleider). In de literatuur wordt gesteld dat de consultgever verantwoordelijk is voor het doen van realistische aanbevelingen (Menard, 1987).

Boehm uit Menard (1987) benadrukte de "take it or leave it" kwaliteit van consultatie, terwijl Kohnke (1987) als één van de criteria van consultatie noemt dat de consultgever niet verantwoordelijk is voor de implementatie; er is geen gezagsrelatie. Op grond van het verloop van de onderhavige consultatie en dat van vele andere stellen we nu het volgende. Op het in de literatuur vrij algemeen beweerde, als zou de consultgever niet verantwoordelijk zijn voor de implementatie van aanbevelingen, valt in een aantal gevallen af te dingen.

En wel in die zin dat niet verantwoordelijk zijn voor de implementatie ondersteuning daarvan (door de consultgever) niet uitsluit. Immers, de inbreng van de consultgever bleef, zoals we onder "geplande actie" zagen, niet beperkt tot het verstrekken van aanbevelingen en dient dit in veel gevallen ook niet te blijven.

Uit eigen praktijkervaring als verpleegkundig specialist "huiddefecten" blijkt dat de complexiteit van de inhoud van de consultaties ertoe leidt, dat de consultgever niet altijd kan volstaan met het verstrekken van aanbevelingen. Haar aandacht is ook bij het toepassen en evalueren van de aanbevelingen vereist. Wondverzorging leidt er daarom toe dat éénmalige contacten in veel gevallen onvoldoende zijn. Dit laatste met name wanneer er bij gebleken kennistekort van de consultvrager geleidelijk opgebouwde, stapsgewijze overdracht van informatie in de praktijksituatie noodzakelijk is. Een andere factor, die de consultgever tot nadere bemoeienis kan bewegen, is de variabele veranderingsbereidheid aan de zijde van de consultvrager. Dat de consultvrager aanbevelen, voor haar nieuwe behandelwijzen ook daadwerkelijk gaat toepassen, is niet altijd vanzelfsprekend.

De verpleegkundigen als consultvragers en de verpleegkundig specialist als consultgever in de beschreven consultatie, behorend

tot dezelfde organisatie. De consultgever kan daarom als interne consulent beschouwd worden. De positie van de consultgever wordt overigens door Noll als bepalend voor het al dan niet verantwoordelijk zijn voor toepassing van aanbevelingen gezien. Bij externe positie ziet ze de consultgever als niet verantwoordelijk voor de implementatie en betoogt dan dat daarom consultatie dan moeilijk als de voornaamste actie in de praktijk van de verpleegkundig specialist is te integreren. Noll pleit derhalve voor een interne positie, waarvan ze als voordelen ziet: aanwezige deskundigheid ten behoeve van het implementeren en evalueren van oplossingen, constante beschikbaarheid, snelle respons en het door de consultgever beschikken over kennis van de organisatie. Bij de interne positie krijgt het meer doen dan alleen aanbevelingen een grotere kans. Immers de consultgever is in de gelegenheid om de aanbevelingen te regelen, te controleren en indien gewenst aan te passen (Noll, 1987). In de literatuur vinden we een aantal richtlijnen geformuleerd voor een effectieve consultatie (Goldman et al, 1991). Enkele daarvan komen in de beschreven consultatie duidelijk naar voren. Gewezen werd immers op het belang van het determineren van de hulpvraag, het nagaan of het probleem binnen het domein van de consultgever ligt en het voorzien door deze laatste in een follow-up. Wanneer door middel van genoemde richtlijnen de consulent wordt aangeraden om naast het ondervragen van de hulpzoekers zelf te kijken naar het probleem om daar onafhankelijk gegevens over te verzamelen, vinden we daarin het belang van directe bemoeienis van de verpleegkundig specialist met de cliënt nog eens onderstreept. Tenslotte dient er op gewezen te worden dat in tegenstelling tot in boven omschreven consultatie de consultgever van tijd tot tijd in behoorlijke mate met aarzeling en weerstand wordt geconfronteerd. Er moet dan geïnvesteerd worden in het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

* M. Castelijm, verpleegkundig specialist
thuiszorg

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres d.d. 19 november 1997 te Utrecht

LITERATUUR

1. Van Bree Sneed, N. (1991). Power: Its use and potential for misuse by nurse consultants. *Clinical Nurse Specialist*, 5-1, pp. 58-62.
2. Brunk, Q.A. (1992). The clinical nurse specialist as a external consultant: a framework for practice. *Clinical Nurse Specialist*, 6-1, pp.2-4.
3. Chisholm, M. (1991). Consultation: use and abuse of power. *Clinical Nurse Specialist*, 5-1, p. 57.
4. Goldman, L., Lee, T. & Rudd, P.(1983). Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med*, 143, 1753-1755.
5. Kohnke, M. (1978). Case for consultation in nursing: Designs for professional practice, pp. 55-83. John Wiley.
6. Lipitt, G. & Lipitt, R. (1986). The consulting process in action. Universit Associates.
7. Menard, S.W. (1987). The clinical nurse specialist perspectives on practice, pp. 127-143. John Wiley & Sons.
8. Noll, M.L. (1987). Internal consultation as a framework for clinical nurse specialist practice. *Clinical Nurse Specialist*, 1-16, pp. 46-50.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

DE WCS POSTER "CLASSIFICATIEMODEL"

ALTIJD HET CLASSIFICATIEMODEL ZICHTBAAR OP UW AFDELING.

Deze overzichtelijke poster met het bekende WCS Classificatiemodel siert elke werkplek.

Deze poster kost slechts f 2,50 per stuk (exclusief verpakkings- en verzendingskosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELIJN: 0252-223392.