Psychosociale zorg:

Ons een zorg…?

Een onderzoek naar de psychosociale begeleiding door verpleegkundigen aan oncologiepatiënten

Adviesnota
Annebel Tahey
Oktober 2005

Psychosociale zorg: ons een zorg…?

Een onderzoek naar de psychosociale begeleiding door verpleegkundigen aan oncologiepatiënten

Persoonlijke gegevens

Naam:	Annebel Tahey

Studentgegevens

Onderwijsinstelling:	Hogeschool Inholland, Diemen
Opleiding:	HBO -Verpleegkunde (duale variant)
Groep:	VC01-a
Studentnummer:	242421

Onderzoeksafdeling

Instelling:	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Afdeling:	B5, gastro-intestinale chirurgie

Begeleiding

Scriptiebegeleider(s):	Paul Vleugels (OLVG) Ijbelien Jüngen (Hogeschool Inholland)
Jeroen Hulleman (OLVG)	

Inhoudsopgave

Voorwoord p. 5

Inleiding p. 6

Hoofdstuk 1 Theoretische achtergronden p. 10

§ 1.1 Psychosociale problemen p. 10
§ 1.2 Verwerkingsstrategieën p. 11
§ 1.3 Basisvaardigheden voor psychosociale zorg p. 14
§ 1.4 Verpleegkundige begeleiding p. 16
§ 1.4.1 Werkdefinitie psychosociale oncologische zorg p. 18
§ 1.4.2 Richtlijnen verpleegkundige zorg aan oncologiepatiënten p. 18
§ 1.5 Functionele gezondheidspatronen, verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies p. 19
§ 1.5.1 Gezondheidspatroon 7: Zelfbeleving p. 19
§ 1.5.2 Gezondheidspatroon 8: Rollen en Relaties p. 22
§ 1.5.3 Gezondheidspatroon 10: Stressverwerking p. 24
§ 1.5.4 Gezondheidspatroon 11: Waarden en Levensovertuigingen p. 26

Hoofdstuk 2 Huidige situatie p. 28

§ 2.1 Enquête onder verpleegkundigen p. 28
§ 2.1.1 Onderzoeksopzet p. 28
§ 2.1.2 Resultaten p. 29
§ 2.1.2.1 Psychosociale problemen p. 29
§ 2.1.2.2 Psychosociale zorg p. 30
§ 2.1.2.3 Verpleegkundige diagnoses, symptomen en interventies p. 31
§ 2.1.2.4 Waardering verpleegkundigen p. 34
§ 2.1.2.5 Overige meningen verpleegkundigen p. 35

§ 2.2 Dossiertoetsing p. 36
§ 2.2.1 Onderzoeksopzet p. 36
§ 2.2.2 Resultaten p. 36

§ 2.3 Patiëntentevredenheid p. 37
§ 2.3.1 Onderzoeksopzet p. 37
§ 2.3.2 Resultaten p. 38

Hoofdstuk 3 Analyse p. 39

§ 3.1 Vergelijking resultaten enquête en dossiertoetsing p. 39
§ 3.1.1 Psychosociale problemen p. 39
§ 3.1.2 Psychosociale zorg p. 41
§ 3.1.3 Verpleegkundige diagnosen, symptomen en interventies p. 41
§ 3.1.4 Waardering verpleegkundigen p. 41

§ 3.2 Vergelijking resultaten enquête en patiëntentevredenheid p. 43

§ 3.3 Vergelijking resultaten praktijkonderzoek en literatuur p. 44
§ 3.3.1 Enquête en literatuur p. 44
§ 3.3.2 Dossiertoetsing en literatuur p. 48
§ 3.3.3 Patiëntentevredenheid en literatuur p. 49

Hoofdstuk 4 Conclusies p. 50

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen p. 53

Samenvatting p. 56

Literatuurlijst p. 58

Bijlage 1: Enquête
Bijlage 2: Uitwerking enquête
Bijlage 3: Uitwerking dossiertoetsing
Bijlage 4: Samenvatting patiëntentevredenheidsonderzoek

Voorwoord

Voor u ligt de adviesnota die ik heb geschreven ter afronding van mijn studie HBO-V Duaal op de Hogeschool INHOLLAND te Diemen.

Na vier intensieve jaren betekent het afronden van deze opleiding heel veel voor mij, een mijlpaal. Het biedt mij de mogelijkheid om in de toekomst mijzelf verder te ontwikkelen in een beroep dat ik ervaar als boeiend, veelzijdig, afwisselend en belangrijk.
Een beroep waarin mensen centraal staan, en waarbij ik ondanks mijn professionele rol dichtbij mezelf kan blijven.

Het schrijven van deze adviesnota is mij niet meegevallen ! Er zijn momenten geweest dat het huilen mij nader dan het lachen stond, dat ik eraan twijfelde of ik het wel waar kon maken. Maar één ding stond vast: het zou gaan lukken want alleen en enkel dan zou ik mijn doel bereiken..
Naar gelang ik uiteindelijk steeds verder vorderde in het proces van het schrijven, kreeg ik meer vertrouwen en plezier erin. En nu is het zover, met trots presenteer ik u het resultaat van mijn inspanningen.

Dank je wel!:

Paul Vleugels: voor je begeleiding ten aanzien van deze nota. Uiteindelijk wist je mij op het goede spoor te zetten en zonder jouw soms “strenge doch rechtvaardige” aanpak had ik dit punt waarschijnlijk niet bereikt!

Ijbelien Jüngen: voor je grenzeloze vertrouwen en steun de afgelopen jaren. Wat had ik zonder jou gemoeten…?

En natuurlijk dank ik mijn collega’s voor hun steun alsook voor hun bereidheid om mijn uitgebreide enquêtes in te vullen. Ik verheug me op onze toekomstige samenwerking.

Tenslotte dank ik mijn lieve familie en vrienden, voor hun liefde, vertrouwen en ondersteuning.

Annebel Tahey.

Inleiding

Motivatie
De eindopdracht voor mijn opleiding tot HBO-verpleegkundige bestaat uit het schrijven van een adviesnota. Voor de laatste werkperiode van mijn opleiding heb ik gekozen voor afdeling B5 (Gastro-intestinale chirurgie) van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam. Dit is een chirurgische afdeling waar o.a. regelmatig mensen worden opgenomen bij wie sprake is van oncologische problematiek in het maagdarmstelsel.

Gedurende mijn loopbaan als verpleegkundige in opleiding ben ik veelvuldig in aanraking gekomen met oncologiepatiënten. Om verschillende redenen heb ik het altijd boeiend gevonden met deze patiëntencategorie te werken: de impact die kanker heeft op het leven van de patiënt en zijn naasten, de verschillende reacties die patiënten hierop kunnen hebben en het soms ervaren van intense zorgrelaties met deze patiëntencategorie.
Oncologiepatiënten kampen naast hun lichamelijke problemen vaak met zeer heftige emoties en kunnen veel angsten en onzekerheden hebben waar zij op verschillende manieren uiting aan kunnen geven. In mijn werk als verpleegkundige in opleiding heb ik, naast de zorg voor het lichamelijk welbevinden, altijd veel aandacht voor de gevolgen van ziekte op psychosociaal gebied. Hierbij probeer ik patiënten zo goed mogelijk te begeleiden en ondersteunen, vanuit mijn professionele rol van verpleegkundige en tevens met mijn intuïtie als raadgever.

Ik sluit mij aan bij de visie op verplegen die gehanteerd wordt door de afdeling: de holistische mensvisie. Volgens deze visie is er ” *aandacht voor lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel functioneren van patiënten* (Achterberg, e.a., blz. 370).” Deze visie gaat uit van de mens als geheel: lichaam en geest zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en hebben invloed op elkaar. Geestelijk ziek zijn kan lichamelijke gevolgen hebben en lichamelijke klachten kunnen geestelijke gevolgen hebben. Ook is er een wisselwerking tussen de sociale omgeving en lichaam en geest.
‘Verplegen’ betekent voor mij het begeleiden, ondersteunen en coachen van patiënten in hun reactie op een tijdelijke of blijvende verandering in hun bestaan. Naast het verzorgen van patiënten en verpleegtechnisch handelen zijn belangrijke taken: observeren, signaleren en communiceren (informeren en adviseren, preventie en voorlichting geven), alsook het coördineren van de zorg omtrent een patiënt. Verpleegkundigen moeten patiënten op een deskundige manier bijstaan bij vragen en behoeften waarin zij zelf niet kunnen voorzien. Naast het bieden van lichamelijke zorg ben ik van mening dat psychosociale zorg van even groot belang is.

Alhoewel ik ervan overtuigd ben dat het de intentie van de meeste verpleegkundigen is om oncologiepatiënten gedurende hun verblijf op afdeling B5 zo goed mogelijk te begeleiden en ondersteunen op zowel lichamelijk als psychosociaal gebied, heb ik mij regelmatig afgevraagd of de verleende psychosociale zorg wel deskundig is. Of er sprake is van kwaliteit van psychosociale zorg, dwz: begeleiding, ondersteuning, signalering en verwijzing op systematische wijze, uitgaande van patiëntbehoeften. Juist op een drukke en hectische chirurgische afdeling zoals afdeling B5 dreigt het gevaar dat de nadruk meer ligt op het bieden van lichamelijke en verpleegtechnische zorg.

Bovenstaande gedachte heeft er samen met mijn visie op verplegen toe geleid dat ik als onderwerp voor mijn adviesnota 'verpleegkundige psychosociale zorg aan oncologiepatiënten' heb gekozen. Door middel van vragenlijsten voor verpleegkundigen en dossiertoetsing wil ik gaan onderzoeken of en op welke manier verpleegkundigen op afdeling B5 psychosociale zorg verlenen aan oncologiepatiënten.

Probleemstelling
Mijn probleemstelling luidt:

"Op welke wijze verlenen verpleegkundigen op afdeling B5 psychosociale zorg aan oncologiepatiënten en hoe kan deze zorg geoptimaliseerd worden? Welke verpleegkundige aanbevelingen vloeien hieruit voort?"

Definiëring van begrippen:

- Optimaliseren: *"optimaal maken, in de meest gunstige omstandigheden of tot de meest gunstige oplossing brengen"* (www.vandale.nl/opzoeken/zoekwoord=optimaliseren, 08-09-2005)

- Psychosociaal: *"behorend tot of betrekking hebbend op de invloed van sociale factoren op psychische verschijnselen"* (www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/zoekwoord=psychosociaal, 28-08-2005);

- Zorg: *"de moeite en de pogingen die men doet om iets in stand of in goede conditie te houden, of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken"* (www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/zoekwoord=zorg, 28-08-2005).

Deelvragen

- Wat zegt de literatuur over psychosociale problemen bij oncologiepatiënten?
- Wat zegt de literatuur over de verpleegkundige taken ten aanzien van psychosociale zorg bij oncologiepatiënten?; Welke verpleegkundige diagnosen zijn gerelateerd aan psychosociale problemen bij oncologiepatiënten?
- Wat verstaan verpleegkundigen onder psychosociale zorg?; Zijn de verpleegkundigen van afdeling B5 tevreden met de door hen verleende zorg aan oncologiepatiënten en welke acties hebben zij hierop ondernomen?

Hypothesen

- Er wordt door de verpleegkundigen van afdeling B5 geen gestructureerde aandacht geschonken aan psychosociale zorg, waardoor er sprake is van discontinuïteit op het gebied van psychosociale zorg.
- Psychosociale zorg heeft een positief effect op kwaliteit van leven van de oncologiepatiënt.
- De kwaliteit van de door verpleegkundigen verleende psychosociale zorg aan oncologiepatiënten is niet professioneel, dwz. voldoet niet aan de HBO - richtlijnen en de wet BIG.

Doelstelling
Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de psychosociale problemen bij oncologiepatiënten en de daarbij gewenste psychosociale zorg door verpleegkundigen. Door deze inzichten en door te onderzoeken op welke manier verpleegkundigen van afdeling B5 psychosociale zorg bieden aan oncologiepatiënten, hoop ik aanbevelingen te kunnen doen voor de verpleegkundigen van deze afdeling, zodat de psychosociale zorg beter afgestemd kan worden op de problemen van deze patiëntencategorie.

Doelgroep
Deze adviesnota is in eerste instantie bedoeld voor verpleegkundigen van afdeling B5. Daarnaast hoop ik dat de informatie en aanbevelingen die uit deze nota voortvloeien nuttig zijn voor iedere verpleegkundige die met oncologiepatiënten te maken heeft.

Onderzoeksopzet
Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling en de deelvragen die daar onderdeel van zijn, heb ik een onderzoek gedaan. Ik heb de volgende acties ondernomen:

- Literatuurstudie;
- Enquête/Vragenlijst voor tenminste 15 verpleegkundigen;
- Dossiertoetsing (10 dossiers);
- Onderzoek naar patiëntentevredenheid.

Tekstopzet

Inleiding
Beschrijving van de nota
(motivatie/probleemstelling/hypothesen/doelstelling/doelgroep/verantwoording tekstopzet)

Hoofdstuk 1 Theoretische achtergronden
In dit hoofdstuk beschrijf ik de door mij gevonden informatie uit literatuuronderzoek over de te verwachten problematiek van oncologiepatiënten op psychosociaal gebied en de verpleegkundige begeleiding die daarbij gewenst is. Tevens beschrijf ik in dit hoofdstuk een aantal verpleegkundige diagnosen t.a.v. de psychosociale problemen bij oncologiepatiënten.

Hoofdstuk 2 Huidige situatie
Met behulp van enquêtes/vragenlijsten, dossiertoetsing en een onderzoek naar patiëntentevredenheid probeer ik in dit hoofdstuk de huidige situatie op afdeling B5 zo goed mogelijk te zo in kaart te brengen.

Hoofdstuk 3 Analyse
In dit hoofdstuk maak ik een analyse van de resultaten van mijn theorie - en praktijkonderzoek.

Hoofdstuk 4 Conclusies
Ik beschrijf de conclusies van mijn onderzoek in dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen
In dit hoofdstuk geef ik antwoord op mijn probleemstelling. Ik doe, op basis van mijn conclusies, concrete voorstellen voor de afdeling. Deze aanbevelingen hebben als doel de kwaliteit van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op de afdeling te verbeteren.

Samenvatting
Hierin wordt de inhoudelijke lijn van mijn adviesnota beschreven.

Literatuurlijst

Bijlagen

Hoofdstuk 1 Theoretische achtergronden

Het eerste hoofdstuk van mijn adviesnota is het resultaat van een literatuurstudie over psychosociale zorg voor oncologiepatiënten. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Psychosociale problemen (§ 1.1)
- Verwerkingsstrategieën (§ 1.2)
- Basisvaardigheden voor psychosociale zorg (§ 1.3)
- Verpleegkundige begeleiding (§ 1.4)
- Functionele gezondheidspatronen, verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies (§ 1.5)

§ 1.1 Psychosociale problemen

Kanker en de behandeling ervan zijn in de meeste gevallen zeer belastend voor de patiënt en geeft naast lichamelijke ook vaak psychosociale klachten. De psychosociale problemen van oncologiepatiënten zijn te typeren als een reeks crisissituaties. De eerste fase wordt gekenmerkt door grote onzekerheid, maar ook tijdens en na de behandeling worden oncologiepatiënten geconfronteerd met vragen omtrent prognose, mogelijke aantasting van het lichaam, functiebeperkingen, behandeleffecten en onzekerheden over de effectiviteit van de behandeling (Klingeman, C., e.a, 2002).

Er is veel onderzoek gedaan om de problemen van oncologiepatiënten te inventariseren. F.Willekens (2003) geeft in haar adviesnota naar aanleiding van een literatuuronderzoek,een overzicht van problemen die bij oncologiepatiënten kunnen spelen. Willekens noemt de volgende thema's: emotionele problemen, sociale problemen, zingevingsvragen, lichamelijke en / of uiterlijke problemen, praktische en financiële problemen.
Bij emotionele problemen wordt onderscheiden angst, verdriet, neerslachtigheid, spanning, boosheid, wanhoop, depressiviteit, machteloosheid, hulpeloosheid, schaamte, prikkelbaarheid, slapeloosheid, schuldgevoelens en het gevoel dat het doodsvonnis is uitgesproken.
Sociale problemen die kunnen voorkomen zijn stigmatisering, overbezorgdheid, verlies van gelijkwaardigheid en het verlies van sociale relaties, eenzaamheid, onbegrip en problemen in de seksuele relatie.
Zingevingsvragen kunnen zijn: wat is de zin van het leven?, waarom ik? Wat heb ik tot nu toe van mijn leven gemaakt en hoe moet ik nu verder? Men wordt geconfronteerd met de eindigheid van het bestaan. Onder lichamelijke en / of uiterlijke problemen worden de volgende gevolgen van kanker en haar behandeling verstaan: moeheid, gewichtsverandering, haaruitval en pijn. Ook een veranderde lichaamsbeleving speelt vaak een rol; men kan niet meer allerlei lichamelijke en sociale activiteiten verrichten waartoe men voorheen wel in staat was (Willekens, F., 2003).

Maseland (2004) onderscheidt algemene en specifieke psychosociale problemen bij oncologiepatiënten. De algemene psychosociale problemen betreffen problemen die bij elke oncologiepatiënt voor kunnen komen, ongeacht de soort kanker. Specifieke psychosociale problemen betreffen de problemen die kunnen voorkomen ten gevolge van een bepaalde soort kanker en de behandeling daarvan (Maseland, A., 2004).

In het artikel worden de specifieke psychosociale problemen genoemd die voorkomen bij longkanker, prostaatkanker, mammacarcinoom en bij colon - en rectumkanker. Ik vermeld de specifieke psychosociale problemen die zich voor kunnen doen bij de laatst genoemde soort kanker, aangezien ik op de afdeling met deze patiëntencategorie te maken heb.
Algemene psychosociale problemen worden als volgt onderscheiden:

- angst en onzekerheid, bijvoorbeeld angst voor pijn, terugkeer van de ziekte, afhankelijkheid;
- emoties als machteloosheid, woede, depressiviteit, verdriet en minderwaardigheidsgevoel;
- ontkenning of moeite met acceptatie van de ziekte, de gevolgen, of de ernst ervan;
- communicatie - en relatieproblemen met de partner, omgeving en hulpverleners (bagatelliseren, niet over de ziekte en de gevolgen willen praten);
- sociaal isolement;
- problemen met studie, werk of geld

Specifieke psychosociale problemen voor patiënten met colon - en rectumkanker:

- seksuele problemen: erectiestoornissen, verminderde opwinding, onzekerheid over seksuele aantrekkingskracht, droge vagina;
- afkeer van het eigen lichaam, angst voor sociaal isolement als gevolg van schaamte voor het uiterlijk bij patiënten met een stoma.

§ 1.2 Verwerkingsstrategieën

Wanneer mensen worden geconfronteerd met problemen zullen zij bepaalde strategieën gebruiken om deze op te lossen, te verminderen of beter te kunnen hanteren. Elk mens heeft zijn eigen strategie om met zijn/haar problemen om te gaan. Van invloed op de verwerking(strategieën) zijn persoonlijkheidskenmerken als zelfvertrouwen en optimisme, het hebben van sociale steun, leeftijd en opleiding. Daarnaast is van belang hoe men in het leven staat, welke mogelijkheden men heeft of wil aanleren om met problemen om te gaan. Iemand die al eerder ingrijpende levensgebeurtenissen heeft meegemaakt zal anders omgaan met problemen dan iemand die een dergelijke gebeurtenis pas voor het eerst meemaakt (Tuijp, A., 2003).

