

DE PROFESSIONELE BEROEPSATTITUDE BIJ HET VERLENEN VAN WONDZORG

E. Jolink*

Valt er iets op mijn beroepshouding aan te merken als ik in de nachtdienst een patiënt zijn wisselgigging onthoud? Maakt het wat uit welk argument ik daarvoor aanvoer? Telt 'hij slaapt zo lekker en ik wil hem niet wakker maken' zwaarder dan 'ik zat zo lekker te kletsen met mijn collega'? Het resultaat is hetzelfde, namelijk dat de patiënt blootgesteld wordt aan verhoogd risico op drukletsel.

We verwachten van artsen en verpleegkundigen dat ze vriendelijk en geduldig zijn en dat ze oog hebben voor behoeften van anderen. Ook als ze moe zijn. Ook als het bere-druk is. Ook als iemand iets vervelends gezegd heeft. In dit artikel wordt dieper ingegaan op de specifieke professionele houdingsaspecten die bij het uitvoeren van wondbehandelingen van zorgverleners verwacht worden.

1. WONDZORG: MEER DAN LEKKER PRUTSEN.

Het verlenen van zorg rondom wondbehandeling houdt meer in dan het 'lekker prutsen en priegelen' waar wondhobbyisten zo graag over spreken. Ten aanzien van wondzorg liggen de accenten primair bij wondclassificatie, het uitvoeren van wondreiniging in de breedste zin van het woord en het kunnen hanteren van diverse materialen. Het is wenselijk dat een professional in wondzorg (arts of verpleegkundige) juist op deze vlakken goed scoort. Maar in de omgang met patiënten met wonden, mag de relatie 'van mens tot mens' niet vergeten worden.

Alleen al bij het geven van voorlichting is het van cruciaal belang dat de zorgverlener zich bewust is van de impact van zijn of haar persoonlijke benadering.

Het kunnen verlenen van 'goede' wondzorg (de hele procesgang van voorbereiding tot uitvoering en evaluatie) stelt dus eisen op verschillende vlakken:

- 1) een *technisch* aspect: een handeling naar behoren kunnen uitvoeren, materiaalvaardigheden;
- 2) een *kennisaspect*: kunnen inschatten waaruit de gewenste wondzorg bestaat en wat de (mogelijke) consequenties van een therapie of handelwijze zijn;
- 3) een *houdingsaspect*: hiermee wordt bedoeld *met welke houding en intentie* de beroepsbeoefenaar een patiënt bejegt.

2. FOCUS OP 'DE WOND' OF FOCUS OP 'MENS MET WOND'.

Bij beroepen in de medische zorgverlening wordt algemeen verwacht dat beroepsbeoefenaars over speciale (houdings-)eigenschappen beschikken, die deels aan te leren zijn, maar ook voor een belangrijk deel vanuit de aard van de zorgverlener zelf komen. Bijvoorbeeld 'een opgeruimd karakter hebben', 'goed kunnen luisteren', of zelfs 'goed tegen nare geurtjes kunnen'. Deze voorbeelden geven impliciet al weer dat dit soort verwachtingen niets zegt over de realiteit ervan. Toch vinden zowel zorgverleners en hun werkgevers, als patiënten en hun naasten, dat verpleegkundigen en artsen op sociaal/communicatief vlak aardig wat in huis moeten hebben om hun beroep goed te kunnen uitoefenen.

Onder meer op basis van punten die in het beroepsprofiel en de nationale verpleegkundige beroepscode beschreven worden, komt in het verpleegkundig beroepsopleidingsprogramma's, dan storten zowel docenten als cursisten zich vaak volledig op technische aspecten en worden attitude aspecten verwaarloosd. In mijn optiek is dit te wijten is aan 1) een mankerende visie en 2) een gebrek aan tijd. Bij nascholing op het gebied van wondzorg is exemplarisch voor dit probleem.