De Mönnink (1998) beschrijft verwerkingsreacties als zijnde reacties op verlies. Verlies wordt door de Mönnink omschreven als:

“Het kwijtraken van één of meer veelbetekenende elementen uit je bestaan en daarmee het kwijtraken van het houvast dat je daaraan ontleende” (De Mönnink, 1998, p. 32).

Het krijgen of hebben van de diagnose ‘kanker’ kan naar mijn mening ook beschouwd worden als een verlies, onder andere het verlies van gezondheid. Veel van de vanzelfsprekendheden van het leven vallen opeens weg door deze diagnose. Onzekerheid en angst worden dagelijkse metgezellen, die veel aandacht, tijd en energie

vragen. Kanker veroorzaakt vaak een crisis in het leven van de patiënt en zijn naasten. Bij de mogelijke reacties op verlies die door de Mönnink beschreven worden mag om bovengenoemde reden het woord ‘verlies’ gelezen worden als het hebben van de diagnose kanker.

“Waar ik verdriet om heb? Om het verlies van illusies, van vertrouwen in mijn lichaam, om de eenzaamheid. Het ergste is misschien wel het verlies van de belofte die het leven inhoudt” (Hagens, H. e.a 1997, p. 132).

De Mönnink onderscheidt een drietal innerlijke processen als mogelijke reacties bij verlies:

1. Afweer
2. Afscheid
3. Accommodatie

Ad 1. Bij *afweer* wordt vastgehouden aan de oude werkelijkheid door de informatie over het verlies te vervormen. Via afweer houdt de patiënt de pijn die het verlies veroorzaakt buiten het bewustzijn. Afweermechanismen zijn reactiepatronen van gevoelens, gedachten en gedrag op de waarneming van een intrapsychische bedreiging. Verdoving, ontkenning en marchanderen zijn voorbeelden van afweermechanismen.

- Verdoving treedt op als het verlies zonder waarschuwing vooraf de patiënt overvalt. Het is hevig en blijft lang in het geheugen hangen, al is het in tijdsduur het kortste afweermechanisme. Mogelijk is verdoving onvermijdelijk, het is een natuurlijke manier om aan te passen aan het verlies. Kenmerken van deze vorm van afweer zijn dat de patiënt het gevoel heeft op de automatische piloot te varen en de wereld om zich heen buitensluit.

- Ontkenning is de impuls om alles te houden bij het oude, ‘de conservatieve impuls’. De patiënt is niet in staat het verlies en haar gevolgen te accepteren. Ontkenning kan het vermogen de werkelijkheid te blijven begrijpen beschermen en hierdoor kan de patiënt in een eigen tempo de nieuwe werkelijkheid onder ogen zien. Wanneer de patiënt echter blijft ontkennen is er sprake van een verstoorde vorm van rouw.

- Marchanderen is onderhandelen met God, de dokter of een andere (denkbeeldige) instantie om het verlies uit te stellen of ongedaan te maken. De meest voor de hand liggende vorm van marchanderen is religieus: de patiënt sluit een overeenkomst met God. Ook kan ineens een vurig geloof ontstaan in de alternatieve hulpverlening, voeding of lichaamsbeweging.

Ad 2. *Afscheid* nemen betekent uiting kunnen geven aan het verlies en de emotionele en fysieke pijn. Via afscheid nemen probeert de patiënt de kloof tussen de oude en de nieuwe werkelijkheid te overbruggen.

Ontladingsvormen van de emotionele en fysieke pijn die het verlies doet zijn huilen, angst en boosheid. Om te kunnen herstellen van pijn ontstaat een natuurlijk proces van gevoelsontlading (huilen, trillen, razen, etc.). Door dit ontladen en het praten hierover kan de patiënt het verlies een plaats geven.

Emotionele uitingen na een verlies zijn: boosheid, schuldgevoelens, schaamte, angst, wanhoop en opluchting.

Ad 3. *Accommodatie* houdt in: aanpassen aan de nieuwe situatie. Door het verlies een plek te geven wordt het verliesverhaal opgenomen in het grotere levensverhaal. Accommodatie betreft het aanpassen van het innerlijke wereldbeeld aan de nieuwe informatie die ontvangen wordt als gevolg van de nieuwe werkelijkheid. Het verlies wordt geïntegreerd in het verdere leven (de Mönnink, 1998, p. 57-65).

In een artikel uit TVZ (1995) noemen de auteurs de volgende verwerkingsstrategieën:

- ontkennen
- boosheid
- zoeken naar informatie
- sociale steun zoeken
- zelf meewerken aan het herstel, zelfwerkzaamheid : door bijvoorbeeld zoeken naar het vinden van een emotionele balans of door zo lang mogelijk sportieve activiteiten vol te houden
- belangstelling voor alternatieve behandelingen

(Bense, E. e.a, 1995).

Pruyn e.a (1991) noemen de volgende meest voorkomende verwerkingsstrategieën:

- ontkennen
- vermijden
- leggen van oorzaak/gevolg relaties
- zoeken naar informatie
- zoeken naar steun
- situatie proberen te veranderen
- passief ondergaan
- emotionele ontlading
- alles op een rijtje zetten
- zelfinstructie
- accepteren

(Pruyn, J.F.A., 1991).

Uit bovenstaande bronnen blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen de genoemde verwerkingsstrategieën. Zowel Pruyn als Bense e.a noemen de strategieën: ontkennen, zoeken naar informatie en (sociale) steun.
Pruyn noemt ‘emotionele ontlading’ , Bense e.a noemen ‘boosheid’. Beide begrippen kunnen mijns inziens breed geïnterpreteerd woorden als zijnde een reactie op het feit kanker te hebben en verwoorden hetzelfde: de patiënt reageert op een emotionele manier, door zich ‘boos ‘ te gedragen en / of te huilen en / of angstig te zijn (zie de Mönnink).
‘Zelfinstructie’, door Pruyn e.a genoemd, vind ik vergelijkbaar met ‘zelfwerkzaamheid’, zoals door Bense e.a genoemd: de patiënt instrueert zichzelf om middelen te vinden zelf mee te werken aan het herstel.
Pruyn geeft mijns inziens een uitgebreider overzicht van voorkomende verwerkingsstrategieën, door o.a. ook ‘passief ondergaan’ en ‘accepteren’ te benoemen.

Patiënten hanteren dus verschillende middelen (verwerkingsstrategieën) om de problemen waarmee zij geconfronteerd worden te verzachten of op te lossen. Voor de verpleegkundige is het van belang de problemen en strategieën van patiënten zo goed

mogelijk in te schatten teneinde daar dan zo goed mogelijk op aan te kunnen sluiten. Dit is niet eenvoudig. Inzicht in en kennis van verwerkingsstrategieën zijn onontbeerlijk. Daarnaast moeten verpleegkundigen beschikken over een aantal basisvaardigheden om psychosociale zorg te kunnen verlenen aan de patiënt. Ik zal deze basisvaardigheden in de volgende paragraaf bespreken.

§ 1.3 Basisvaardigheden voor psychosociale zorg

Naast inzicht in en kennis van copings/verwerkingsstrategieën dienen verpleegkundigen over een aantal basisvaardigheden te beschikken om de oncologiepatiënt zo goed mogelijk te begeleiden. De Mönnick (1998) noemt vier basisvaardigheden om patiënten zo goed mogelijk te begeleiden in hun verlies. Deze vaardigheden vind ik van toepassing op het bieden van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten. Het krijgen of hebben van de diagnose kanker kan naar mijn mening ook beschouwd worden als een verlies, zoals hiervoor in § 1.2 beschreven.

De vier basisvaardigheden die de Mönnink noemt zijn:

1. Stilte
2. Lichaamstaal
3. Onder woorden brengen
4. Praktische handreikingen

Ad 1. <u>Stilte</u>
Door als verpleegkundige stil te zijn wordt voor de patiënt ruimte gecreëerd om te rouwen. Dit wordt genoemd: luisterend helpen of therapeutisch zwijgen. Op deze wijze helpt de verpleegkundige luisterend, door aandacht aan de patiënt te geven. Door tijdens het gesprek met de patiënt stilte in te zetten in de vorm van pauzes, heeft de patiënt de ruimte om een rustpauze te hebben, een en ander te verwerken en de stimulans om verder te gaan.
Niets zeggen vereist van de verpleegkundige een subtiel inschattingsvermogen en het vermogen de eigen neiging te onderdrukken om stiltes te doorbreken.
Luisteren is een kunst. De patiënt wordt gestimuleerd de eigen zaken en gevoelens te ordenen door een luisterende houding van de verpleegkundige. Het is belangrijk dat de verpleegkundige accepteert dat niet alles adequaat te verwoorden is, en dat het soms beter is te zwijgen.

Ad 2. <u>Lichaamstaal</u>
Onder ‘lichaamstaal’ wordt in de verliesbegeleiding verstaan: het uitzenden van fysieke boodschappen van betrokkenheid en medeleven, al dan niet gepaard gaande met aanraking.
Via lichaamstaal kan de verpleegkundige zijn/haar betrokkenheid tonen bij de patiënt. Juiste lichaamstaal omvat de volgende facetten:

- fysieke afstand tot de patiënt: niet te dichtbij, niet te veraf;
- oogcontact: o.a regelmatig de ander aankijken, af en toe met de ogen knipperen;
- fysieke luisterhouding: o.a voorover leunen, ontspannen houding, kleine afstand tot patiënt, af en toe toeknikken;
- minimale aanmoedigingen: verbaal door hm,hm , ja ?, en toen? etc.;
- aanraking: op gepaste en gewenste wijze aanraken, bijv. ‘troost’ bieden door en arm om de schouder van de patiënt te leggen.

Ad 3. Onder woorden brengen

Ook door het gesproken woord kun je iemand tot steun zijn. Wanneer de verpleegkundige de vaardigheid van het onder woorden brengen verstaat, maakt zij gebruik van woorden in de vorm van:

- uitnodigen tot praten: gesloten vragen op geschikte momenten kunnen de patiënt uitnodigen tot praten. Open vragen hebben een verbredend effect wanneer zij kort, eenduidig zijn en aansluiten op hetgeen de patiënt vertelt.
- Parafraseren van de inhoud: in eigen woorden weergeven van de essentie wat de patiënt zojuist heeft gezegd om deze informatie te ordenen en aan te vullen;
- reflecteren van gevoel: door gevoelens te benoemen over hetgeen je ziet bij de patiënt kunnen onderliggende gevoelens opgespoord worden;
- samenvatten: de rode draad van het gesprek wordt duidelijk wanneer de verpleegkundige in eigen woorden weergeeft wat de patiënt heeft verteld. Hierdoor voelt deze zich begrepen en uitgenodigd.
- Normaliseren: vertellen dat de reactie normaal is als een reactie op een verlies;
- informatie geven: goede en toepasselijke voorlichting geven op vragen die spelen bij de patiënt;
- confronteren: attenderen op iets opvallends of tegenstrijdigs in het voelen, denken en handelen van de patiënt;
- heretiketteren: door een alternatieve kijk op iets te benoemen kan een belastende kijk gerelativeerd worden. Voorbeeld: patiënt: “Mijn leven is een drama geworden”. Verpleegkundige: “ Het verlies heeft een zeer grote invloed gehad”.
- Metacommunicatie: een gesprek over het gesprek om wederzijdse verwachtingen op elkaar af te stemmen;
- functionele zelfonthulling: onder woorden brengen van eigen reactie als verpleegkundige, bijv. soortgelijke ervaringen als bevestiging.

Ad 4. Praktische handreikingen

Op vele manieren kan de verpleegkundige de patiënt praktisch de hand reiken. Door het correct brengen van slecht nieuws, verlenen van eerste opvang, handelen bij een crisis, hulp te verlenen, nazorg op te zetten en het zo nodig doorverwijzen naar andere disciplines, zal de patiënt dit ervaren als steunvol
(Mönnink, H. de, 1998, p. 136-142).

Een goed voorbeeld van een dergelijke praktische handreiking is het mammacare-project dat in september 2002 is opgezet in het OLVG voor patiënten met mammacarcinoom. In het OLVG werken drie mammacare-verpleegkundigen. Dit zijn verpleegkundigen die zich gespecialiseerd hebben in de zorg aan patiënten met borstkanker. Iedereen die in het OLVG behandeld wordt aan borstkanker, nabehandeld wordt of borstkanker heeft gehad, kan een beroep doen op de mammacare-verpleegkundige. Ook partner of andere naasten kunnen bij haar terecht. De mammacare-verpleegkundige heeft voorlichtende, begeleidende en adviserende taken. Onder de voorlichtende taak wordt bijvoorbeeld verstaan dat de mammacare-verpleegkundige aanvullende informatie geeft over de ziekte en de behandeling en adviezen over het omgaan met symptomen en ongemakken ten gevolge van de ziekte en/of behandeling. Ook verschaft zij informatie over de ontslagprocedure, lotgenotencontact en patiëntenverenigingen. Indien van toepassing geeft zij informatie over borstprothese en kleding.

Onder de begeleidende taak wordt verstaan dat de mammacare-verpleegkundige problemen op psychosociaal gebied signaleert en psychosociale ondersteuning biedt aan de patiënte en haar naaste(n).
De adviserende taak van de mammacare-verpleegkundige houdt o.a. in dat zij, indien nodig, de afdelingsverpleegkundige advies geeft en coacht. Ook geeft zij uitvoering aan de bijscholing en heeft zij een coördinerende rol in het ziekenhuis ten aanzien van de mammacare, doet zij voorstellen ten aanzien van het beleid en implementeert het beleidsplan in het ziekenhuis.
De mammacare-verpleegkundige is een aanspreekpunt voor de patiënt en voor de afdelingsverpleegkundige.
Op de polikliniek verricht de mammacare-verpleegkundige verpleegtechnische handelingen en wordt zij ingezet i.p.v. de chirurg wanneer de patiënt een afspraak heeft op de poli (zowel pré- als postoperatief). Dit heeft het gunstige effect dat de wachttijd voor polikliniekbezoek wordt verkort.
Door de inzet van mammacare-verpleegkundigen is de kwaliteit en continuïteit van zorg aan deze patiëntencategorie toegenomen en daarmee ook de patiëntentevredenheid (J.Knopper, Nadere uitwerking Zorgvernieuwingsproject “Mammacare in het OLVG”, 2002).

§ 1.4 Verpleegkundige begeleiding

In het Beroepsprofiel van de verpleegkundige behoort het geven van begeleiding tot het domein van de verpleegkundige. Eén van de competenties voor begeleiden luidt: *“de verpleegkundige kan psychosociale zorg verlenen bij ingrijpende gebeurtenissen, verlieservaringen en gedragsproblemen. Dit kan variëren van ondersteunen tot realiseren van gedragsverandering”* (Leistra, E. e.a , 1999, p. 27).

“Begeleiden is oog hebben voor de zieke, naast hem gaan staan, medemens zijn”. (van den Berg, J. ,e.a., 1992, p. 350).

“Begeleiden is, naast het meeleven met de patiënt, een voortdurend inspelen op wat deze doormaakt, een fungeren als klankbord.” (van den Berg, J., e.a., 1992, p. 358).

“Begeleiden betekent soms het richting geven aan de patiënt, maar ook vaak het je laten leiden door de patiënt.” (van den Berg, J., e.a., 1992, p. 358).

Het geven van voorlichting en begeleiding behoort ook volgens de profielschets van de oncologieverpleegkundige tot het takenpakket. ‘Inzicht hebben in individuele reacties die het hebben van kanker oproept, en de verwerkingsstrategieën die daarbij gebruikt worden’ wordt genoemd als een van de voorwaarden waaraan de oncologieverpleegkundige moet voldoen (Pruyn, J.F.A., e.a., 1991).

Mijns inziens is dit een voorwaarde aan welke iedere verpleegkundige die met oncologiepatiënten werkt moet voldoen, aangezien uit onderzoek is gebleken dat wanneer voorlichting en begeleiding aansluit bij de problemen/behoeften en verwerkingsstrategieën van oncologiepatiënten, dit een gunstige invloed heeft op de verwerking van de ziekte (Pruyn, J.F.A., e.a., 1991).

Uit de literatuur blijkt dat oncologiepatiënten behoefte hebben aan psychosociale zorg door verpleegkundigen en dat deze begeleiding van invloed kan zijn op de emotionele toestand van de patiënt.

De volgende voorbeelden benadrukken het belang van psychosociale zorg door verpleegkundigen aan oncologiepatiënten:

Wanneer patiënten tevreden zijn met de zorg, heeft dit een gunstige uitwerking op hun emotionele toestand. Dit kan bijdragen aan het bevorderen van het herstel. Psychosociale factoren kunnen het beloop van kanker beïnvloeden (Visscher, A. e.a., 2000).

Voor oncologiepatiënten is de verpleegkundige een van de sleutelfiguren. De patiënt verwacht emotionele ondersteuning na de diagnose, maar ook tijdens de behandeling blijven verpleegkundigen een belangrijke bron van steun en informatie. Naast het feit dat patiënten goed geïnformeerd willen worden over de ziekte en de behandeling, hebben zij ook behoefte aan affectieve communicatie: communicatie waaruit blijkt dat de verpleegkundige met hen meeleeft. Bovendien is het belangrijk dat de verpleegkundige zijn/haar eigen grenzen kent en doorverwijst wanneer dat nodig is. Goede psychosociale zorg helpt bij de acceptatie en vermindert de onzekerheid en de angst (Maseland, A., 2004).

De verpleegkundige begeleiding bestaat ook uit het coördineren van zorg: het afstemmen van de verschillende vormen van zorg rond de patiënt. Hiervoor is overleg nodig met de eigen en andere disciplines. Verslaglegging en rapportage van de bevindingen in het verpleegkundig dossier maken kwaliteit van geleverde zorg inzichtelijk. Bovendien zijn rapportage en overdracht belangrijke vereisten voor het bewaken van de continuïteit van de verpleegkundige zorg (Leistra, E., e.a.,1999, p. 28). Om probleem – en doelgericht te werken, is het belangrijk dat er methodisch gewerkt wordt. Door methodisch te werken is er sprake van systematische, planmatige en doelgerichte zorg. Effecten van methodisch werken:

- Goed inzicht in de behoeften en problemen van de patiënt op zowel lichamelijk als psychisch en sociaal gebied: verbetering en waarborging van het patiëntgericht werken.
- Bevordering van de continuïteit van zorg;
- Verhoging deskundigheid onder verpleegkundigen, omdat ze zich bewuster worden van waarmee ze bezig zijn, wat ze doen, waarom ze iets doen en of een bepaald verpleegkundig handelen al dan niet effect heeft. (Pryor, N., 2003, p.14).

Het methodisch werken behoort duidelijk tot uiting te komen in de dossiervoering.

De Wet BIG (1993) schrijft voor dat je als verpleegkundige je handelen op ieder moment schriftelijk behoort te kunnen verantwoorden. Het verpleegkundig dossier vormt de schriftelijke neerslag van het verpleegkundig handelen en speelt binnen het methodisch werken een belangrijke rol. (Pryor, N., 2003, p.14).

Onderzoek heeft uitgewezen dat de verpleegkundige psychosociale zorg niet optimaal is. Patiënten vinden dat de medisch-technische aspecten overheersen en dat er onvoldoende aandacht is voor de impact die kanker op hun leven heeft. Ook blijkt dat minder dan de helft van de zorgen die patiënten hebben worden vastgesteld. Emotioneel beladen onderwerpen worden eerder vermeden dan bespreekbaar gemaakt (Uitterhoeve, R., 2005).

Een aantal oorzaken die volgens Egberts en Pool een belemmering zijn voor verpleegkundige psychosociale zorg: deskundigheid is niet optimaal, tekort aan goede en toegankelijke kennis, geen overzicht over verpleegkundige interventies, ontbreken

van duidelijke richtlijnen of praktische afspraken en in de gehele begeleiding ligt de nadruk meer op de oorzaak of ziekte van de patiënt dan op de patiënt zelf (Egberts, J., e.a., 1998).

Het is niet zo dat verpleegkundigen geen belang hechten aan het bieden van psychosociale zorg, echter de term 'psychosociale zorg' is erg breed. Het duidt een breed scala aan van praktische en emotioneel ondersteunende activiteiten, de betekenis is niet eenduidig en daardoor zijn de inzet en effecten van dit type zorg moeilijk te meten (Uitterhoeve, R., 2005).

Het UMC St. Radboud heeft met als doel helderheid en eenduidigheid te verschaffen over de precieze inhoud van deze zorg, de effecten en de benodigde attitude, kennis en vaardigheden, een 'werkdefinitie van psychosociale oncologische zorg' geformuleerd. Deze citeer ik in de volgende paragraaf, waarbij ik wil vermelden dat ik onder *psychosociale oncologische zorg* hetzelfde versta als de door mij gehanteerde werkdefinitie *psychosociale zorg aan oncologiepatiënten*.

§ 1.4.1 Werkdefinitie psychosociale oncologische zorg

"Het DOEL van psychosociale verpleegkundig oncologische zorg is het bieden van steun aan de patiënt en diens familie bij het omgaan met de zorgen rondom gezondheid en ziekte en de zorg om het dagelijks bestaan.
Hiermee willen we BEREIKEN dat de patiënt zich gesteund voelt en ondanks de ziekte betekenis in het leven ervaart. Hiervoor is het nodig dat de oncologieverpleegkundige beschikt over de ATTITUDE om zich niet te willen beperken tot de uitvoer van basiszorgtaken en doe -gericht optreden.
De oncologieverpleegkundige WEET welke communicatieve vaardigheden de patiënt helpen of belemmeren om diens zorgen, spanningen en emoties te uiten en WEET hoe fysieke en emotionele signalen correct te vertalen in psychosociale behoeften.
Zij LAAT ZIEN dat zij kan en durft te reageren op signalen van de patiënt die duiden op spanning, zorgen en emoties. Dat vertaalt zich in GEDRAG gericht op het kunnen en durven luisteren, omgaan met stiltes, doorvragen, samenvatten en spiegelen en in GEDRAG om in geval van verkeerde opvattingen, denkbeelden en meningen van de patiënt en diens familie deze te veranderen/beïnvloeden. Dit met als doel hen beter te leren omgaan met situaties die spanningen en emoties oproepen" (Uitterhoeve, R., 2005, p. 8).

§ 1.4.2 Richtlijnen verpleegkundige zorg aan oncologiepatiënten

De Landelijke Werkgroep Verpleegkundig Oncologisch Consulenten (LWVOC) heeft in 2001 landelijke richtlijnen voor de verpleegkundige zorg aan oncologiepatiënten opgesteld. De richtlijnen die ik benoem zijn relevant voor mijn adviesnota omdat ik wil onderzoeken of de verpleegkundigen op afdeling B5 deskundige psychosociale zorg verlenen.
Een richtlijn geeft aan, aan welke voorwaarden moet worden voldaan om te komen tot verantwoorde zorg. Verpleegkundige richtlijnen hebben tot doelstelling complexe zorg zoveel mogelijk te uniformeren, de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening te vergroten en de deskundigheid op het gebied van verpleegkundige zorgverlening te vergroten.
Aanleiding voor het opstellen van deze richtlijnen was het tot dan toe ontbreken van concrete richtlijnen voor de oncologische verpleegkunde in Nederland, waardoor er

grote verschillen in opvatting, uitvoering en deskundigheid bestond ten aanzien van de zorg voor oncologiepatiënten.
In de richtlijnen worden de functionele gezondheidspatronen van Gordon (1995) gebruikt om de richtlijnen te ordenen en wordt beschreven welke verpleegkundige diagnoses van toepassing kunnen zijn op de oncologiepatiënt.
Functionele gezondheidspatronen staan voor gezondheid en welzijn en staan aan de basis voor ontwikkeling en groei. Disfunctionele patronen daarentegen, staan voor gedrag dat niet aan de maatstaven en normen van gezondheid en welzijn voldoet. Disfunctionele gezondheidspatronen kunnen worden gedefinieerd als gezondheidsproblemen en kunnen worden beschreven als een of meer verpleegkundige diagnoses (Zelm, R.T. en Eliens, A., 2000, blz. 24).
De 11 Gezondheidspatronen heten patronen, omdat het gaat om een groep samenhangende gedragingen die zich opeenvolgend in de tijd voordoen (Gordon, 1995, p. 18).

§ 1.5 Functionele gezondheidspatronen, verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies

Hieronder volgt een beschrijving van de functionele gezondheidspatronen, gevolgd door een beschrijving van de verpleegkundige diagnoses wanneer er sprake is van een disfunctioneel gezondheidspatroon, allen specifiek betrekking hebbend op het psychosociaal functioneren van de oncologiepatiënt. Per verpleegkundige diagnose zal ik voorbeelden van verpleegkundige doelen en interventies beschrijven. Ik heb ervoor gekozen de patronen 7,8,10 en 11 te benoemen omdat deze betrekking hebben op het psychosociaal functioneren en ik in de omgang met oncologiepatiënten het meest met gezondheidsproblemen op die gebieden te maken heb. Tenzij anders vermeld is de tekst die de gezondheidspatronen en de daaraan gerelateerde verpleegkundige diagnoses beschrijft afkomstig uit de ‘Landelijke richtlijnen’, opgesteld door de Landelijke Werkgroep Verpleegkundig Oncologisch Consulenten (LWVOC)
(www.oncoline.nl/richtlijnen ,15-07-2005).

1.5.1 Gezondheidspatroon 7: Zelfbeleving

Het patroon Zelfbeleving betreft de wijze waarop iemand zichzelf ziet. Het gaat om de ideeën over de eigen persoon, de beleving van de eigen vaardigheden (cognitief, affectief of lichamelijk), het zelfbeeld, de identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het algehele patroon van emoties. Ook de lichaamshouding, motoriek, stem, spraak en het oogcontact maken deel uit van dit patroon (Gordon, 1995, p.141).

Verpleegkundige diagnoses
1.Verstoord lichaamsbeeld: het hebben van negatieve gevoelens over of de beleving van eigenschappen, functies of beperkingen van eigen lichaam of lichaamsdelen.
2.Machteloosheid: het subjectieve gevoel geen controle te hebben over een situatie of gebeurtenis en het gevoel dat acties nauwelijks van invloed zijn op de uitkomst.

Ad 1. <u>Verstoord lichaamsbeeld</u>
De wijze waarop iemand naar zichzelf kijkt en zichzelf beleeft hangt samen met houding, gedachten en persoonlijke waarden. Lichaamsbeeld is datgene wat wij denken over ons lichaam, onze fysieke verschijning. Dit wordt beïnvloed door maatschappelijke opvattingen, interacties en relaties met anderen. Zelfwaardering speelt daarin een grote rol. Zelfwaardering heeft te maken met hoe je jezelf of datgene wat je kunt en doet

beoordeelt. Bij verlies van een lichaamsdeel of -functie, ontstaat verstoring van dit lichaamsbeeld. Hierbij kunnen negatieve gevoelens ten opzichte van het eigen lichaam ontstaan of kan een persoon zichzelf anders gaan waarderen. De wijze waarop anderen naar de patiënt kijken en hem benaderen is van invloed op de wijze waarop de patiënt naar zichzelf kijkt en zichzelf waardeert. De relatie en beïnvloeding van de patronen 'Zelfbeleving' en 'Rollen en relaties' is wederzijds. Een patiënt met een geringe zelfwaardering is onzeker in contacten met anderen en zal veelal deze contacten (proberen te) vermijden.

Symptomen

- Verbale of non-verbale negatieve reactie op huidige of dreigende verandering in het uiterlijk en/of functie van het lichaam of delen van het lichaam (zoals: gevoelens van schaamte schuld of afkeer)
- Vermijden van kijken naar en/of aanraken van betreffende lichaamsdeel
- Vermijden van intiem lichamelijk en/of seksueel contact
- Verandering in sociale betrokkenheid of sociale relaties
- Verwoorde gevoelens van hulpeloosheid, moedeloosheid, minderwaardigheid en/of machteloosheid met betrekking tot het eigen lichaam

Verstoord lichaamsbeeld maakt deel uit van verstoord zelfbeeld. Onder verstoord zelfbeeld wordt verstaan: "Verandering in negatieve zin van hoe een persoon zich voelt, over zichzelf denkt en zichzelf ziet" (Carpenito, 1998, p. 344).

De patiënt verliest het vertrouwen in zichzelf door de ziekte zelf, alsook door de ingrijpende behandelingen en de reacties van anderen. Zowel verpleegkundigen, andere hulpverleners als naasten van de patiënt kunnen de aantasting van het zelfbeeld helpen voorkomen.Voor de patiënt is het van belang hem te laten doen wat hij nog kan. Hierdoor zal de patiënt zich minder buitengesloten voelen (Tuijp, A., 2003, p. 13).

Verpleegkundige doelen

De patiënt:

- kan aangeven wat de veranderingen in het lichaamsbeeld voor hem/haar betekenen
- kan nieuwe manieren van probleemhantering toepassen
- verwoordt een positieve waarneming van zijn/haar lichaam(sfuncties)
- verwoordt en toont acceptatie van het uiterlijk(verzorging, kleding, houding, eetpatroon, zelfpresentatie)
- toont zich bereid en is in staat voor zichzelf te zorgen en verantwoordelijkheden op te pakken

Verpleegkundige interventies

- Verbeteren van het lichaamsbeeld, door bijvoorbeeld de patiënt informatie te geven over de fasen van verliesverwerking en het feit dat gevoelens van ontkenning, boosheid en verdriet hierbij horen. Ook door de patiënt deze gevoelens te laten uiten, te accepteren dat de patiënt reageert met ontkenning, boosheid en verdriet en door onzekerheden te benoemen.
- Bieden van emotionele ondersteuning, door de patiënt aan te moedigen zijn gevoelens te uiten door te praten of te huilen, bij de patiënt te blijven wanneer deze angstig is, aan te moedigen tot het stellen van vragen en betrouwbare informatie te geven.

- Bevorderen van sociale interactie door bijvoorbeeld contact met belangrijke anderen (partner, familie) te stimuleren en hen zoveel mogelijk bij de verzorging en/of gesprekken te betrekken en lotgenotencontact te bevorderen.

Ad 2. Machteloosheid
Negatieve veranderingen in het lichaamsbeeld en de zelfwaardering kunnen ertoe leiden dat bij de patiënt het gevoel ontstaat geen controle meer te hebben. Het geen controle hebben over 'iets' is onmacht: 'niet bij machte zijn' of 'niet om kunnen gaan met de situatie'.

Carpenito beschrijft machteloosheid als: *"Geen of onvoldoende controle hebben over gebeurtenissen en omstandigheden"* (Carpenito,1998, p. 170).

"Veel patiënten hebben het gevoel dat de hele periode van onderzoeken, diagnose, behandeling en opname hen is overkomen alsof zij er zelf geen deel aan hebben. De confrontatie met kanker en het gevoel overgeleverd te zijn aan zorgverleners en standaardprocedures maken iemand machteloos." (Tuijp, A., 2003, p. 12).

Symptomen
Machteloosheid kan zich uiten in gevoelens en emoties, zoals bijvoorbeeld zich verdrietig, beklemd, stuurloos, nietig, weerloos, onverschillig, gekrenkt, afhankelijk voelen en apathisch of bang zijn.

Verpleegkundige doelen
De patiënt:
- ervaart controle over de situatie / gebeurtenis en heeft het gevoel dat acties het beoogde resultaat opleveren
- ervaart een gevoel van onafhankelijkheid (wanneer mogelijk) en het vermogen om voor zichzelf te zorgen (voor zover mogelijk)
- heeft zich aan zo veel mogelijk aangepast aan de bestaande situatie
- is betrokken bij de besluitvorming en stelt realistische doelen

Verpleegkundige interventies
- Controlegevoel van de patiënt bevorderen, door o.a. de patiënt te betrekken bij het samenstellen van behandelplan, verpleegplan, procedures en tijdschema's en mogelijkheden te bespreken voor eigen inbreng met betrekking tot de dagindeling. Ook door de patiënt aan te moedigen een lijst met vragen te maken voor de arts en door aan anderen duidelijk te maken dat het niet goed de patiënt van alles uit handen te nemen.
- Ondersteunen in de besluitvorming, door o.a. aan de patiënt mondelinge en schriftelijke informatie te geven over betreffende ziekte, behandeling, alternatieven, keuzemogelijkheden en door een gezamenlijke besluitvorming aan te moedigen.
- Bevordering van de eigenwaarde, door o.a. de patiënt aan te moedigen na te gaan wat zijn sterke kanten zijn en deze te onderstrepen. Daarnaast is het belangrijk de patiënt te stimuleren om meer verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen gedrag en om nieuwe uitdagingen aan te gaan.
- Emotionele ondersteuning, door o.a. de patiënt de gelegenheid te geven zijn / haar gevoelens van machteloosheid te uiten en hem / haar te ondersteunen tijdens het rouwproces. Ook is het van belang dat de verpleegkundige volledige informatie geeft en eerlijk is over de situatie waarin de patiënt verkeert.

Verpleegkundigen en andere hulpverleners kunnen patiënten helpen om meer controle te ervaren over de situatie. Door goede voorlichting te geven over een behandelingsvoorstel kan de patiënt een weloverwogen keuze maken ten aanzien van die behandeling. Ook kan de verpleegkundige in overleg met de patiënt korte termijn doelen vast stellen. Veel patiënten hebben de neiging ver vooruit in de toekomst te kijken en dit kan erg beangstigend zijn. Door het stellen van korte termijn doelen kunnen gedachten verzet worden, het biedt de mogelijkheid om naar iets uit te zien en hierdoor kan de patiënt het gevoel krijgen een beetje controle te hebben over zijn/haar situatie. Voorbeelden van korte termijn doelen zijn: dagelijks op een vast tijdstip een ontspanningsoefening doen, een kopje koffie drinken met een medepatiënt, enzovoort (Tuijp, A., 2003, p. 12).

§ 1.5.2 Gezondheidspatroon 8: Rollen en relaties

Het gezondheidspatroon Rollen en relaties omvat de belangrijkste rollen en verantwoordelijkheden van de patiënt in zijn huidige levenssituatie en zijn familie -, gezins -, werk - en sociale relaties met de bijbehorende verantwoordelijkheden. Verder horen hierbij de subjectieve beleving van de rollen en relaties, de tevredenheid van de patiënt hiermee en eventuele verstoringen van dit patroon (Gordon, 1995, p. 143).

Kanker en de behandeling ervan zijn direct van invloed op de rollen en relaties van de patiënt en diens directe omgeving. Het feit ziek te zijn betekent aan de ene kant dat een nieuwe rol aangeleerd moet worden (de rol van zieke), aan de andere kant worden tegelijkertijd bestaande rollen van bijvoorbeeld partner, ouder en werknemer beïnvloed. Bovendien veranderen de rollen van de directe omgeving van de patiënt, zoals die van de partner en de kinderen. De onderlinge relaties kunnen hierdoor onder druk komen te staan.
Van familie en vrienden verwacht de patiënt steun en begrip, maar dat gaat lang niet altijd op. De diagnose ‘kanker’ schudt net zo hard aan hun emotionele fundamenten als aan die van de patiënt zelf. Daardoor zijn ze niet altijd instaat die steun te bieden die de patiënt wenst. Relaties met familie en vrienden verlopen minder vanzelfsprekend dan vroeger. De situatie dwingt de patiënt na te denken over de betrekkingen met anderen en hoe hij/zij wil dat die zijn.
Omdat steun van mensen uit de omgeving hard nodig is, is het belangrijk dat de patiënt zelf actief is in de contacten met hen en zich openstelt voor de belangstelling en aandacht die zij tonen. Dit kan de patiënt energie geven en het gevoel er niet helemaal alleen voor te staan.
Wanneer de patiënt het idee heeft dat het zonder hulp van buitenaf niet lukt, kunnen ook andere hulpbronnen ingeschakeld worden. Een voorbeeld hiervan is het spreken met lotgenoten. Lotgenotencontact kan helpen bij het verwerkingsproces. Doordat de patiënt zijn eigen problemen in die van anderen herkent, voelt hij/zij zich minder geïsoleerd. Het zelfvertrouwen kan hierdoor worden gesterkt en vaak worden patiënten ook actiever en assertiever (Hagens, H., e.a, 1997, p. 141-143).

Er bestaan in Nederland 24 kankerpatiëntenorganisaties, die samenwerken binnen de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). (NFK, 2004, p. 5). Voorbeelden van kankerpatiëntenorganisaties voor de patiëntencategorie op afdeling B5 (met kanker in het spijsverteringskanaal) zijn: Stichting Doorgang en de Nederlandse Stomavereniging ‘Harry Bacon’.
Elke kankerpatiëntenorganisatie biedt lotgenotencontact en informatie rond een specifieke vorm van kanker of een bepaalde problematiek. De meeste organisaties

bieden individueel telefonisch lotgenotencontact. Een aantal organisaties biedt ook de mogelijkheid van groepsgewijs lotgenotencontact en soms van persoonlijk bezoek in het ziekenhuis of thuis. Vaak bestaat de mogelijkheid van digitaal lotgenotencontact, meestal per e-mail (NFK, 2004, p. 10).

Verpleegkundige diagnose
Sociaal isolement: een gevoel van actuele of potentiële eenzaamheid die het individu waarneemt als opgelegd door anderen.

Carpenito omschrijft sociaal isolement als volgt: *"niet in staat zijn om contact te leggen met anderen ondanks de behoefte of het verlangen om zich sterker met anderen verbonden te voelen."* (Carpenito, 1998, p. 288).
Sociaal isolement is een subjectief begrip en ook al is de verpleegkundige van mening dat er sprake is van een sociaal isolement, de diagnose kan enkel vastgesteld worden als de patiënt dit zelf onderkent.