3. SCHOLING VANUIT EEN VISIE.

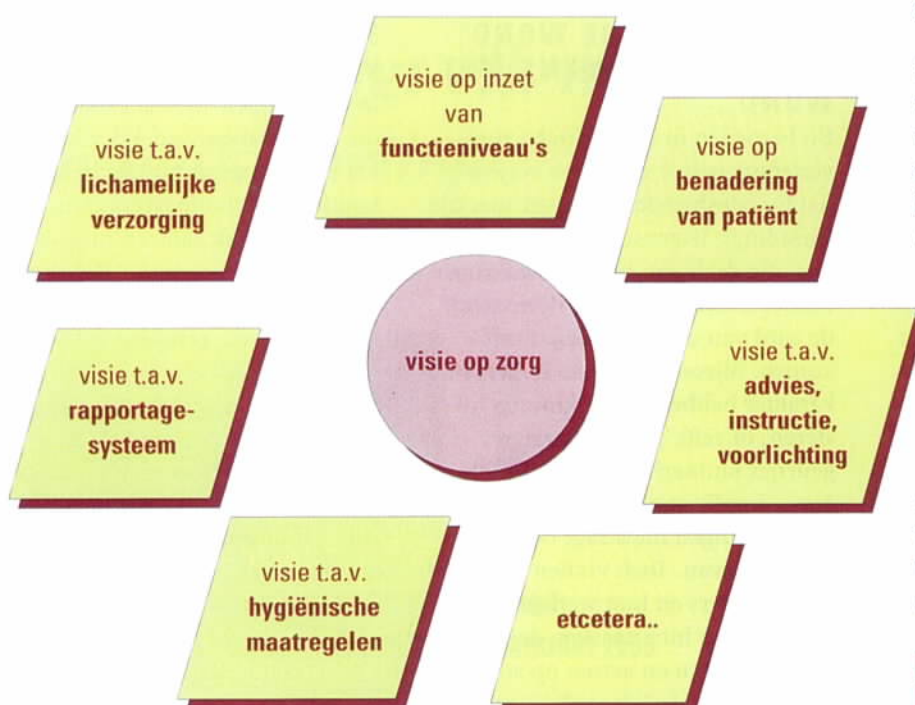
In instellingen voor gezondheidszorg die zelf verantwoordelijk zijn voor het verzorgen van medisch-verpleegkundige bijscholingstrajecten, ontbreekt het vaak aan een uitgewerkte visie op patiëntenzorg. Globale lijnen zijn meestal wel uitgezet, maar welke concrete gevolgen dit heeft voor ons handelen, wordt niet duidelijk. Scholing en vorming liggen ten grondslag aan professioneel handelen. Wanneer men binnen een organisatie eenduidigheid nastreeft, zijn een uitgewerkte visie én de implementatie daarvan, voorwaarden voor bewust gedrag van medewerkers. Omdat er onvoldoende tijd (geld) is om dergelijke trajecten in te gaan, blijft het vaak bij goede bedoelingen. Daarbij moet bijscholing dermate tijdsefficiënt ingericht worden, dat de tijd die besteed kan worden aan *benadering en begeleiding* van complexe patiëntencategorieën, marginaal is.

VISIE OP ZORG.

Visie op stijl van management
Visie op omgang met medewerkers
Visie op samenstelling van organisatie
Visie op wijze van levering producten (procesgang)
Visie op kwaliteit van processen
Visie op inhoud van producten / diensten
Visie op kwaliteit van producten/ diensten
Visie op management van middelen
Visie op transmurale partners
Visie op patiënten/cliënten- benadering
Visie op financiën / financieel beleid

Figuur 1a): waaruit bestaat een brede visie van de organisatie?

(voorbeeld deelaspecten, incomplete lijst, opgesteld op basis van uitgangspunten uit het INK model)



Figuur 1b): voorbeeld van een visie op het niveau van de zorgverlening

4. DE BEROEPSATTITUDE.

Heeft een mankerende attitude in de wondzorg echt vervelende gevolgen? Er zijn argumenten om bepaalde medische complicaties terug te voeren op tekortkomingen in de attitude van de zorgverleners. Aangetoond is bijvoorbeeld dat het ontstaan van decubitus te herleiden is tot te langdurige verhoogde druk, schuif- of wrijfkrachten (of combinaties van die factoren). Risico verhogende factoren daarbij zijn o.a. cachexie, slechte voedingstoestand, (chronisch) perifeer vaatlijden, maceratie van de huid door bijvoorbeeld incontinentie. Voor de oorzakelijke factoren en een aantal risicoverho-

gende factoren geldt dat met 'meer en betere aandacht' het effect van de preventie verbeterd kan worden. Dit is een aanname op basis van het algemeen gangbare uitgangspunt dat in decubituszorg door toename van het aantal zorgmomenten en verhoging van intensiteit (aandacht) binnen die zorgmomenten, de totale zorg verbetert.¹⁾

'AANDACHT GEVEN' ALS EEN ATTITUDE ASPECT.