Symptomen
Er is sprake van een sociaal isolement wanneer de patiënt:
- gevoelens van eenzaamheid of afwijzing uit , als van buitenaf aan hem/haar opgelegd
- de wens uit om meer contact met anderen te hebben
- een tekort aangeeft aan zinvolle/betekenisvolle relaties

Er zijn verschillende gedragingen/kenmerken die kunnen duiden op mogelijk een sociaal isolement, enkele voorbeelden:
- schaamte
- verdrietige of saaie indruk maken
- vijandig gedrag
- negatieve uitlatingen over zichzelf in relatie tot anderen
- geen doel ervaren in het leven
- afwezigheid van ondersteunende belangrijke anderen (familie, vrienden)
- teruggetrokken gedrag en niet in staat zijn of weigeren te communiceren met anderen
- benoemen van het langzaam verstrijken van de tijd
- komen tot onvoldoende activiteit (psychisch en lichamelijk)

Verpleegkundige doelen
De patiënt en zijn familie en/of naasten:
- kunnen factoren,gevolgen/complicaties en kenmerken van een sociaal isolement benoemen
- passen maatregelen toe om contact te bevorderen
- signaleren en melden kenmerken van sociaal isolement

De patiënt:
- onderhoudt bevredigende sociale relaties en geeft aan dit alles als bevredigend te ervaren

Verpleegkundige interventies
- Bevorderen van de socialisatie, door bijvoorbeeld de patiënt aan te moedigen betrokken te blijven bij bestaande relaties, nieuwe relaties te ontwikkelen en met anderen te praten over gemeenschappelijke problemen. Ook door positieve feedback te geven als de patiënt contact zoekt met anderen, hem/haar aan te

moedigen activiteiten te plannen en te ondernemen en te verwijzen naar een zelfhulpgroep. Tenslotte kan de socialisatie bevorderd worden door de naasten van de patiënt uit te leggen hoe zij hun dierbare het beste kunnen ondersteunen.
- Bevorderen van de eigenwaarde, door bijvoorbeeld uitspraken van de patiënt over zijn eigenwaarde te beoordelen, hem/haar aan te moedigen na te gaan wat zijn/haar sterke kanten zijn en deze te benadrukken en door duidelijk te maken vertrouwen te hebben in het feit dat de patiënt de situatie aankan.

§ 1.5.3 Gezondheidspatroon 10: Stressverwerking

Het patroon stressverwerking omvat de wijze waarop iemand in het algemeen met problemen en stress omgaat. Het gaat daarbij om de reserve, de draagkracht of het vermogen om persoonlijke crises te doorstaan, om copingsmechanismen, steun van familie of naasten en het subjectief ervaren vermogen om macht over de situatie uit te oefenen (Gordon, 1995, p. 147).

Kanker is een levensbedreigende ziekte. Bij oncologiepatiënten komt stress veel voor. Stress is een normaal verschijnsel, het is de reactie van het lichaam op de vragen die eraan gesteld worden. Hoe men omgaat met de stress die door het hebben van kanker veroorzaakt wordt, bepaalt of er problemen binnen het patroon ‘stressverwerking’ ontstaan.
Fysiologische en psychische reacties op een gebeurtenis die als belastend of bedreigend wordt ervaren kunnen leiden tot groei en ontwikkeling (positieve stress) of tot ontregeling (negatieve stress). Problemen als angst, negatief zelfbeeld, veranderingen in rollen en relaties en depressieve gevoelens kunnen ontstaan door negatieve stress.
Voor een omschrijving van de problemen als ‘negatief zelfbeeld’ en veranderingen in rollen en relaties’ verwijs ik naar de uitleg bij eerder genoemde gezondheidspatronen (patroon 7 en 8), de problemen ‘angst’ en ‘depressieve gevoelens’ laten zich als volgt omschrijven:

Angst brengt ontreddering, verwarring en onzekerheid teweeg. De patiënt wordt overspoeld door vragen waarop het antwoord niet altijd gegeven kan worden. Vragen als: “Ga ik dood of kan ik nog beter worden?”, “Hoe lang gaat het duren?”, “Welk effect heeft de behandeling?”. De patiënt kan bang zijn voor de behandeling, voor lichamelijke beperkingen en aftakeling, voor alles wat men te wachten staat en bang om dood te gaan.
De angst kan zo groot zijn dat het kan leiden tot radeloosheid en paniek bij de patiënt. Dit gaat vaak gepaard met allerlei lichamelijke verschijnselen: duizeligheid, kortademigheid, pijn op de borst, hartkloppingen, hevig transpireren, buikpijn, maagpijn, misselijkheid en diarree (Hagens, H. e.a., 1997, p. 130).

Een patiënt met *depressieve gevoelens* ziet het niet meer zitten: alles lijkt zinloos en nutteloos. De patiënt vertoont vaak passief gedrag en heeft de moed niet om verder gegaan. Depressieve gevoelens kunnen het directe gevolg zijn van het verdriet om de kanker, maar ook van pijn en verdriet uit het verleden. Soms nemen depressieve gevoelens zo’n ernstige vorm aan dat professionele hulp nodig is (Hagens, H. e.a, 1997, p. 132).

Coping of probleemhantering is het vermogen van de mens om steeds te reageren op gezondheidsbevorderende en gezondheidsbelemmerende factoren die het leven van de

mens beïnvloeden. Mensen gebruiken, zoals beschreven in paragraaf 1.2 bepaalde verwerkingsstrategieën om problemen op te lossen, te verminderen of beter te kunnen hanteren. Ieder mens heeft zo zijn eigen strategie om met problemen om te gaan.
Om een patiënt en zijn naasten te kunnen steunen is het van belang na te gaan op welke wijze zij omgaan met de ziekte en de behandeling.

Verpleegkundige diagnose
Ineffectieve coping: een stoornis van het aanpassings - en probleemoplossende vermogen waarmee de patiënt tracht aan de eisen en taken van het leven te voldoen (NANDA 1999). Kenmerkend voor deze stoornis is dat de wijze waarop met stress wordt omgegaan, gevoelens zoals angst, vrees of boosheid niet kunnen worden voorkomen of worden gecontroleerd.
Carpenito hanteert de diagnose *'inadequate probleemhantering': "Innerlijke of omgevingsstress niet adequaat kunnen hanteren"(*Carpenito, 1998, p. 263).

Symptomen
- het niet kunnen uiten van een bepaald probleem
- gebruik van verdedigingsmechanismen die een positieve gezondheidsbeleving in de weg staan, bijvoorbeeld langdurige ontkenning, agressie
- angst, vrees, boosheid
- veranderingen in het normale gedrag - en communicatiepatroon
- uiten van gespannenheid, ervaren onrust
- verminderde sociale contacten
- niet aan basisbehoeften kunnen voldoen, bijvoorbeeld ADL
- verbaal manipuleren
- slechte eetlust
- slecht slapen
- concentratiestoornissen
- lage zelfwaardering

Verpleegkundige doelen
De patiënt:
herkent en benoemt potentiële gezondheidsbedreigende factoren en de relatie hiervan met zijn welbevinden
onderneemt actie om de bedreigende situatie doelgericht aan te kunnen gaan
laat zien in zijn gedrag dat hij de bedreiging beter het hoofd biedt
onderneemt effectieve activiteiten om spanningen te reduceren

Verpleegkundige interventies
- Bevorderen van de coping, door bijvoorbeeld de patiënt te helpen om zijn gevoelens ten aanzien van het ziek zijn, de behandeling en de gevolgen van de behandeling onder woorden te brengen, zijn/haar verwachtingen kenbaar te maken zich een objectief beeld te vormen van de gebeurtenis. Ook door de patiënt meer informatie te geven over de diagnose, behandeling en prognose en hem/haar te ondersteunen in de besluitvorming.
- Ontspanningstherapie, door bijvoorbeeld het doel, het nut en de beperkingen van ontspanningstherapie en de mogelijke technieken te beschrijven, voor een rustige omgeving te zorgen en de patiënt aan te moedigen tot bepaalde gedragingen die geassocieerd worden met ontspanning (bijvoorbeeld buikademhaling, vreedzame gedachten). Ook is het belangrijk dat de verpleegkundige het effect van de ontspanningstherapie beoordeelt en noteert.

T. Huppes (2000), hoogleraar en kankerpatiënt, geeft in zijn artikel het volgende voorbeeld van een ontspanningsactiviteit:

“ Waar vrijwel iedere kankerpatiënt mee te maken krijgt is de angst voor de dood. Dat je ooit dood zal gaan heb je altijd geweten, maar hoe het voelt als je er eenmaal echt voor zou komen te staan, hield je op een afstand, drong nooit echt tot je door. Als je kanker hebt, kun je niet meer om de dood heen. Het helpt als je omgeving dan aardig en lief voor je is, maar uiteindelijk moet je er toch zelf mee leren omgaan, moet je in jezelf een rustpunt leren vinden.
*Nu ga je als kankerpatiënt gelukkig niet van de ene op de andere dag dood. Dat klinkt misschien als een schrale troost, maar het geeft je wel de tijd om van binnen een plek te zoeken en te vinden, waar je tot rust kunt komen, waar je je harmonisch voelt, en zelfs de angst voor de dood geen vat meer op je heeft. Stilte zoeken bij jezelf...Niet alleen je lichaam, maar ook je geest volledig ontspannen. Mediteren dus... Ik ken geen andere activiteit, die je in je eentje kunt doen en waar je zo van opknapt. Hoe dat kan, is het eenvoudigst te begrijpen door het zelf te ervaren.” (*Huppes,T.,2000, p. 38-41).

§ 1.5.4 Gezondheidspatroon 11: Waarden en levensovertuigingen

“Het patroon Waarden en levensovertuigingen omvat de normen, waarden, doelstellingen en overtuigingen (ook geestelijke) waarop iemand zijn keuzen en beslissingen baseert.Inbegrepen zijn dus wat iemand belangrijk acht in het leven en of bepaalde waarden, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid in zijn beleving botsen” (Gordon,1995, p. 148,149).

Onder waarden en overtuigingen worden de persoonlijke opvattingen gerekend over wat correct, juist, zinvol en goed is. Wanneer iemand voor een belangrijke keuze staat, kunnen zijn normen en waarden hem daarbij helpen. Waarden, overtuigingen, idealen en levensdoelen zijn medebepalend voor de keuzen die iemand maakt. Ze zijn van invloed op de persoonlijke betekenis die iemand aan de situatie hecht. Ziekte en andere belangrijke gebeurtenissen verschaffen de prikkel om het leven, wat iemand ermee wil en wat diegene belangrijk vindt, te overdenken. Iemands waardepatroon kan zijn beslissingen aangaande zijn gezondheid beïnvloeden, bijvoorbeeld over persoonlijke (gezondheids)gewoonten, bij behandelingen, gezondheidsprioriteiten en het denken over leven en dood.

Het door de patiënten beleefde levensbedreigende karakter van kanker ‘dwingt’ hen over zichzelf, hun leven en hun naasten na te denken. Er zijn verschillende momenten in het ziekte traject wanneer dit het geval is, deze momenten zijn:

- het vermoeden
- het vaststellen van de ziekte en de dagen erna
- de (eerste) behandeling
- het ontslag uit het ziekenhuis en de terugkeer naar huis
- controlebezoeken
- bij recidief van de ziekte óf als de behandeling niet (voldoende) aanslaat
- de terminale fase en het sterven

Aanpassen aan de ziekte vereist in de eerste plaats antwoord op existentiële vragen.

Wanneer de verpleegkundige inzicht heeft in de persoonlijke waarden en overtuigingen van de patiënt, kan zij mogelijke conflicten bij de patiënt beter aanvoelen en hem/haar

beter helpen ontdekken hoe zijn waardensysteem hem tot leidraad kan dienen bij beslissingen.

Verpleegkundige diagnose
Geestelijke nood: “een verstoring van het levensprincipe waarvan iemands gehele wezen is vervuld en dat zijn lichamelijke, psychische en sociale aspecten integreert en transcendeert.” (NANDA, 1993, p. 46).

Carpenito omschrijft geestelijke nood als volgt:
“Ontwrichting van waarden en/of geloofsovertuiging” (Carpenito, 1998, p. 105).

Symptomen
- geuite bezorgdheid over de zin van het leven/dood en/of twijfel aan levensovertuiging, door bijvoorbeeld vragen over de zin van het lijden (‘Waarom ik?’) of vragen over de zin van het eigen bestaan
- geuite overweging of expliciete vraag om euthanasie
- uiting betekenisvolle verliezen (kinderen, naaste(n))
- uiting van verlies van autonomie
- uiting van verlies van gezondheid
- verandering in gedrag/stemming
- galgenhumor
- slaapstoornissen

Verpleegkundige doelen
De patiënt verwoordt:
- hoop
- vermindering van nood, geestelijk welbevinden
- verliezen en veranderingen en/of gevoelens die daarmee samenhangen

De patiënt:
- bespreekt zijn betekenis en zin van ziekte en dood
- sterft waardig

Verpleegkundige interventies
- Geestelijke ondersteuning, door bijvoorbeeld te vragen of er iemand is waarmee de patiënt goed kan praten en of er behoefte is te praten met iemand anders dan de verpleegkundige, desgewenst de patiënt door te verwijzen naar een geestelijk verzorger. Ook door dagelijks beschikbaar te zijn om naar de patiënt te luisteren en hem/haar te verzekeren dat wanneer hij/zij het moeilijk heeft gerekend kan worden op steun
- De patiënt helpen zich aan te passen aan de situatie, door bijvoorbeeld interventies te gebruiken voor verlichting van de lichamelijke klachten en door het bevorderen van de autonomie van de patiënt. Ook is het van belang te documenteren wat er is besproken zodat niet steeds om dezelfde informatie wordt gevraagd.
- Hoop ondersteunen, door bijvoorbeeld de patiënt te helpen nagaan in welke opzichten het leven hoop biedt, de waarheid niet te verbloemen en de patiënt bij de zorg te betrekken.

Hoofdstuk 2 Huidige situatie

In dit hoofdstuk zal ik aan de hand van het door mij uitgevoerde onderzoek in het kader van deze adviesnota een beschrijving geven van de huidige situatie op afdeling B5. Mijn onderzoek bestaat uit de volgende onderdelen:

- Enquête onder verpleegkundigen;
- Dossiertoetsing;
- Onderzoek naar patiëntentevredenheid.

Per onderzoeksmethode zal ik een beschrijving geven van mijn onderzoeksopzet en de door mij gevonden resultaten.

§ 2.1 Enquête onder verpleegkundigen

§ 2.1.1 Onderzoeksopzet

Om de gestelde onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden heb ik gekozen voor het opstellen van een vragenlijst. Deze heb ik opgesteld door middel van mijn deelvragen en literatuuronderzoek. Een andere benaming voor vragenlijst is enquête: een methode waarbij gegevens via ondervraging worden verkregen. Dit kan *mondeling* (telefonisch enquêteren) of zoals in mijn geval *schriftelijk* in de vorm van een vragenlijst. De onderzochte personen bij wie de onderzoeker informatie verzamelt worden respondenten genoemd. “Bij deze vorm van onderzoek gaat het om onderzoeksproblemen die gericht zijn op de mate waarin verschijnselen voorkomen en/of de mate waarin zij onderling met elkaar samenhangen” (Dassen e.a., 2000).

Ik heb gekozen voor het afnemen van een enquête omdat ik dan een zo groot mogelijk aantal verpleegkundigen kan bereiken. Dit omdat er dan een zo groot mogelijk waarheidsgetrouw beeld gecreëerd kan worden omtrent de ‘stand van zaken’ betreffende de door verpleegkundigen van B5 verleende psychosociale zorg aan oncologiepatiënten. Een ander voordeel van het afnemen van een enquête is dat ik door het anoniem verwerken van de gegevens ook vragen kan stellen over gevoelige zaken en er minder kans bestaat dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven.

Bij het selecteren van de verpleegkundigen heb ik geen onderscheid gemaakt in niveau van opleiding. Dit omdat iedereen samenwerkt op de afdeling en iedereen dus te maken heeft met oncologiepatiënten. Ik heb bij 20 verpleegkundigen een enquête in hun postvakje gelegd. Dit was het aantal verpleegkundigen dat in deze (vakantie -) periode werkzaam was op de afdeling, gedurende de looptijd van het afnemen van mijn enquête. Door 17 verpleegkundigen zijn de enquêtes ingevuld en aan mij geretourneerd. De respons is zodoende 85 %. Deze enquêtes heb ik gebruikt voor mijn onderzoek.

In mijn enquête heb ik zowel met gesloten als met open vragen gewerkt. Gesloten vragen hebben het voordeel dat ze de respondent meteen duidelijk maken wat voor soort antwoord van hem wordt verwacht en bovendien ziet hij geen mogelijkheid over het hoofd. Een ander voordeel is dat de antwoorden van de verschillende respondenten zonder problemen te vergelijken en te verwerken zijn. Het gebruik van gesloten vragen bevordert dus de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid. Gesloten vragen hebben het nadeel dat ze niet altijd aansluiten bij de specifieke situatie van de respondent. Meningen, gevoelens en situaties laten zich niet gemakkelijk karakteriseren door een keuze uit een handjevol simpele antwoorden (Brinkman, J., 2000). Open vragen halen

de ware mening en/of visie van de verpleegkundige meer naar boven en bovendien zijn ze bedoeld om de beperking van het niet door te kunnen vragen weg te nemen.

§ 2.1.2 Resultaten

De vragen van mijn enquête zijn onderverdeeld in verschillende onderwerpen, namelijk:
- Psychosociale problemen;
- Psychosociale zorg;
- Verpleegkundige diagnoses, symptomen en interventies;
- Waardering verpleegkundigen.

Per onderwerp zal ik een samenvatting geven van de verschillende antwoorden die door de verpleegkundigen van B5 gegeven zijn. Ook geef ik tenslotte de overige meningen van de verpleegkundigen weer naar aanleiding van de resterende open vragen in mijn enquête. De respons van de verpleegkundigen druk ik uit in procenten. 100 % staat hierbij voor het totale aantal verpleegkundigen dat de vragen heeft beantwoordt, namelijk 17 verpleegkundigen.

§ 2.1.2.1 Psychosociale problemen

Het merendeel van de verpleegkundigen noemt ‘angst’ als psychosociaal probleem waarmee oncologiepatiënten geconfronteerd kunnen worden (94 %). Door 35 % van de verpleegkundigen wordt deze angst nader gespecificeerd, door hieraan een toevoeging te geven. Angst om dood te gaan, voor pijn, voor het ziekteverloop en voor de toekomst zijn voorbeelden die genoemd worden.
Ongeveer de helft van de verpleegkundigen (47 %) noemt ‘onzekerheid’ als mogelijk psychosociaal probleem. Deze onzekerheid wordt door 18 % van de verpleegkundigen in verband gebracht met de toekomst. Door 12 % van de verpleegkundigen wordt aangegeven dat deze onzekerheid te maken heeft met het afwachten van de PA - uitslag. Tenslotte heeft de onzekerheid volgens 3 verpleegkundigen betrekking op vervolgbehandelingen, het verloop van het ziekteproces en werk.
Door 35 % van de verpleegkundigen worden ‘boosheid / woede’ en ‘problemen met de omgeving’ genoemd.
‘Verdriet / rouw’ en ‘problemen met de acceptatie en verwerking’ zijn psychosociale problemen die zich volgens 29 % van de verpleegkundigen kunnen voordoen.
‘Machteloosheid’ en ‘depressie’ worden genoemd door 18 % van de verpleegkundigen, ‘ontkenning’ en ‘onvoldoende kunnen uiten van emoties / in zichzelf keren’ worden genoemd door 12 % van de verpleegkundigen.
Tenslotte worden nog enkele psychosociale problemen afzonderlijk als voorbeeld gegeven, onder andere: ’neerslachtigheid’, ‘verwardheid’, ‘schaamte’, ‘schuldgevoelens’ en ‘slapeloosheid’.

Bijna alle verpleegkundigen zijn van mening dat oncologiepatiënten gedurende hun verblijf op de afdeling psychosociale problemen ervaren ten gevolge van hun ziekte en / of behandeling. 53 % van de verpleegkundigen is van mening dat dit *altijd* het geval is, 41 % antwoordt dat dit *meestal* het geval is. Slechts 1 verpleegkundige (6 %) is van mening dat dit *soms* het geval is.

Het merendeel van de verpleegkundigen (76,5 %) zegt *meestal* alert te zijn op reacties van oncologiepatiënten op het feit kanker te hebben. De rest van de verpleegkundigen (23,5 %) zegt hier *altijd* alert op te zijn.

De verpleegkundigen letten hierbij vooral op afwijkend gedrag en de gemoedstoestand van de patiënt. Als voorbeeld van een dergelijke reactie wordt het vaakst genoemd dat de patiënt stil en teruggetrokken gedrag vertoont (53 %). Ook lichtgeraaktheid en prikkelbaar zijn (jegens familie en / of verpleging), angst , boosheid en huilen zijn voorbeelden van reacties van patiënten die vaker genoemd worden.

§ 2.1.2.2 Psychosociale zorg

Bijna alle verpleegkundigen verstaan onder psychosociale zorg ‘het bieden van ondersteuning ‘aan de patiënt (88 %). Deze ondersteuning strekt zich uit van het begeleiden van de patiënt op geestelijk, emotioneel en psychisch gebied bij erkenning, verwerking en omgang met de ziekte, tot er ‘zijn’ voor de patiënt. Eén verpleegkundige merkt op dat deze ondersteuning gecontinueerd moet worden door middel van het verpleegplan.
Ook verstaat een groot deel van de verpleegkundigen (70 %) hieronder het ‘praten met de patiënt’, en hierbij worden verschillende vaardigheden genoemd zoals bijvoorbeeld luisteren, een gesprek openen over de ziekte, inleven en begrip tonen.
Drie verpleegkundigen (18 %) verstaan ook ‘doorverwijzen naar andere disciplines’ onder psychosociale zorg. Andere voorbeelden die afzonderlijk genoemd worden zijn het ‘signaleren van psychosociale problemen’ en ‘ervoor zorgen dat de patiënt een gevoel van autonomie behoudt’.

Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) is van mening dat oncologiepatiënten *meestal* behoefte hebben aan psychosociale zorg door verpleegkundigen gedurende hun verblijf op de afdeling. Volgens 29 % is dit *altijd* het geval, terwijl 18 % van mening is dat dit *soms* het geval is.

Door de verpleegkundigen worden verschillende voorbeelden genoemd die erop kunnen wijzen dat een oncologiepatiënt behoefte heeft aan psychosociale zorg. Zij noemen emoties als verdriet, boosheid en angst. Ook (opvallend en / of afwijkend) gedrag zoals het uit zichzelf over problemen beginnen te praten, opstandig zijn, veel vragen stellen en aandacht vragen of juist een stille en teruggetrokken houding zijn voorbeelden die gegeven worden.
Op de vraag wat de verpleegkundigen hiermee doen heeft bijna de helft van de verpleegkundigen geen antwoord (47 %).
De andere helft van de verpleegkundigen neemt zoveel mogelijk tijd voor (een gesprek met) de patiënt of verwijst de patiënt door naar de oncologieverpleegkundige en / of medisch psycholoog / psychiater.

Een groot deel van de verpleegkundigen (65 %) vindt het bieden van psychosociale zorg *altijd* een belangrijke taak van de verpleegkundige in de zorg voor oncologiepatiënten. De overige verpleegkundigen (35 %) zijn van mening dat dit *meestal* een belangrijke taak is van de verpleegkundige.

Inzicht in psychosociale problemen en verwerkingsstrategieën wordt door één verpleegkundige (6 %)*soms* als noodzakelijk geacht om psychosociale zorg te kunnen verlenen. De meerderheid van de verpleegkundigen (59 %) is van mening dat dit *meestal* noodzakelijk is, tegenover 35 % die dit *altijd* noodzakelijk achten.
De verpleegkundigen noemen vele voorbeelden van verwerkingsstrategieën van oncologiepatiënten. Het vaakst wordt ontkennen genoemd (41 %), maar ook boosheid /

woede, rouw / verdriet , informatie zoeken, erover praten, plannen maken en acceptatie zijn voorbeelden die vaker genoemd worden.
Drie verpleegkundigen (18 %) hadden geen antwoord op deze vraag.
Alle verpleegkundigen (100 %) zijn van mening dat de verpleegkundige over communicatieve vaardigheden dient te beschikken om oncologiepatiënten zo goed mogelijk te begeleiden bij het verwerken van hun ziekte.
Op één na geven alle verpleegkundigen aan dit te doen door te luisteren. Daarnaast maakt iets minder dan een derde van de verpleegkundigen gebruik van non verbale communicatie in de omgang met de oncologiepatiënt, zoals bijvoorbeeld door het aannemen van een open houding of door een arm om de patiënt heen te slaan. Andere vaker genoemde vaardigheden zijn o.a. informatie geven en rust creëren, samenvatten, reflecteren, respectvol zijn, doorbreken van taboe, begrip tonen en geduldig zijn. Voor een uitgebreider overzicht van de genoemde vaardigheden verwijs ik naar de uitwerking van mijn enquête (zie bijlage 2).

§ 2.1.2.3 Verpleegkundige diagnosen, symptomen en interventies

‘Verstoord lichaamsbeeld’
Bijna alle verpleegkundigen (94 %) zeggen symptomen te kunnen herkennen van de verpleegkundige diagnose ‘verstoord lichaamsbeeld’. Het vaakst wordt schaamte (bij stoma) genoemd, daarnaast ook het niet willen kijken naar de wond / stoma of het niet in de spiegel willen kijken. Ook het negatief uitlaten van de patiënt over het eigen lichaam en het niet willen verzorgen van het stoma worden vaker genoemd als zijnde symptomen van een verstoord lichaamsbeeld. Symptomen die slechts één keer genoemd worden zijn bijvoorbeeld : zichzelf verwaarlozen, zich afsluiten van het lichaam alsof het niet bij hem / haar hoort, alsook isolement, angst en onzekerheid.

Vier verpleegkundigen zeggen als interventie bij verstoord lichaamsbeeld het bespreekbaar maken van gevoelens toe te passen. Daarnaast zeggen drie verpleegkundigen een luisterend oor te bieden. Twee verpleegkundigen noemen als interventie het niet ontkennen van het probleem en de patiënt de ruimte bieden om te ventileren. Andere voorbeelden van algemene interventies zijn onder ander positief gedrag benoemen en hulp bieden en tevens aan te sporen bij de ADL. Door enkele verpleegkundigen worden ook interventies genoemd die specifiek van toepassing zijn bij patiënten met een stoma, zoals bijvoorbeeld het in consult vragen van de stoma - verpleegkundige, goed stoma - materiaal gebruiken en de patiënt hiermee vertrouwd maken.

‘Machteloosheid’
Op één verpleegkundige na zeggen alle verpleegkundigen (94 %) symptomen te herkennen van de verpleegkundige diagnose ‘machteloosheid’. Desalniettenin noemen vijf verpleegkundigen geen symptomen van deze verpleegkundige diagnose.
Door vijf verpleegkundigen wordt het zich overgeleverd voelen en geen baas meer zijn over het eigen lijf genoemd.
Ook onzekerheid met betrekking tot de toekomst wordt genoemd door drie verpleegkundigen. Daarnaast wordt door twee verpleegkundigen het verlies van vertrouwen in de medici en het hulpbehoevend zijn genoemd. Andere voorbeelden die afzonderlijk genoemd worden zijn onder andere het verbaal uiten van gevoelens van machteloosheid, alles onder controle willen hebben door veel te bellen en veel te vragen, apathie, depressie, verdriet, paniek en decorumverlies.

Van de verpleegkundigen die zeggen symptomen te herkennen van machteloosheid geeft iets minder dan de helft geen voorbeeld van een mogelijke interventie.
Iets minder dan een kwart van de verpleegkundigen noemt het geven en herhalen van informatie en uitleg over ziekte en beleid. Schriftelijk voorlichtingsmateriaal aanbieden wordt door twee verpleegkundigen genoemd. Ook twee verpleegkundigen noemen het zoveel mogelijk autonomie geven aan de patiënt, door bijvoorbeeld keuzes aan te bieden met betrekking tot de dagindeling. Andere voorbeelden van afzonderlijk genoemde interventies zijn het stimuleren en motiveren in de ADL en een gesprek aanbieden met de arts, medisch psycholoog en familie.

‘Sociaal isolement’
De meerderheid van de verpleegkundigen (71 %) zegt symptomen te herkennen van de verpleegkundige diagnose ‘sociaal isolement’.
Door drie verpleegkundigen wordt genoemd het in zichzelf keren, teruggetrokken zijn. Een zelfde aantal noemt schaamte voor de buitenwereld als symptoom. Daarnaast worden een verstoord contact met familieleden, weinig bezoek, weinig contact met medepatiënten en depressie, somberheid van de patiënt genoemd.
Van de verpleegkundigen die zeggen symptomen te herkennen van sociaal isolement noemen er twee geen voorbeelden hiervan.

De verpleegkundigen noemen verschillende interventies. Drie verpleegkundigen noemen het inschakelen van en doorverwijzen naar andere hulpverleners. Overige voorbeelden die afzonderlijk genoemd worden zijn o.a. tijd nemen voor de patiënt, goed luisteren, praten over de problemen op dit vlak en familie betrekken bij de zorg. Drie verpleegkundigen die zeggen symptomen te herkennen van deze verpleegkundige diagnose noemen geen interventies. Voor een uitgebreide opsomming van interventies zoals genoemd door de verpleegkundigen verwijs ik naar de uitwerking van mijn enquête (zie bijlage).

‘Ineffectieve coping’
Ook van deze verpleegkundige diagnose zegt de meerderheid (71 %) symptomen te kunnen herkennen. Ongeveer een derde van deze verpleegkundigen noemt boosheid, opstandigheid en afreageren op familie en/of verpleegkundigen.
Andere symptomen die genoemd worden zijn het stellen van veel en lastige vragen alsook passief en kinderlijk afhankelijk gedrag.

Interventies zijn volgens de verpleegkundigen o.a. het bespreekbaar maken van gevoelens, begrip tonen en rustig blijven. Ook het aanleren van nieuw e strategieën en het belonen van een goede aanpak worden afzonderlijk vermeld.

‘Geestelijke nood’
Minder dan de helft van de verpleegkundigen (41 %) zegt symptomen te kunnen herkennen van de verpleegkundige diagnose ‘geestelijke nood’. Drie verpleegkundigen noemen hier het verliezen van het vertrouwen in geloof als symptoom.
Ook worden afzonderlijk delier en decorumverlies genoemd als voorbeeld van symptomen van geestelijke nood.

Interventies die genoemd worden zijn onder andere het aanbieden van een geestelijk verzorger, ondervinden waar de patiënt behoefte aan heeft en zorg dragen voor de privacy en mogelijkheden om aan wensen wat betreft geloofsovertuiging te voldoen.

Op de vraag of de verpleegkundigen oncologiepatiënten aanmoedigen hun gevoelens te uiten (door te praten en / of te huilen) antwoordt 65 % dit *meestal* te doen. 23 % zegt dit *altijd* te doen, tegenover 12 % die deze vraag met *soms* beantwoordt.

Het aanmoedigen van oncologiepatiënten om vragen te stellen over de ziekte en / of behandeling gebeurt *meestal* door het merendeel van de verpleegkundigen (71 %). 23 % van de verpleegkundigen zegt dit *altijd* te doen, 6 % doet dit *soms*.
Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen (47 %) geeft aan *soms* oncologiepatiënten aan te moedigen tot het stellen van korte termijn doelen en het plannen van haalbare activiteiten. *Meestal* wordt dit gedaan door 23 % van de verpleegkundigen. Net iets vaker dan *nooit* (12 %) wordt dit door 18 % *altijd* gedaan.

Uitleg over ontspanningstherapie wordt door het merendeel van de verpleegkundigen *nooit* (35 %) of *soms* (53 %) gegeven. Het overige deel van de verpleegkundigen (12 %) doet dit *meestal* .
Voorbeelden van ontspanningstherapie die vaker genoemd worden zijn ademhalingsoefeningen, afleiding zoeken, massage, yoga, meditatie en bidden.

Door een klein gedeelte van de verpleegkundigen (6 %)wordt de oncologiepatiënt *altijd* betrokken bij het samenstellen van het verpleegplan. Een even groot percentage zegt dit *meestal* te doen. Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen (47 %) geeft aan dit *soms* te doen, tegenover 41 % die aangeeft dit *nooit* te doen.

Mogelijkheden voor de dagindeling worden door meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) *soms* samen met de oncologiepatiënt besproken. Iets meer dan een derde van de verpleegkundigen (35 %) geeft aan dit *meestal* te doen, 12 % doet dit *altijd*.

Informatie over de ziekte, behandeling en prognose (mondeling en / of schriftelijk) wordt *meestal* aan de oncologiepatiënt gegeven door 41 % van de verpleegkundigen. 35 % van de verpleegkundigen zegt dit *soms* te doen, tegenover 18 % die dit *altijd* zegt te doen en 6 % die dit naar eigen zeggen *nooit* doet.

Informatie over lotgenotencontact (mondeling en / of schriftelijk) wordt door meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) *soms* gegeven. *Meestal* wordt dit gedaan door iets minder dan een derde van de verpleegkundigen (29 %), tegenover 18 % van de verpleegkundigen die dit *nooit* zeggen te doen.

Naasten (partner, familie) van de oncologiepatiënt worden door 41 % van de verpleegkundigen *soms* bij de verzorging betrokken, 35 % zegt dit *meestal* te doen. Dit wordt door een even groot aantal verpleegkundigen (12 %) respectievelijk *altijd* als *nooit* gedaan.

Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen (47 %) geeft aan naasten (partner, familie) van de oncologiepatiënt *meestal* te betrekken bij gesprekken. 29 % van de verpleegkundigen zegt dit *altijd* te doen, tegenover 24 % van de verpleegkundigen die zegt dit *soms* te doen.

Uitleg over hoe naasten (partner, familie) van de oncologiepatiënt hun dierbare het beste kunnen steunen wordt door het merendeel van de verpleegkundigen (70 %) *soms*

gegeven. *Meestal* wordt dit door 18 % van de verpleegkundigen gedaan. Een even groot percentage (6 %) geeft aan dit *altijd* respectievelijk *nooit* te doen.

§ 2.1.2.4 Waardering verpleegkundigen

Het merendeel van de verpleegkundigen (65 %) vindt de psychosociale zorg door de verpleegkundigen aan oncologiepatiënten gedurende hun verblijf op de afdeling *matig*. De overige verpleegkundigen (35 %) zijn van mening dat deze zorg *voldoende* is. Ook zegt het merendeel van de verpleegkundigen (76 %) over *voldoende* kennis en vaardigheden te beschikken om oncologiepatiënten gedurende hun verblijf op de afdeling zo goed mogelijk te begeleiden. De overige verpleegkundigen (24 %) beoordelen hun kennis en vaardigheden als zijnde *matig*.

Tevens zegt 76 % van de verpleegkundigen behoefte te hebben aan scholing over psychosociale problemen en verwerkingsstrategieën van oncologiepatiënten en vaardigheden om daarmee om te gaan. De overige verpleegkundigen (24 %) hebben hier geen behoefte aan.

Slechts 18 % van de verpleegkundigen vindt dat er voldoende tijd is om naast de lichamelijke zorg ook psychosociale zorg te kunnen leveren aan oncologiepatiënten. Meer dan de helft van de verpleegkundigen (59 %) beoordeelt dit aspect met *matig*, 23 % geeft hierover het oordeel *slecht.*

Ten aanzien van het verpleegkundig dossier is het overgrote deel van de verpleegkundigen van mening dat dit geen duidelijk beeld geeft van de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt, met andere woorden het heeft geen voldoende informatieve waarde. Slechts 6 % van de verpleegkundigen is van mening dat de informatieve waarde *voldoende* is, tegenover 53 % die deze vraag met *matig* beoordeelt en 41 % met *slecht*.

Geen enkele verpleegkundige is van mening dat de psychosociale situatie van de oncologiepatiënt in zowel complexe als niet complexe situaties overzichtelijk, concreet en compleet verwerkt is of te verwerken is. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) geeft hierover het oordeel *matig*, terwijl net iets minder dan de helft (47 %) dit met *slecht* beoordeelt.

Meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) zegt een *slecht* overzicht te hebben over de verpleegkundige interventies gericht op psychosociale zorg bij het verplegen van oncologiepatiënten. 29 % van de verpleegkundigen geeft aan een *matig* overzicht hierop te hebben, tegenover 18 % van de verpleegkundigen die menen *voldoende* overzicht hierop te hebben.

Het merendeel van de verpleegkundigen is niet tevreden over het aanbod van duidelijke richtlijnen en praktische afspraken op de afdeling om psychosociale zorg te kunnen bieden aan oncologiepatiënten. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) geeft hierover het oordeel *matig*, 41 % van de verpleegkundigen beoordeelt bovenstaande als zijnde *slecht*. Slechts 6 % van de verpleegkundigen is van mening dat dit aanbod *voldoende* is.

Op twee verpleegkundigen na (88 %) geven alle verpleegkundigen aan op de hoogte te zijn van het aanbod van personen en instanties die psychosociale zorg kunnen

bieden.Voorbeelden die vaak genoemd worden zijn de medisch psycholoog, oncologieverpleegkundige en het pastoraal werk.Voor een volledig overzicht van de genoemde voorbeelden verwijs ik naar mijn uitwerking enquête (bijlage 2).

Bijna de helft van de verpleegkundigen (47 %) vindt het aanbod van schriftelijke informatie over bovengenoemde personen en instanties op de afdeling *matig*. De meningen van de overige verpleegkundigen zijn hierover evenredig verdeeld: een even groot aantal verpleegkundigen (26,5 %) beoordeeld dit aanbod als zijnde *slecht*, danwel *voldoende*.

Tenslotte verwijst het merendeel van de verpleegkundigen (87 %) oncologiepatiënten *soms* door naar eerder genoemde instanties en personen, tegenover de rest van de verpleegkundigen (13 %) die zegt dit *meestal* te doen.