Een bepaalde mate van intensieve persoonlijke aandacht kan dus gezien worden als basisonderdeel van de zorgverlening. Aandacht kan soms ook als 'extraatje' beschouwd

worden, in die gevallen waarin de zorgverlener een stapje verder gaat dan hij op grond van de zorgbehoeften van de patiënt en zijn eigen beroepskundige taken zou hoeven doen. De vraag is of exact te duiden is bij hoeveel aandacht de minimale ondergrens ligt en waar die aandacht zou moeten ophouden. Omdat dit lastig uit te drukken is (en niet toetsbaar is) maar ergens in de attitude van de verpleegkundige of arts gezocht moet worden, rijst een tweede vraag: mag van zorgverleners verwacht worden dat zij 'aanvoelen' wat 'normale' of 'gewenste' aandacht is die het zorgverleningsproces ten goede komt?

Onder meer door overbelasting van medewerkers kan een sfeer ontstaan waarin wij elkaar leren een houding aan te nemen waarbij primair gekken wordt naar evidente zorgtaken ('ik ben hier om bij deze meneer een ulcus te verbinden'). Daar houdt dan onze 'aandacht' vaak op. We laten na om te inventariseren op welke vlakken voor deze persoon nog meer zorg-, zelfzorgondersteunende- of voorlichtingsbehoeften zijn ontstaan. Elke medisch-verpleegkundige handeling is gekoppeld aan een bepaald tijdsbestek, een functioneringsniveau, een procedure.

KWALITEIT VAN ZORG EN KWALITEIT VAN ZORGVERLENER

In deze context kunnen we ook een kritische blik werpen op de kwaliteit van de benadering (van zorgvragers) bij de tijdsefficiënte basale zorgverlening waarbij alleen het hoogstnoodzakelijke uitgevoerd wordt. Een voorbeeld hiervan is de *wekelijkse voetverzorging* in verpleeghuizen, waarbij de frequentie van de basiszorg is teruggebracht naar het niveau waarop bij alle bewoners éénmaal per week een volledige voetverzorging kan worden aangeboden. Is de werkelijke reden voor dit beleid geld- en tijdgebrek, of denken en zeggen wij dat terwijl ook een deel terug te voeren is op instellings- of afdelingscultuur of zelfs op de attitude van de individuele zorgverlener?

5. BIJSCHOLINGS-PROGRAMMA'S: EEN KANS OM NIET TE LATEN LIGGEN

Om ons bewust te blijven van ons handelen is het zinvol om over deze vraagstukken met collega's van gedachten te wisselen. Discussies over de beroepshouding en over wat wel en eigenlijk niet 'door de beugel' kan, kunnen juist in bijscholingsprogramma's een tweeledig doel dienen:

- 1) het is een mogelijkheid om te inventariseren:
 - wat er leeft, wat houdt medewerkers bezig
 - hoe medewerkers in hun werk staan, hoe ze in de organisatie staan
 - in hoeverre ze (nog) op de hoogte zijn van houdingsaspecten in de beroepscode,
 - hoe het beroep beleefd wordt (beroepstrots, frustratie, Calimerogevoel)

Een bijscholing wordt doorgaans als veilige setting ervaren, als het ware 'gelieerd aan' maar toch 'los van' de werkvloer. Dit maakt dat medewerkers minder remmingen voelen om over hun werkhouding te spreken dan tijdens een afdelingsoverleg. De docent dient aan de cursisten te laten weten dat er over de discussies gerapporteerd wordt met in achtname van de privacy van de deelnemers.

- 2) een ervaren docent kan als discussiebegeleider de visie van de orga-

nisatie beargumenteren en overbrengen op de groep. Als consequent tijdens bijscholingen ruimte gegeven wordt aan deze thema's, dan kan iedere nieuwe cursus dienen als evaluatiemoment van de voorgaande bijeenkomsten. Voorwaarde is wel dat de docent een beknopte rapportage maakt van hetgeen besproken is en de voortgang bespreekt met het management.

Ook wanneer docenten of workshopleiders van externe bedrijven in gezondheidszorginstellingen scholing verzorgen, zou er goed aan gedaan worden als tevoren door de organiserende partijen gesproken wordt over:

- Wordt er aandacht besteed aan de beroepsattitude en benadering van de cliënten. Zo ja, op welke wijze. Dit is één van de doelen van de scholing. Doelen en inhoud van de scholing dienen helder te zijn.
- Is het mogelijk dat de gastdocent zich op de hoogte stelt van de visie op zorg van de instelling en deze uitgangspunten integreert in de lesmodule?
- Op welke wijze wordt geëvalueerd? (dus ook: 'waar kan de gastdocent met zijn feedback terecht')

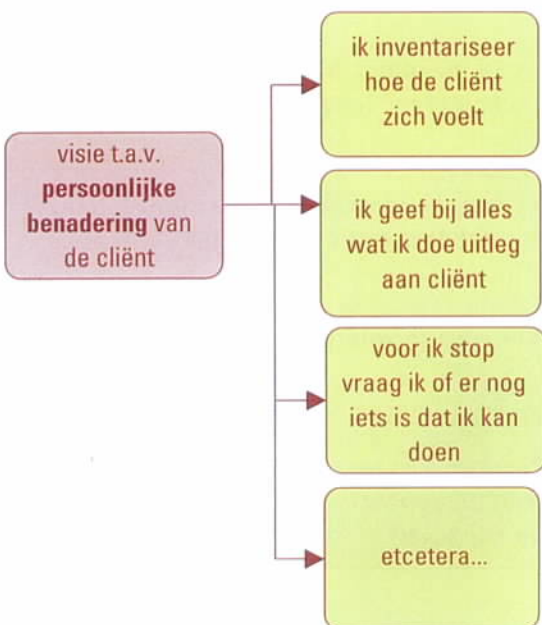
Het zou netjes zijn als de gastdocent op zijn beurt ook de visie van zijn organisatie kenbaar maakt aan de instelling waar hij uitgenodigd is. Dit kan een meerwaarde geven aan

de samenwerking tussen bijvoorbeeld commerciële bedrijven en ziekenhuizen. Dan kan een lesprogramma gedegen voorbereid worden zonder dat het blijft bij een telefoontje waarin iemand 'besteld' wordt om medewerkers een kunstje te leren 'omdat wij zelf niemand in huis hebben die dat goed in de vingers heeft'. Commerciële bedrijven en trainingsbureaus zouden het thema beroepshouding ook als vast item moeten kunnen aanbieden als zij les geven aan de verpleegkundige beroepsgroep.

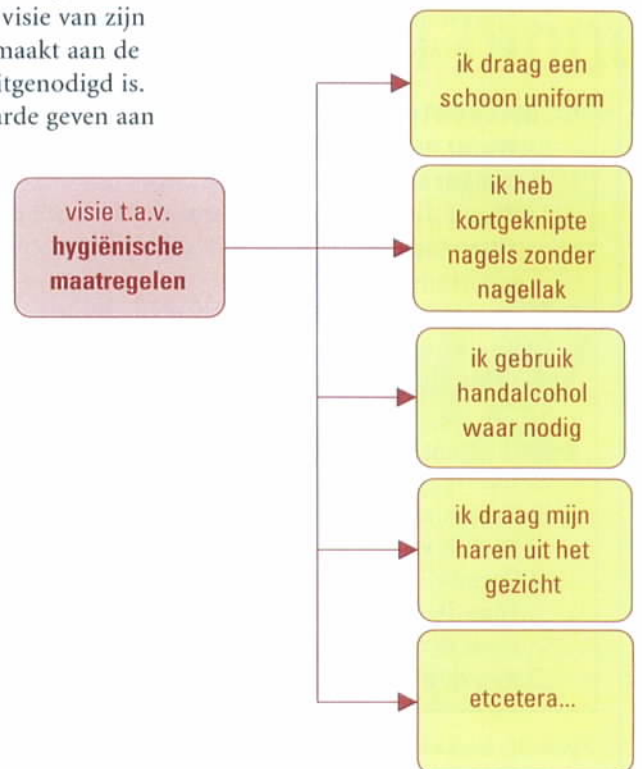
6. BEROEPSHOUDING IN EEN CURSUS WONDZORG?

Om duidelijk te maken op welke manier in een scholing de bejegening van de patiënt uitgelicht kan worden, volgen hieronder voorbeelden. Aspecten van de visie die bij Figuur b genoemd zijn, worden hier uitgewerkt. De gekozen voorbeelden dienen om te illustreren dat ook op het gebied van beroepsattitude het goed mogelijk is om een visie te vertalen in handelwijzen, terwijl het karakter (de 'aard') van die uitwerking anders is dan bij andere richtlijnen.

De punten die bijfiguur 2a genoemd zijn, zullen andere associaties oproe-



Figuur 2a): uitwerking van de visie op persoonlijke benadering van de cliënt.