§ 2.1.2.5 Overige meningen verpleegkundigen

Op één na zijn alle verpleegkundigen van mening dat psychosociale zorg een positief effect heeft op kwaliteit van leven van oncologiepatiënten Het merendeel van de verpleegkundigen merkt dit doordat de patiënt beter kan omgaan met de ziekte en doordat het verwerkingsproces versneld wordt. Ook wordt vaker genoemd dat de patiënt zich gesteund voelt en meer rust en vertrouwen uitstraalt. Voor een gedetailleerde omschrijving van de gegeven antwoorden verwijs ik naar de uitwerking enquête (bijlage 2).

De verpleegkundigen noemen een groot aantal belemmeringen of invloeden die het bemoeilijken om psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op de afdeling te verlenen. Door drie kwart van de verpleegkundigen wordt tijd / werkdruk en de kleine bezetting genoemd als zijnde een belemmering.
Daarnaast noemen vijf verpleegkundigen (29 %) weinig privacy van de patiënt en het feit dat het verpleegkundig dossier niet duidelijk is. Psychosociale aspecten komen volgens hen nauwelijks aan bod in anamnese en verpleegplan, interventies zijn niet overzichtelijk.
Ook vaker wordt het kennistekort van de verpleegkundigen (23,5 %) genoemd. Andere voorbeelden van belemmeringen die worden genoemd zijn: het ontbreken van structuur en afspraken / richtlijnen met betrekking tot psychosociale zorg en van het EVV - schap (Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige). 12 % van de verpleegkundigen is van mening dat de slechte communicatie met artsen een belemmering vormt voor het verlenen van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten. Voor de overige voorbeelden van belemmeringen verwijs ik naar de uitwerking enquête (bijlage 2).

Volgens iets minder dan de helft van de verpleegkundigen (47 %) zijn er geen bevorderende factoren op de afdeling die bijdragen aan psychosociale zorg.
Door degenen die wel menen dat er bevorderende factoren aanwezig zijn op de afdeling worden eigenschappen van de individuele verpleegkundigen het vaakst genoemd, zij worden omschreven als zijnde aardig, begripvol, geduldig, sociaal voelend en gemotiveerd.
Ook menen drie verpleegkundigen dat de aanwezigheid van de twee oncologieverpleegkundigen een bevorderende factor is die bijdraagt aan psychosociale zorg. Tenslotte wordt door twee verpleegkundigen de kennis van ten aanzien van ziektebeelden en de daarbij behorende zorg genoemd als bevorderende factor voor psychosociale zorg.

Er worden door de verpleegkundigen verschillende voorbeelden genoemd van zaken die anders zouden kunnen op de afdeling om de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten te waarborgen.
Meer dan de helft van de verpleegkundigen (52 %) noemt als voorbeeld het aanpassen van het verpleegkundig dossier, door o.a.

- Een systematische 'inbedding' van de psychosociale zorg in het verpleegkundig proces;
- Aanpassen verpleegplan: door het formuleren van een helder verpleegprobleem met betrekking tot psychosociale zorg en meer aandacht voor verpleegkundige interventies.

Volgens 41 % van de verpleegkundigen draagt (bij)scholing bij aan het waarborgen van psychosociale zorg.
Meer tijd krijgen om aan de patiënt te besteden, door bijvoorbeeld het inzetten van meer personeel wordt door 23,5 % gezien als een voorbeeld om de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten te waarborgen.
Een evenzo groot deel van de verpleegkundigen ziet het waarborgen van de privacy en een uitbreiding van de rol van de verpleegkundige als mogelijkheden om de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten te waarborgen.
Twee verpleegkundigen (12 %) noemen een cultuur - / gedragsverandering op B5, waarbij er sprake is van meer aandacht voor psychosociale problematiek, alsook meer feedback tussen collega's onderling over psychosociale zorg.
Voor een volledige opsomming van de door de verpleegkundigen gegeven voorbeelden verwijs ik naar de uitwerking enquête (bijlage 2).

§ 2.2 Dossiertoetsing

§ 2.2.1 Onderzoeksopzet

Ik heb tien verpleegkundige dossiers van oncologiepatiënten getoetst. Dit heb ik gedaan om een indruk te krijgen over de verslaglegging ten aanzien van psychosociale problemen van de patiënten en de psychosociale zorg zoals verleend door de verpleegkundigen. Om te kunnen beoordelen of de gebruikte dossiers een voldoende informatieve waarde hebben, heb ik onderzocht *wat* er wordt gerapporteerd, *waar* in het verpleegkundig dossier (anamnese, verpleegplan, groene formulier en rapportage) en *wanneer* (hoe frequent). Op deze manier hoop ik in de analyse van mijn onderzoek een antwoord te kunnen geven op de volgende vraag, die ook in mijn enquête aan de orde is gekomen: " Geven de verpleegkundige dossiers een duidelijk beeld van de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt?"

§ 2.2.2 Resultaten

<u>Anamnese</u>
In vier van de tien onderzochte verpleegkundige dossiers heb ik in de anamnese geen informatie gevonden over de psychosociale situatie van de oncologiepatiënt. In de overige zes dossiers ben ik wel enige informatie tegengekomen over de psychosociale situatie van de betreffende patiënt, meestal vermeld onder de onderdelen: 'beschrijving psychische conditie' en 'interpretatie waargenomen gedrag'. Twee keer wordt bij 'slaap/waakritme' vermeld dat de betreffende patiënt door spanningen van de laatste tijd minder goed slaapt.

Verpleegplan
In acht van de onderzochte verpleegkundige dossiers wordt in het verpleegplan niet ingegaan op psychosociale problematiek, symptomen die hierbij horen en interventies om de patiënt hierin te begeleiden. In twee dossiers wordt hierover wel iets vermeld,onder het kopje 'bijzonderheden', respectievelijk*:"patiënt moet psychosociale begeleiding krijgen"* en *"observeren en rapporteren van psychosociale problematiek"*.

Groene formulier
In zeven van de onderzochte verpleegkundige dossiers ontbreekt informatie over gesprekken tussen arts, verpleegkundige en patiënt (en naasten) naar aanleiding van het verloop van de operatie, de uitslag van de P.A . en overige onderwerpen.
Twee van de dossiers waar niets te lezen valt op het groene formulier betreffen dossiers van patiënten die al ruim een maand zijn opgenomen op de afdeling.
In de overige drie dossiers wordt wel verslag gedaan van gesprekken die hebben plaatsgevonden naar aanleiding van de P.A. -uitslag. In twee van deze dossiers wordt hierover uitgebreid verslag gedaan naar aanleiding van 'slecht nieuws gesprekken', in het andere dossier wordt een kleiner verslag gedaan naar aanleiding van een goede PA - uitslag.

Rapportage
Over het algemeen wordt er wel gerapporteerd over zaken die te maken hebben met de psychosociale situatie van de patiënt. In zeven dossiers is dit het geval. Wel moet worden opgemerkt dat slechts in één dossier dagelijks hierover wordt gerapporteerd en dat dit veel minder frequent gebeurt in de overige dossiers. Zo wordt er bij een patiënt bij wie er sprake is van psychosociale problematiek gedurende de periode van een maand slechts elf keer verslag van gedaan in de rapportage. Ook worden door de verpleegkundigen met name symptomen / gedragingen beschreven en worden er nauwelijks tot geen interventies genoemd die de verpleegkundige heeft toegepast.
In drie dossiers tref ik in de rapportage geen informatie aan over de psychosociale situatie van de patiënt.

Voor een uitgebreide omschrijving van 'wat' er door de verpleegkundigen in de verpleegkundige dossiers vermeld wordt verwijs ik naar de uitwerking van de dossiertoetsing (bijlage 3).

§ 2.3 Patiëntentevredenheid

§ 2.3.1 Onderzoeksopzet

Om een beeld te krijgen van de tevredenheid onder patiënten heb ik een gesprek gehad met Bianca Mohamed - Hoessein van het bureau "Kwaliteit en Voorlichting" in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Ik heb gebruik gemaakt van de door haar beschikbaar gestelde 'Samenvatting patiëntentevredenheidsonderzoek' uit april 2003 met betrekking tot verpleegafdeling B5. Er zijn voor deze afdeling geen recentere onderzoeken gedaan naar patiëntentevredenheid.
Uit deze samenvatting heb ik de onderwerpen geselecteerd die naar mijn mening betrekking hebben op psychosociale zorg en waarover patiënten een tevredenheidsoordeel hebben gegeven. In de volgende paragraaf zal ik het oordeel dat de patiënten gegeven hebben aan de hand van genoemde onderwerpen.
Kanttekening bij het gebruiken van dit onderzoek is dat niet alle patiënten die aan dit onderzoek hebben meegedaan oncologiepatiënten zijn. Desalniettemin denk ik dat dit

onderzoek van waarde is voor mijn adviesnota aangezien het de tevredenheid weergeeft van de patiënten ten aanzien van hun verblijf op afdeling B5.

§ 2.3.2 Resultaten

De antwoordmogelijkheden die de tevredenheid van de patiënten aangeven zijn als volgt:

- Ontevreden;
- Matig tevreden;
- Redelijk tevreden;
- Duidelijk tevreden;
- Zeer tevreden.

Hieronder geef ik per onderwerp het antwoord (de antwoorden)weer dat (die) het dichtst in de buurt komt (komen) van het gemiddelde tevredenheidsoordeel.

Verpleegkundige behandeling

- Omgang verpleegkundigen: duidelijk tevreden;
- Hulpvaardigheid verpleegkundigen: duidelijk tevreden;
- Persoonlijke aandacht verpleegkundigen: duidelijk tevreden;

Informatie

- Duidelijkheid informatie verpleegkundigen: redelijk tot duidelijk tevreden;
- Toegankelijkheid medewerkers: redelijk tot duidelijk tevreden;

Zelfstandigheid

- Zelfstandigheid:duidelijk tevreden;
- Meebeslissen behandeling: redelijk tot duidelijk tevreden;

Emotionele ondersteuning

- Gevoelens of zorgen bespreken: redelijk tot duidelijk tevreden;
- Geestelijk verzorger: duidelijk tot zeer tevreden;

Ontspanningsmogelijkheden

- Ontspanning: matig tot redelijk tevreden;

Overige verblijfsaspecten

- Privacy: redelijk tot duidelijk tevreden;
- Rust op kamer of zaal: redelijk tot duidelijk tevreden;
- Bezoekregeling en bezoektijden: redelijk tot duidelijk tevreden;

Vertrek en nazorg

- Ontslaggesprek verpleegkundige: redelijk tevreden;
- Informatie over verdere behandeling: redelijk tevreden.

Voor een overzicht van bovenstaande resultaten verwijs ik naar de ‘Samenvatting patiëntentevredenheidsonderzoek’ (Bijlage 4).

Hoofdstuk 3 Analyse

In dit hoofdstuk maak ik een analyse van de resultaten van mijn theorie - en praktijkonderzoek.
Allereerst zal ik de resultaten van mijn praktijkonderzoek met elkaar vergelijken. Ik vergelijk de resultaten van mijn enquête met die van de dossiertoetsing op die punten welke in beide onderzoeken vertegenwoordigd zijn.
Vervolgens zal ik waar mogelijk resultaten van mijn enquête vergelijken met het tevredenheidsoordeel dat in 2003 door patiënten die opgenomen zijn geweest op B5 is gegeven.
Tenslotte zal ik alle gegevens uit mijn praktijkonderzoek vergelijken met de theoretische achtergronden die ik in hoofdstuk 1 heb beschreven.

§ 3.1 Vergelijking resultaten enquête en dossiertoetsing

Aan de hand van de verschillende onderwerpen die in mijn enquête aan bod zijn gekomen maak ik (waar mogelijk) een vergelijking met de informatie die ik hierover in de tien verpleegkundige dossiers heb gevonden.
Dit zijn de volgende onderwerpen:

- Psychosociale problemen;
- Psychosociale zorg;
- Verpleegkundige diagnosen, symptomen en interventies;
- Waardering verpleegkundigen;
- Overige meningen van de verpleegkundigen.

§ 3.1.1 Psychosociale problemen

De verpleegkundigen noemen in de enquête verschillende psychosociale problemen en reacties van oncologiepatiënten.
In vijf van de onderzochte verpleegkundige dossiers worden dergelijke problemen / reacties beschreven in de rapportage. Een enkele keer gebeurt dit in de anamnese.
Enkele voorbeelden van psychosociale problemen / reacties van oncologiepatiënten die genoemd worden:

<u>Rapportage:</u>

- Verdriet / rouw :
  “NTBR - beleid afgesproken, dhr. was emotioneel.”

- Neerslachtigheid:
  “Dhr. was vandaag extra somber, gaf aan ‘het zo niet meer te willen’.”

- Onvoldoende kunnen uiten van emoties / in zichzelf keren / teruggetrokken en stil zijn:
  “Dhr. lag stilletjes in bed.”
  “Dhr. is stilletjes aanwezig.”

- Problemen met de omgeving:
  “Echtgenote maakt zich flink zorgen, dhr. wil haar niet spreken.”
  “Dhr. maakt zich zorgen om het thuisfront.”

- Onzekerheid / gespannenheid:
  “ Mevrouw is erg nerveus en angstig voor de operatie.”
  “Mevrouw lag wakker, vertelde zich nerveus te voelen. ”

- Angst:
  “Mevrouw is erg nerveus en angstig voor de operatie.”

- Slapeloosheid:
  “Mevrouw lag wakker.”

Anamnese:
- Slapeloosheid:
  “Mevrouw slaapt nu wat moeilijker in verband met spanningen.”
  “Dhr. is momenteel gespannen en slaapt hierdoor slecht.”

Ook wordt een aantal keren door de verpleegkundigen benoemd in de anamnese en / of rapportage dat er geen sprake is van bepaalde psychosociale problemen / reacties. Enkele voorbeelden hiervan:

Anamnese:
- Onzekerheid / gespannenheid:
  “Mevrouw klinkt realistisch en weet wat er gaat gebeuren.”
  “Dhr. zegt niet nerveus te zijn en ‘het allemaal’ rustig te ondergaan.”
  “Dhr. komt rustig over.”

Rapportage:
- Problemen met de omgeving:
  “Mevrouw had veel bezoek.”
  “Dhr. uitte zich wel tegenover familie en zaalgenoten.”
  “Dhr. had ook steun van medepatiënten, pastoraal werker en echtgenote.”
  “Dhr. was goed te spreken, echtgenote blijft nog een nachtje slapen.”
  “Gehele avond is familie bij mevrouw geweest, mevrouw vond dit prettig.”

- Slapeloosheid:
  “Dhr. sliep rustig.”

- Neerslachtigheid / Depressie:
  “Ik vind dhr. positief ingesteld.”
  “Mevrouw voelde zich uitgerust en sterk. Ondanks het slechte nieuws is mevrouw opgewekt, wil er het beste van maken.”

Uit de enquête blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen (84 %) van mening is dat oncologiepatiënten psychosociale problemen ervaren. Volgens 53 % van de verpleegkundigen is dit *altijd* het geval, 41 % meent dat dit *meestal* het geval is. Dit blijkt niet uit de dossiervoering: slechts in drie dossiers wordt uitvoeriger ingegaan op psychosociale problematiek (Bijlage 3,dossiers 3, 6 en 10).

De verpleegkundigen zeggen alert te zijn op reacties van oncologiepatiënten op het feit kanker te hebben. Ook dit blijkt slechts uit drie dossiers, in de overige zeven dossiers tref ik hierover geen / nauwelijks informatie.

§ 3.1.2 Psychosociale zorg

Op de vraag in mijn enquête wat de verpleegkundigen doen als ze merken dat oncologiepatiënten behoefte hebben aan psychosociale zorg, heeft iets minder dan de helft van de verpleegkundigen (47 %) geen antwoord. Uit de verslaglegging in de dossiers wordt dit ook niet duidelijk: wanneer reacties worden beschreven in het dossier ontbreken de door verpleegkundigen toegepaste interventies op een enkele keer na. Een voorbeeld van een beschreven reactie en een daarbij genomen interventie afkomstig uit een dossier:

" Mevrouw lag wakker, vertelde zich nerveus te voelen. Kreeg een Oxazepam en een beker warme melk. Sliep hierna verder."

Het continueren van ondersteuning door middel van het verpleegplan wordt door slechts 6 % van de verpleegkundigen genoemd wanneer wordt gevraagd wat verstaan wordt onder psychosociale zorg. Dit stemt mijns inziens overeen met de door mij gevonden informatie uit de dossiers. In acht van de tien onderzochte dossiers wordt in het verpleegplan niet ingegaan op psychosociale problematiek en interventies om de patiënt hierin te begeleiden.

Volgens het merendeel van de verpleegkundigen (82 %) hebben oncologiepatiënten behoefte aan psychosociale zorg gedurende hun verblijf op de afdeling. Dit is volgens 53 % van de verpleegkundigen *meestal* het geval, 29 % van de verpleegkundigen meent dat dit *altijd* het geval is.
Ook beschouwen de meeste verpleegkundigen het bieden van psychosociale zorg als een belangrijke taak van de verpleegkundige.
Deze resultaten uit mijn enquête stemmen niet overeen met mijn bevindingen uit de dossiertoetsing.

§ 3.1.3 Verpleegkundige diagnosen, symptomen en interventies

Zoals ik in § 3.1.1 heb beschreven beschrijven de verpleegkundigen in vijf verpleegkundige dossiers in hun rapportage en soms in de anamnese symptomen van psychosociale problemen. Echter, geen enkele keer wordt hier door de verpleegkundigen een verpleegkundige diagnose aan gekoppeld. Ook ontbreken interventies genomen door de verpleegkundigen op een enkele keer na, zowel in het verpleegplan als in de rapportage.

§ 3.1.4 Waardering verpleegkundigen

Informatieve waarde verpleegkundig dossier
Uit mijn enquête blijkt dat 84 % van de verpleegkundigen niet tevreden is over de informatieve waarde van het verpleegkundig dossier (anamnese, verpleegplan, rapportage). Volgens 53 % geeft het dossier een *matig* beeld van de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt, 41 % van de verpleegkundigen beoordeeld dit als zijnde *slecht.*
Deze waarderingen van de verpleegkundigen stemmen overeen met mijn bevindingen uit de dossiertoetsing.

Anamnese
In vier van de onderzochte dossiers ben ik in de anamnese geen informatie tegengekomen over de psychosociale zorgvraag van de patiënt. In de overige zes dossiers ben ik slechts zeer beperkt informatie tegengekomen die hierop betrekking had, waardoor ik mij geen duidelijk beeld hierover heb kunnen vormen.

Verpleegplan
Ook in het verpleegplan ontbreekt informatie over psychosociale problematiek en interventies om de patiënt hierin te begeleiden in acht van de tien onderzochte dossiers. In de overige twee dossiers wordt één keer in het verpleegplan vermeld 'dat de patiënt psychosociale begeleiding moet krijgen'. Hieruit wordt niet duidelijk welke psychosociale problemen aanwezig zijn bij deze patiënt en welk doel de begeleiding heeft. Ook worden geen interventies beschreven om deze psychosociale begeleiding te geven.
In het andere dossier staat vermeld in het verpleegplan dat 'psychosociale problematiek geobserveerd en gerapporteerd dient te worden'. Het goede gevolg hiervan is dat in dit dossier dagelijks gerapporteerd wordt over bovenstaande. Echter, ook hier ontbreken interventies (zowel in het verpleegplan als in de rapportage) die door de verpleegkundigen genomen zijn.