Figuur 2b): uitwerking van de visie op hygiënisch werken.

pen dan de aspecten bij figuur 2b. Bij de bejegening van de patiënt geldt bijvoorbeeld dat er een aanspraak gedaan wordt op het *geduld* en het *invoelend vermogen* van de zorgverlener, terwijl het bij verheldering van het zorgaspect 'hygiënisch werken' gaat om uitvoering van concrete taken.

Na gestart te zijn met het bespreken van de grote lijnen die in organisatie van zorg een rol spelen, zijn we via een proces van filtering en afleiding aanbeld bij de verpleegkundige zorg voor patiënten met wonden. Voordat er op dat punt weer verder de diepte in gegaan kan worden, komen we terug op onze centrale probleemstelling:

"Naast kennis en vaardigheden (die over het algemeen op velerlei manieren en plaatsen aan bod komen) is het belangrijk om in te gaan op de houdings- en bejegening aspecten bij de categorie patiënten met wonden. Op dit punt schieten bijscholingsprogramma's vaak tekort." In de volgende paragraaf worden handvatten geboden die kunnen helpen om te scholen en zorgen vanuit een visie.

7. PATIËNTENBENADERING EN BEROEPSATTITUDE BIJ PATIËNTEN MET WONDEN.

I: GEZONDHEIDSPROBLEMEN

- Is er door de wondproblematiek sprake van negatieve invloed door storingen in slaap- of rustmogelijkheid? Hoe ervaart de cliënt dit?
- Ervaart de patiënt lichamelijke ongemakken door de wond, zoals mobiliteitsstoringen of exsudaatlekkage?
- Inventariseren wondpijnbeleving:
 - Op welke wijze geeft de patiënt uiting aan pijn?
 - In welke mate wordt pijn ervaren (subjectieve pijnclassificatie)?
 - Op welke momenten wordt pijn ervaren?
 - Heeft de patiënt manieren gevonden om pijn te hanteren?

II: BESTAANSPROBLEMEN

- Inventariseren van angst gerelateerd aan de wond(en):
 - Wat zijn 'triggermomenten', bv. vóór verbandwisselingen is patiënt extra gespannen
 - Wat is de voornaamste aard en oorzaak van de angst: angst voor pijn, angst voor toekomst, angst voor reactie v anderen, angst dat verpleegkundige niet bekwaam is
 - Onderzoek individuele oplossingen: 'wat helpt deze persoon om de angstgevoelens te hanteren'?
 - Wat is de wijze van uiten van angst
- Hoe staat het met het zelfbeeld van de patiënt? Kan hij of zij hierover praten?
- Wat is de wijze van problemen oplossen, stressverwerking, coping van deze patiënt?
- Hoe is de balans zelfstandigheid/afhankelijkheid en hoe oordeelt de patiënt hierover?
- Speelt de levensovertuiging van de patiënt een rol? (een wond kan bijvoorbeeld opgevat worden als straf)

III: INTERACTIEPROBLEMEN

- Wordt de omgang met anderen verstoord door zaken die verband houden met de wond(en)? Is de patiënt tevreden met de relaties die bestaan?
- Wordt de communicatie met de omgeving beïnvloed door de wond(en), bijvoorbeeld: kan de patiënt zitten/liggen zoals hij dat wenst om met anderen te communiceren? (oog hebben voor houdings- en positioneringsaspecten)
- Ervaart de patiënt stigmatisering door het hebben van wonden?
- Kan er wat gedaan worden aan effectieve geurreductie (let wel: hieronder wordt niet verstaan 'een schoteltje gemalen koffie in de hoek van de kamer' of 'sprenkelen met pepermuntolie')

Vanuit de zorgverlener:

- Doe ik mijn best om de patiënt met zijn 'eigenaardigheden' in zijn waarde laten?
- Ben ik mij bewust van mijn eigen vooroordelen?
- Ben ik vriendelijk tegen de patiënt?
- Spreek ik op een rustige en duidelijke manier?
- Toon ik een actieve luisterhouding? Vraag ik dóór? Reflecteer ik hetgeen gezegd is?
- Geef ik uiting aan de gelijkwaardigheid van de relatie met de patiënt?
- Kan ik om gaan met de verwachtingen die de patiënt van mij heeft?

Items zijn beschreven volgens de systematiek dat het kader van 'belevingsgerichte zorg' biedt, waarbij de aandachtspunten in de vragende vorm geformuleerd zijn.

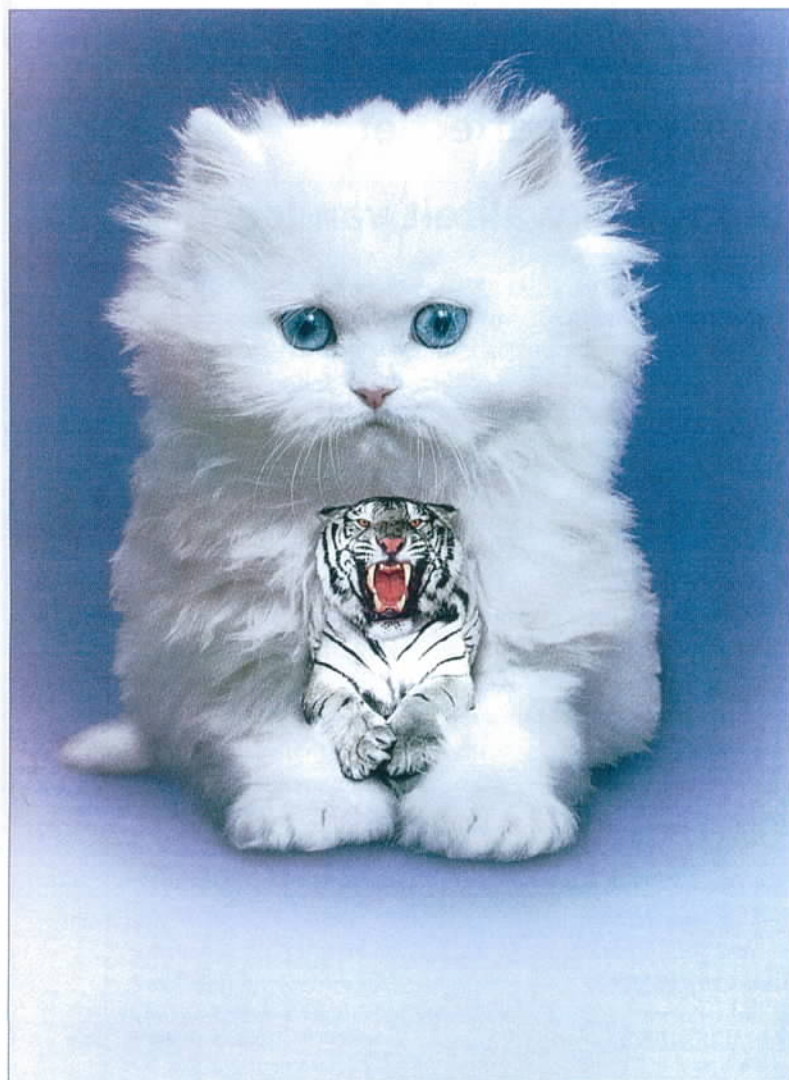
8. SLOTBESCHOUWING

Als je van mening bent dat het bij wondzorg vooral gaat om vakkundig knip- en plakwerk, of het goed kunnen toepassen van classificatiemodellen, dan ga je voorbij aan de derde pijler van vakkundige zorgver-

lening. Bemoeienis hebben met de persoonlijke levenssfeer van medemensen vraagt ook investering in vorming op andere gebieden, waarbij communicatie een heel belangrijk aspect is. Als je vindt dat beroeps-houdingsaspecten moeilijk vol te houden zijn, dan zou je je kunnen afvragen of de manier waarop wij zorg verlenen anders zou zijn als er een 'bonus' gekoppeld werd aan de mate van tevredenheid van de zorgvrager.

* Elisa Jolink, beleidsmedewerker
Zorggroep Zuid-Gelderland, Nijmegen
(E-mail: elisa.jolink@zorggroep-zuid-gelderland.nl)

1) Onder deze optimalisering van de totale zorg wordt in deze context verstaan 'het welbevinden van de patiënt in combinatie met ondersteuning bij- of opheffing van zelfzorgtekorten'.



Zacht van buiten¹ Krachtig van binnen²

Anti-microbieel verband met krachtig werkend zilver

AQUACEL Ag
Hydrofiber® Dressing with Silver

Referenties: 1. Harding KG, Price P, Robinson B, Thomas S, Holman D. Cost and dressing evaluation of hydrofiber and alginate dressings in the management of community-based patients with chronic leg ulceration. *Wounds*. 2001;13:229-236. 2. Data on File, ConvaTec.

Postbus 514
3440 AM Woerden
Nederland

ConvaTel: 0800 - 0224460
www.convatec.nl

®are registered trade marks of
E.R. Squibb & Sons, L.L.C.
©2003 E.R. Squibb & Sons, L.L.C.

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company