'Groene formulier'
In zeven dossiers ontbreekt informatie op het 'groene formulier' in het dossier. Dit is een informatieblad in het verpleegkundig dossier waarop vermeld wordt:

1. Informatie uit patiëntenbesprekingen;
2. Gegeven informatie aan patiënt en / of familie;
3. Samenvatting van gesprekken met patiënt en / of familie.

Voor twee van deze dossiers geldt dat het dossiers betreft van patiënten die al ruim een maand opgenomen zijn op de afdeling. Informatie over het verloop van de operatie, uitslag van de P.A. en prognose ontbreekt, terwijl verwacht mag worden dat er wel degelijk gesprekken hierover zijn geweest met de oncologiepatiënt en zijn / haar familie. Hierdoor kan de verpleegkundige moeilijk inspelen op de psychosociale behoeften van de oncologiepatiënt aan de hand van de informatie op dit informatieblad uit het verpleegkundig dossier.

Rapportage
In zeven dossiers ben ik in de rapportage enige informatie tegengekomen over de psychosociale zorgvraag van de patiënt. Echter, slechts in één dossier wordt hier bijna dagelijks over gerapporteerd. In een ander dossier wordt gedurende de periode van één maand slechts elf keer gerapporteerd over de psychosociale situatie van de betreffende patiënt, terwijl er sprake is van problematiek op dit gebied. Bovendien doen de verpleegkundigen geen verslag van de door hun genomen interventies en het resultaat daarvan. Voor de overige vijf dossiers geldt dat de rapportage over de psychosociale zorgvraag zo minimaal is dat er eigenlijk geen sprake is van verslaglegging hierover. Een voorbeeld hiervan is het dossier van een patiënte bij wie er een anteriorresectie is gedaan en een ileostoma is aangelegd. Bekend is dat mevrouw eerder bestraald is en orale chemotherapie heeft ondergaan in verband met een tumor in de endeldarm. Dit lijkt mij bij uitstek een patiënte bij wie er aandacht moet zijn voor psychosociale problematiek, in de rapportage wordt hierover niet gerapporteerd, het feit dat twee keer vermeld wordt dat patiënte veel bezoek had niet meegerekend.

Het merendeel van de verpleegkundigen (82 %) is ontevreden met het overzicht over de verpleegkundige interventies gericht op psychosociale zorg. Gezien het feit dat er in de

onderzochte dossiers noch in het verpleegplan, noch in de rapportage verslag wordt gedaan van interventies om psychosociale zorg te verlenen vind ik dit geen verassende uitslag.
Wat mij wel verbaast is dat slechts 29 % van deze verpleegkundigen het ontbreken van overzicht over interventies als een belemmering of invloed ziet die het verlenen van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op de afdeling bemoeilijkt. Kwaliteit en continuïteit van verpleegkundige zorg worden inzichtelijk gemaakt en bewaakt door verslaglegging en rapportage en zodoende is overzicht hierover onontbeerlijk!

§ 3.2 Vergelijking resultaten enquête en patiëntentevredenheid

De patiënten konden in de vragenlijst van het patiëntentevredenheidsonderzoek uit 2003 hun mening geven over verschillende aspecten van het ziekenhuisverblijf waarmee zij tijdens hun opname te maken hebben gehad. Per vraag konden zij aangeven of zij *ontevreden, matig tevreden, redelijk tevreden, duidelijk tevreden* of *zeer tevreden* waren. Waar mogelijk vergelijk ik de resultaten van dit onderzoek met mijn enquête.

Uit het onderzoek blijkt dat de patiënten het meest tevreden zijn over de toegankelijkheid van de geestelijk verzorger (dominee of pastor).
Ook uit mijn enquête blijkt dat het pastoraal werk door 41 % van de verpleegkundigen genoemd wordt als zijnde een instantie die psychosociale zorg kan bieden maar dat het doorverwijzen naar een dergelijke instantie niet altijd gebeurt. Bijna alle verpleegkundigen (87 %) geven aan dit *soms* te doen. Mijns inziens is het gezien de tevredenheid van de patiënten nuttig om hen vaker hierop te attenderen.

Het minst tevreden (*matig* tot *redelijk*) zijn de patiënten over de mogelijkheid tot ontspanning op B5 (activiteitenbegeleiding, conversatiezaal). Eén verpleegkundige merkt bij de laatste vraag van mijn enquête op dat er op de afdeling geen goede ruimte is waar patiënt en familie op een rustige manier samen kunnen zijn en dat een dergelijke ruimte een bijdrage zou kunnen leveren aan de psychosociale zorg.
Ook wordt er door de verpleegkundigen in het algemeen niet veel uitleg gegeven aan oncologiepatiënten over ontspanningstherapie. Iets meer dan een derde van de verpleegkundigen (35 %) geeft aan dit *nooit* te doen, terwijl ongeveer de helft van de verpleegkundigen dit *soms* zegt te doen. Naar mijn mening kan het voor oncologiepatiënten heel belangrijk zijn de mogelijkheid te hebben te ontspannen en kan dit de verwerking ten goede komen. Juist wanneer er letterlijk weinig ruimte op de afdeling is, zoals op B5 het geval is, zou er door de verpleegkundigen meer aandacht besteed moeten worden aan mogelijkheden voor de patiënt om te ontspannen.

De patiënten geven aan duidelijk tevreden te zijn over de verpleegkundige behandeling (omgang, hulpvaardigheid en persoonlijke aandacht). In de enquête geeft 29 % van de verpleegkundigen aan dat zij de eigenschappen van de verpleegkundigen op B5 ziet als een bevorderende factor op de afdeling die bijdraagt aan psychosociale zorg.

De patiënten zijn iets minder tevreden over de emotionele ondersteuning ten aanzien van de tijd die zij kregen om gevoelens of zorgen te bespreken (bijv. over onzekerheid, gevolgen van de ziekte, situatie thuis). Dit stemt overeen met mijn bevindingen uit de enquête. Het merendeel van de verpleegkundigen (82 %) is ontevreden over de beschikbare tijd om naast lichamelijke zorg ook psychosociale zorg te kunnen verlenen aan oncologiepatiënten. Hiervan beoordeelt 59 % van de verpleegkundigen deze beschikbare tijd als zijnde *matig*, 23 % geeft het oordeel *slecht* hieraan.

Op de vraag in mijn enquête wat de verpleegkundigen als een belemmering zien om psychosociale zorg aan oncologiepatiënten te kunnen verlenen, antwoordt 76 % van de verpleegkundigen dat dit gelegen is in het weinig tijd hebben door de hoge werkdruk en de (te) kleine bezetting.
Wat naar mijn mening ook te maken heeft met het oordeel van de patiënten over de emotionele ondersteuning is de 'cultuur' / mentaliteit op afdeling B5. Dit wordt ook in mijn enquête aangegeven door 12 % van de verpleegkundigen. Volgens hen zou een cultuur - / gedragsverandering op B5, waarbij er meer aandacht is voor psychosociale problemen kunnen bijdragen aan het waarborgen van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten.

De patiënten zijn redelijk tot duidelijk tevreden over de mate waarin hun privacy werd gerespecteerd. Ook volgens 29 % van de verpleegkundigen is het gebrek aan privacy van de patiënt een belemmering om psychosociale zorg te verlenen aan oncologiepatiënten op de afdeling. Het zorgen voor privacy, door bijvoorbeeld meer eenpersoonskamers te creëren en een ruimte waar patiënt en familie op een rustige manier samen kunnen zijn is volgens 24 % van de verpleegkundigen een manier waardoor de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op de afdeling zou kunnen worden gewaarborgd.

Tenslotte geven de patiënten aan redelijk tevreden te zijn over het ontslaggesprek door de verpleegkundige. In mijn enquête geeft slechts 6 % van de verpleegkundigen aan dat het invoeren van het ontslaggesprek een manier zou kunnen zijn om de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op afdeling B5 te waarborgen. Hieruit vooronderstel ik dat het ontslaggesprek op afdeling B5 geen belangrijke rol speelt en de verpleegkundigen dit niet als een vast onderdeel van hun zorgverlening beschouwen.

§ 3.3 Vergelijking resultaten praktijkonderzoek en literatuur

Allereerst zal ik de resultaten van mijn enquête vergelijken met hetgeen ik in de theoretische achtergronden beschreven heb over:
- Psychosociale problemen;
- Psychosociale zorg;
- Verpleegkundige diagnosen, symptomen en interventies.

Vervolgens vergelijk ik waar mogelijk de resultaten van mijn dossiertoetsing en die van het patiëntentevredenheidsonderzoek met hetgeen ik in de theoretische achtergronden beschreven heb.

§ 3.3.1 Vergelijking enquête en literatuur

<u>Psychosociale problemen</u>

Uit mijn enquête blijkt dat de meeste verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van de psychosociale problemen waarmee oncologiepatiënten geconfronteerd kunnen worden. In de antwoorden van de verpleegkundigen ontbreken echter de 'zingevingsvragen' en de lichamelijke en/of uiterlijke problemen zoals genoemd door Willekens (2003). Ook de problemen met werk, studie of geld en seksuele problemen zoals door Maseland (2004) genoemd ontbreken in de antwoorden van de verpleegkundigen.

Psychosociale zorg

De verpleegkundigen noemen ook tal van voorbeelden van verwerkingsstrategieën die oncologiepatiënten kunnen hebben om de problemen waarmee zij geconfronteerd worden te verzachten of op te lossen. Al deze voorbeelden worden ook genoemd door Bense (1995) en Pruyn (1991). Eén verpleegkundige noemt ook 'depressie' als zijnde een verwerkingsstrategie. Depressie is echter volgens de literatuur geen verwerkingsstrategie maar behoort tot de emotionele problemen waarmee oncologiepatiënten geconfronteerd kunnen worden (§1.1).
Volgens de literatuur zijn inzicht in en kennis van verwerkingsstrategieën onontbeerlijk om de problemen en strategieën van patiënten zo goed mogelijk in te schatten teneinde daar dan zo goed mogelijk op aan te kunnen sluiten. Uit mijn enquête blijkt dat de meerderheid van de verpleegkundigen het hiermee eens is. Volgens 35 % van de verpleegkundigen is dit *altijd* noodzakelijk, 59 % meent dat dit *meestal* noodzakelijk is. Desalniettemin heeft 76 % van de verpleegkundigen behoefte aan scholing over psychosociale problemen en verwerkingsstrategieën.

De verpleegkundigen geven in de enquête diverse voorbeelden van communicatieve vaardigheden die zij toepassen om oncologiepatiënten zo goed mogelijk te begeleiden bij het verwerken van hun ziekte. Veel van deze vaardigheden stemmen overeen met de vier basisvaardigheden van de Mönnink (1998) die ik in de literatuur beschreven heb. Daarnaast worden door de verpleegkundigen voorbeelden genoemd die blijk geven van affectieve communicatie, waar oncologiepatiënten volgens Maseland (2004) vooral behoefte aan hebben. Enkele voorbeelden hiervan uit de enquête: empathie, begrip tonen voor emoties, basisattitude, begrip voor normen en waarden van de patiënt en respectvol jegens de patiënt.

In de literatuur wordt vermeld dat verpleegkundige begeleiding ook bestaat uit het coördineren van zorg: het afstemmen van de verschillende vormen van zorg rond de patiënt. Kwaliteit van de geleverde zorg wordt inzichtelijk gemaakt door verslaglegging en rapportage. Bovendien zijn rapportage en overdracht belangrijke vereisten voor het bewaken van de continuïteit van verpleegkundige zorg (Leistra, 1999).
Uit de enquête blijkt dat de informatieve waarde (anamnese, verpleegplan, rapportage) van het verpleegkundig dossier zeer te wensen over laat. Slechts 6 % van de verpleegkundigen vindt deze waarde voldoende.
Ook geven alle verpleegkundigen aan dat de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt onvoldoende overzichtelijk, concreet en compleet in zowel complexe als niet complexe situaties verwerkt is of kan worden.
Tenslotte geeft slechts 18 % van de verpleegkundigen aan voldoende overzicht te hebben over de verpleegkundige interventies gericht op psychosociale zorg.

De oorzaken die volgens Egberts en Pool een belemmering zijn voor verpleegkundige zorg zie ik ook terug in de antwoorden die de verpleegkundigen in de enquête hebben gegeven. Zo geeft het merendeel van de verpleegkundigen (76 %) aan behoefte te hebben aan scholing over psychosociale problemen en verwerkingsstrategieën van oncologiepatiënten en vaardigheden om daarmee om te gaan. Ook geeft 41 % van de verpleegkundigen aan dat door (bij)scholing de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten op de afdeling gewaarborgd zou kunnen worden. Desondanks zegt 76 % van de verpleegkundigen over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken, de overige verpleegkundige geven aan hier in mindere mate over te beschikken.
Bovenstaande resultaten en het feit dat geen enkele verpleegkundige aangeeft *goed*

over deze kennis en vaardigheden te beschikken ondersteunen de door Egberts en Pool genoemde oorzaak dat de deskundigheid van de verpleegkundigen niet optimaal is. Het ontbreken van overzicht over verpleegkundige interventies, het ontbreken van duidelijke richtlijnen of praktische afspraken en het feit dat in de gehele begeleiding de nadruk meer ligt op de oorzaak of ziekte van de patiënt dan op de patiënt zelf, zijn volgens eerder genoemde auteurs de overige oorzaken van het niet optimaal zijn van verpleegkundige psychosociale zorg. Dit blijkt ook uit de enquête.
Het merendeel van de verpleegkundigen geeft aan een *slecht* (53 %) tot *matig* (29 %) overzicht te hebben over de verpleegkundige interventies.
Dit geldt ook voor het aanwezig zijn van duidelijke richtlijnen en praktische afspraken op de afdeling om psychosociale zorg te kunnen bieden aan oncologiepatiënten. Hierover geeft 53 % van de verpleegkundigen het oordeel *matig*, 41 % geeft hierover het oordeel *slecht*.
Door 12 % van de verpleegkundigen wordt aangegeven dat een ‘cultuur -/gedragsverandering’ op afdeling B5 waarbij er meer aandacht komt voor psychosociale problemen, de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten zou kunnen waarborgen. Door “het ons eigen te maken” zou de nadruk meer op de patiënt zelf en niet alleen op de oorzaak of de ziekte van de patiënt komen te liggen. Het feit dat slechts 12 % dit aangeeft ondersteunt naar mijn mening het feit dat dit nog niet het geval is.

Uit de enquête blijkt dat de verpleegkundigen verschillende omschrijvingen geven van wat zij verstaan onder psychosociale zorg. Het merendeel van de verpleegkundigen (88 %) noemt het bieden van ondersteuning aan de patiënt op het emotionele vlak bij de verwerking en omgang met de ziekte. Dit is ook het doel van psychosociale verpleegkundig oncologische zorg zoals in de ‘werkdefinitie van psychosociale oncologische zorg’ wordt beschreven in de theoretische achtergronden. De verpleegkundigen vermelden echter niet dat deze ondersteuning ook aan de familie van de patiënt geboden wordt, hetgeen wel in deze werkdefinitie wordt genoemd.
De verpleegkundigen noemen meerdere vaardigheden, die ook in de werkdefinitie genoemd worden, om deze ondersteuning te bewerkstelligen. Het praten met de patiënt (gebruik makend van allerlei gespreksvaardigheden), signaleren van psychosociale problemen, doorverwijzen naar andere disciplines zijn voorbeelden hiervan.

<u>Verpleegkundige diagnoses, symptomen en interventies</u>

Verstoord lichaamsbeeld
Bijna alle verpleegkundigen (94 %) zeggen symptomen te kunnen herkennen van de verpleegkundige diagnose ‘verstoord lichaamsbeeld’. Dit blijkt ook uit de symptomen die zij als voorbeeld geven, deze worden in vergelijkbare omschrijvingen ook genoemd in de literatuur. Het enige symptoom dat ontbreekt in de antwoorden van de verpleegkundigen is ‘het vermijden van intiem lichamelijk en/of seksueel contact.

Ook de interventies die de verpleegkundigen zeggen toe te passen komen grotendeels overeen met hetgeen in de literatuur hierover vermeld staat. Eén interventie ontbreekt echter: het bevorderen van de sociale interactie stimuleren door partner en/of familie zoveel mogelijk bij de verzorging en/of gesprekken te betrekken en lotgenotencontact te bevorderen. Op de vraag in mijn enquête of de verpleegkundige de partner en/of familie van de oncologiepatiënt bij de verzorging betrekt, antwoorden de meeste verpleegkundigen (41 %) dit *soms* te doen, dus niet met een zekere regelmaat. Echter, 35 % van de verpleegkundigen geeft aan dit *meestal* te doen, 12 % van de verpleegkundigen zegt dit *altijd* te doen en een even groot aantal doet dit *nooit*. Hieruit

mag geconcludeerd worden dat ongeveer de helft van de verpleegkundigen regelmatig deze interventie toepast en de overigen dit niet regelmatig of helemaal niet doen.
De meeste verpleegkundigen (76 %) betrekken partner en/of familie wel bij gesprekken, maar het overgrote deel van de verpleegkundigen (71 %) geeft geen informatie over lotgenotencontact aan de oncologiepatiënt of is niet consequent hierin.

Machteloosheid
Ook van de verpleegkundige diagnose ‘machteloosheid’ zeggen bijna alle verpleegkundigen (94 %) de symptomen te kunnen herkennen. Zij noemen ook vergelijkbare symptomen als die in de literatuur vermeld worden. Eén verpleegkundige vindt ‘decorumverlies’ een symptoom van machteloosheid, deze ben ik niet tegengekomen in de richtlijnen. Decorumverlies houdt het verlies van gevoel voor normen en waarden in. Decorumverlies komt regelmatig voor bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en wordt zichtbaar in grover taalgebruik, verwaarlozing van de zelfverzorging enzovoort. Het is dus geen symptoom van machteloosheid!

Opvallend is dat een groot deel van de verpleegkundigen (41 %) geen interventies noemt die bij deze verpleegkundige diagnose kunnen worden toegepast. De overige verpleegkundigen noemen wel vergelijkbare interventies zoals in de richtlijnen vermeld worden. Echter, op de vraag in mijn enquête of de verpleegkundigen de oncologiepatiënt betrekken bij het samenstellen van het verpleegplan (om het controlegevoel van de patiënt te bevorderen) geeft het merendeel van de verpleegkundigen aan dit nooit of nauwelijks te doen. Ook de mogelijkheden voor eigen inbreng met betrekking tot de dagindeling worden door iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) niet samen met de oncologiepatiënt doorgenomen, eveneens met als doel het controlegevoel van de oncologiepatiënt te bevorderen. Bovendien wordt de besluitvorming van de oncologiepatiënt niet optimaal ondersteund door de verpleegkundigen. Dit blijkt uit het feit dat een groot deel van de verpleegkundigen (41 %) aangeeft nooit of niet regelmatig informatie te geven aan de oncologiepatiënt over de ziekte, behandeling en/of prognose. Bovendien zegt 82 % van de verpleegkundigen nooit of niet regelmatig mondelinge of schriftelijke informatie over alternatieven en keuzemogelijkheden te geven aan de oncologiepatiënt.

Sociaal isolement
De symptomen van de verpleegkundige diagnose ‘sociaal isolement’ zijn voor iets minder dan een derde (29 %) van de verpleegkundigen niet herkenbaar. De overige verpleegkundigen noemen gelijksoortige symptomen als die in de literatuur vermeld worden. Symptomen die echter door geen enkele verpleegkundige genoemd worden zijn:

- het uiten van gevoelens van eenzaamheid of afwijzing;
- uiten van de wens om meer contact te hebben;
- het aangeven van een tekort aan zinvolle/betekenisvolle relaties.

Bovengenoemde symptomen die nodig zijn om de diagnose ‘sociaal isolement’ te kunnen stellen. De diagnose kan alleen gesteld worden als de patiënt het zelf onderkent, en niet enkel als de verpleegkundige dit meent.

Bij de interventies die genoemd worden mis ik het bevorderen van de eigenwaarde van de patiënt, door bijvoorbeeld sterke kanten van de patiënt te benadrukken en duidelijk te maken vertrouwen in de patiënt te hebben.
Uit de enquête blijkt ook dat meer dan de helft van de verpleegkundigen (53 %) de oncologiepatiënt niet regelmatig informatie geeft over lotgenotencontact en dat 18 % van

de verpleegkundigen dit nooit doet. Dit zou een interventie kunnen zijn om de socialisatie te bevorderen. Ook het merendeel van de verpleegkundigen (70 %) geeft niet regelmatig uitleg aan partner en/of familie van de oncologiepatiënt over hoe zij hun dierbare het beste kunnen steunen, dit met hetzelfde doel: het bevorderen van de socialisatie.

Ineffectieve coping
Door 29 % van de verpleegkundigen worden geen symptomen herkend van de verpleegkundige diagnose 'ineffectieve coping'. Uit de voorbeelden van symptomen die door de overige verpleegkundigen genoemd worden, blijkt dat de verpleegkundigen het lastig vinden deze te herkennen. Voorbeelden van symptomen die genoemd worden en overeenkomen met de in de literatuur genoemde symptomen zijn: boosheid, angst, opstandigheid, onrealistisch beeld van de werkelijkheid en vermijden.
Symptomen die niet genoemd worden door de verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld: verminderde sociale contacten, niet aan basisbehoeften kunnen voldoen, lage zelfwaardering, slecht eten en slecht slapen.

Door 18 % van de verpleegkundigen wordt een interventie genoemd om de coping te bevorderen, zoals het bespreekbaar maken van gevoelens. Ontspanningstherapie wordt door geen enkele verpleegkundige aangedragen als interventie bij deze verpleegkundige diagnose. Dit blijkt ook uit reeds eerder beschreven resultaat van mijn vraag hierover in de enquête.

Geestelijke nood
Tenslotte geeft een ruime meerderheid van de verpleegkundigen (59 %) aan geen symptomen te kunnen herkennen van de verpleegkundige diagnose 'geestelijke nood'. De overige verpleegkundigen geven aan wel symptomen te kunnen herkennen van deze verpleegkundige diagnose. Zij noemen echter voorbeelden die niet horen bij deze verpleegkundige diagnose. Zo noemen de verpleegkundigen onder andere 'delier' en 'decorumverlies', als zijnde symptomen van geestelijke nood. Een delier is een psycho-organische aandoening waarbij er o.a sprake is van emotionele instabiliteit. Ten aanzien van decorumverlies verwijs ik naar de eerder in deze paragraaf gegeven omschrijving. Slechts 18 % van de verpleegkundigen noemt het verliezen van het vertrouwen in geloof. Dit stemt aardig overeen met het in de richtlijnen genoemde symptoom: twijfel aan levensovertuiging.

Eén verpleegkundige geeft aan dat een mogelijke interventie het aanbieden van een geestelijk verzorger zou kunnen zijn. Dit is inderdaad een passende interventie volgens de literatuur om de oncologiepatiënt geestelijk te ondersteunen. Een andere verpleegkundige vind het zorg dragen voor privacy en mogelijkheden om aan wensen wat betreft geloofsovertuiging te voldoen een interventie bij deze diagnose. Hoewel deze niet als zodanig voorkomt in de literatuur, vind ik dit toch een goede interventie. Om zich aan te kunnen passen aan de situatie en beslissingen te kunnen nemen, kunnen waarden en/of geloofsovertuiging tot leidraad dienen (§ 1.5.1).

§ 3.3.2 Vergelijking dossiertoetsing en literatuur

Uit de dossiertoetsing blijkt dat de kwaliteit van geleverde zorg niet inzichtelijk is doordat de verslaglegging en rapportage van de bevindingen ontbreken of niet volledig zijn. Voor

een uitgebreider beschrijving van mijn bevindingen uit de dossiertoetsing verwijs ik naar § 2.2.2.
Hieruit vloeit voor dat de coördinatie van zorg tekort schiet omdat continuïteit van de verpleegkundige zorg niet bewaakt wordt, wat in de literatuur door Leistra (1999) genoemd wordt als een vereiste !

Deze continuïteit wordt ook bewaakt door methodisch te werken. In de dossiervoering komt dit methodisch werken niet tot uiting, er wordt door de verpleegkundigen niet probleem – en doelgericht gewerkt.
Het verpleegkundig dossier behoort een schriftelijke neerslag van het verpleegkundig handelen te zijn, ook op het gebied van psychosociale zorg.

§ 3.3.3 Vergelijking patiëntentevredenheid en literatuur

Uit het patiëntentevredenheidsonderzoek uit 2003 blijkt dat de patiënten redelijk tot duidelijk tevreden zijn over de emotionele ondersteuning die zij kregen om gevoelens of zorgen te bespreken. Redelijk tevreden geeft het antwoord aan dat precies in het midden ligt van de vijf antwoordmogelijkheden. Het houdt het midden tussen ontevreden en zeer tevreden. Rekening houdend met het feit dat mensen in een enquête geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven blijkt uit het bovenstaande dat de verpleegkundige psychosociale zorg niet optimaal is (zoals ook in de literatuur beschreven is).
Volgens een door Uitterhoeve (2005) beschreven onderzoek vinden patiënten dat er onvoldoende aandacht is voor de impact die kanker op hun leven heeft en dat de nadruk meer ligt op de medisch-technische aspecten. Ook blijkt uit dit onderzoek dat minder dan de helft van de zorgen die patiënten hebben worden vastgesteld. Bovenstaande meningen van de patiënten blijken ook uit de dossiertoetsing: de medisch-technische aspecten overheersen in de rapportage, en in veel dossiers wordt niet of nauwelijks verslag gedaan van psychosociale problematiek.

Hoofdstuk 4 Conclusies

Met deze adviesnota heb ik onderzoek gedaan naar de volgende probleemstelling:

“Op welke wijze verlenen verpleegkundigen op afdeling B5 psychosociale zorg aan oncologiepatiënten en hoe kan deze zorg geoptimaliseerd worden? Welke verpleegkundige aanbevelingen vloeien hieruit voort?”

Voortkomend uit mijn onderzoek en op basis van mijn probleemstelling beschrijf ik hieronder mijn conclusies.

Kennis en vaardigheden
Het merendeel van de verpleegkundigen is redelijk goed op de hoogte van de psychosociale problemen waarmee oncologiepatiënten geconfronteerd kunnen worden. Daarnaast geven de meeste verpleegkundigen aan voldoende inzicht in en kennis van verwerkingsstrategieën van oncologiepatiënten te hebben, alsook te beschikken over vaardigheden om hiermee om te gaan en zijn zij in staat hier voorbeelden van te noemen. Geen enkele verpleegkundige geeft aan goed over deze kennis en vaardigheden te beschikken. Ook heeft het merendeel van de verpleegkundigen behoefte aan scholing over psychosociale problemen en verwerkingsstrategieën en vaardigheden om hiermee om te gaan. Hieruit blijkt naar mijn mening dat de kennis van de verpleegkundigen met betrekking tot psychosociale problemen en strategieën van oncologiepatiënten niet voldoende is en verbeterd dient te worden teneinde zo goed mogelijk hierop aan te kunnen sluiten.

Psychosociale zorg
Bijna alle verpleegkundigen zijn van mening dat oncologiepatiënten psychosociale problemen ervaren en dat zij behoefte hebben aan psychosociale zorg door verpleegkundigen gedurende hun verblijf op de afdeling. Op één verpleegkundige na zijn alle verpleegkundigen van mening dat psychosociale zorg een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van oncologiepatiënten.Ook vindt het merendeel van de verpleegkundigen dat het bieden van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten behoort tot hun taakgebied. Het andere deel van de verpleegkundigen beschouwt het verlenen van psychosociale zorg dus niet als behorend tot hun domein en voldoet dus niet aan de eisen die in het Beroepsprofiel van de verpleegkundige gesteld worden, zoals ik beschreven heb in § 1.4.

Dossiervoering
In hun dossiervoering gaan de verpleegkundigen in het algemeen niet of nauwelijks in op psychosociale problematiek. Daar waar de verpleegkundigen aandacht hieraan besteden (meestal in de rapportage), beschrijven zij symptomen/reacties van oncologiepatiënten, maar geen enkele keer verbinden zij hieraan een verpleegkundige diagnose, met een helder geformuleerde doelstelling en genomen interventies. De verpleegkundigen zijn incompetent in hun dossiervoering en dit heeft negatieve gevolgen voor de coördinatie en kwaliteit van verpleegkundige zorg.

Ook wanneer de verpleegkundigen in hun anamnese of rapportage expliciet vermelden dat er géén sprake is van bepaalde psychosociale problematiek, verantwoorden zij onvoldoende op basis waarvan zij tot die conclusie zijn gekomen. Het feit dat iemand rustig overkomt betekent zeker niet altijd dat iemand rustig is, en de verpleegkundige

moet naar mijn mening een uitgebreider omschrijving geven van het (verbale en/of non-verbale) gedrag van de oncologiepatiënt waarop hij/zij deze uitspraak baseert.

De informatieve waarde (anamnese, verpleegplan, 'groene formulier' en rapportage) is onvoldoende. Verslaglegging en rapportage van de bevindingen van de verpleegkundigen omtrent de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt ontbreken of zijn niet volledig. Hierdoor is de kwaliteit van de geleverde zorg niet inzichtelijk en wordt de continuïteit van de verpleegkundige zorg niet bewaakt. Dit blijkt ook uit het feit dat alle verpleegkundigen aangeven dat de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt onvoldoende overzichtelijk, concreet en compleet in zowel complexe als niet complexe situaties verwerkt is of kan worden. Bovendien geven de meeste verpleegkundigen aan onvoldoende overzicht te hebben over de verpleegkundige interventies.

Een oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat de dossiervoering volgens het methodisch werken op B5 onvoldoende is geïmplementeerd, hetgeen N. Pryor (2003) al concludeerde in haar adviesnota over het verbeteren van het verpleegplan. Tot op heden is er niets gedaan met de aanbevelingen die zij in haar adviesnota heeft gedaan om het verpleegplan te verbeteren en wordt er op afdeling B5 nog steeds enkel met een dagplanning gewerkt en niet met een verpleegplan dat een uniek, gedetailleerd en allesomvattend beeld van de patiënt geeft. Belangrijke items zoals de verpleegkundige diagnose, doelen en evaluatiemomenten worden niet benoemd en hierdoor kan men niet systematisch, planmatig en doelgericht te werk gaan (methodisch werken).
Bovendien komt in het huidige verpleegplan het onderwerp psychosociale zorg onvoldoende aan bod, waardoor de verpleegkundigen niet kunnen inspelen op de mogelijke psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt. Een gevolg van het ontbreken van deze informatie in het verpleegplan is dat de verpleegkundigen hierdoor ook niet (dagelijks) rapporteren over de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt.
Ook in de anamnese wordt onvoldoende ingegaan op de mogelijke psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt. Wat betekent het voor de patiënt om de diagnose kanker te hebben of om daarover in onzekerheid te verkeren? Ook hier is de verpleegkundige dossiervoering onvoldoende, zoals gebleken is uit mijn onderzoek.

Wet BIG
Uit het bovenstaande vloeit voort dat de kwaliteit van de door verpleegkundigen op B5 verleende psychosociale zorg aan oncologiepatiënten niet voldoet aan de Wet BIG (1993). Volgens deze wet behoor je als verpleegkundige op ieder moment je verpleegkundig handelen schriftelijk te kunnen verantwoorden en dient het verpleegkundig dossier de schriftelijke neerslag te vormen van het verpleegkundig handelen.

Richtlijnen en afspraken
Op de afdeling ontbreken duidelijke richtlijnen en afspraken om psychosociale zorg te kunnen bieden aan oncologiepatiënten. Ook volgens de literatuur is dit een belemmering voor verpleegkundige psychosociale zorg.

Hectiek, werkdruk en tijd
Het merendeel van de verpleegkundigen is matig tevreden over de psychosociale zorg die oncologiepatiënten van de verpleegkundigen krijgen op afdeling B5.

De nadruk in de gehele verpleegkundige begeleiding op afdeling B5 ligt meer op de oorzaak of ziekte van de oncologiepatiënt dan op de oncologiepatiënt zelf. Er wordt te weinig aandacht besteed aan de psychosociale problematiek en de zorg om de oncologiepatiënt hierin te begeleiden. De verpleegkundigen geven aan dat de hectiek van de afdeling, de hoge werkdruk en het ervaren van te weinig beschikbare tijd factoren zijn die een belemmering zijn om naast lichamelijke zorg ook psychosociale zorg te verlenen. Hierdoor verschuift het begeleidende aspect van de verpleegkundige zorg naar de achtergrond. Mijns inziens kan in dit geval het ervaren van hectiek ,hoge werkdruk en te weinig tijd juist een gevolg zijn van het feit dat de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt onvoldoende inzichtelijk is. Wanneer de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt niet duidelijk is voor de verpleegkundige kan deze er ook geen rekening mee houden bij het plannen van de zorg en hierdoor uiteindelijk een hogere belasting ervaren.

Psychosociale zorg voor naasten (partner, familie)
De meeste verpleegkundigen zijn goed op de hoogte van wat het doel is van het bieden van psychosociale zorg. Echter, zij vergeten een belangrijk onderdeel: niet alleen aan de oncologiepatiënt dient ondersteuning geboden te worden op het emotionele vlak bij de verwerking van en omgang met de ziekte, maar ook aan naasten (partner, familie).

Doorverwijzen
Het merendeel van de verpleegkundigen is goed op de hoogte van personen en instanties die psychosociale zorg kunnen bieden. Met name de medisch psycholoog, de oncologieverpleegkundige en het pastoraal werk zijn bekend bij de verpleegkundigen. Echter, de verpleegkundigen verwijzen een oncologiepatiënt zelden door naar dergelijke personen en instanties. Op de afdeling is hier volgens de meeste verpleegkundigen ook te weinig informatie over aanwezig.

Verpleegkundige diagnoses, symptomen en interventies
De kennis van de meeste verpleegkundigen over de verpleegkundige diagnoses, symptomen en interventies die betrekking hebben op psychosociale problematiek waarvan bij oncologiepatiënten sprake kan zijn is onvoldoende.
Dit blijkt uit het feit dat de verpleegkundigen slechts van één van de genoemde diagnoses (verstoord lichaamsbeeld) alle bijbehorende symptomen en interventies kunnen benoemen. Voor de overige diagnoses geldt dat de kennis van de verpleegkundigen onvoldoende is. Zo kunnen de verpleegkundigen over het algemeen wel symptomen van ‘machteloosheid’ herkennen, maar het merendeel van de verpleegkundigen kan hier geen verpleegkundige interventies aan koppelen. Voor de overige diagnoses (sociaal isolement, ineffectieve coping en geestelijke nood) geldt dat de kennis van de verpleegkundigen over bijbehorende symptomen en interventies te onvolledig is of onvoldoende.

Ontslaggesprek
Het ontslaggesprek speelt op afdeling B5 geen belangrijke rol bij het waarborgen van de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten. Dit blijkt ook uit het gemiddelde tevredenheidsoordeel dat de patiënten hier in 2003 over gaven. De patiënten gaven aan hier redelijk tevreden over te zijn. Dit houdt het midden tussen ontevreden en zeer tevreden. Het is een betrekkelijk negatief oordeel aangezien er ook rekening mee moet worden gehouden dat mensen geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven in een enquête.

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen

Naar aanleiding van mijn conclusies in het vorige hoofdstuk heb ik de volgende verpleegkundige aanbevelingen opgesteld om de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten te optimaliseren:

Kennistekort t.a.v. verwerkingsstrategieën en copingsmechanismen van oncologiepatiënten en vaardigheden om daarmee om te gaan zou moeten worden aangevuld:
De verpleegkundigen hebben een eigen beroepsverantwoordelijkheid ten aanzien van het 'up to date' houden van hun kennis en moeten zich actief inspannen deze kennis actueel te houden. Door het volgen van cursussen, bezoeken van symposia en/of het volgen / geven van klinische lessen kan het kennistekort t.a.v. verwerkingsstrategieën en copingsmechanismen en vaardigheden om daarmee om te gaan worden aangevuld.. Met betrekking tot de klinische lessen is een rol weggelegd voor de oncologieverpleegkundigen van de afdeling.
De leidinggevende heeft de verantwoordelijkheid mogelijkheden aan te bieden cursussen te volgen en/of symposia te laten bezoeken. Ook draagt zij er zorg voor dat er ook daadwerkelijk door de verpleegkundigen gebruik van wordt gemaakt. De verpleegkundigen moeten in de gelegenheid worden gesteld om de opgedane kennis met andere verpleegkundigen te delen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van het schrijven van een verslag omtrent de opgedane kennis en in een daarvoor bestemde map te bewaren.

De huidige dossiervoering t.a.v psychosociale zorg moet worden herzien:
Om de kwaliteit van de huidige dossiervoering t.a.v. psychosociale zorg op afdeling B5 te verbeteren is het van belang dat de dossiervoering wordt herzien. Dit geldt met name voor het verpleegplan c.q. de dagplanning en de anamnese.
Momenteel wordt er door de oncologieverpleegkundigen gekeken naar mogelijkheden om de anamnese aan te passen, zodat de psychosociale zorgvraag van de oncologiepatiënt hier meer uit naar voren komt.
Voor het verpleegplan c.q. de dagplanning geldt dat dit zou kunnen verbeteren als er een apart onderdeel werd toegevoegd waar behalve interventies ook de probleem- en doelstelling worden vermeld. Gezien de daarvoor beschikbare ruimte in de huidige dagplanning waarvan op B5 gebruik wordt gemaakt is dit niet haalbaar. Een optie zou kunnen zijn dat er een formulier wordt ontwikkeld waarin, aan de hand van de gezondheidspatronen van Gordon (1995), de verpleegkundige diagnoses/doelen/interventies die betrekking hebben op de psychosociale zorgvraag van oncologiepatiënten reeds zijn opgesteld. Dit zijn de volgende gezondheidspatronen:

- Zelfbeleving;
- Rollen en relaties;
- Stressverwerking
- Waarden en levensovertuigingen.

De verpleegkundige diagnoses/doelen en interventies zouden afkomstig zijn uit de 'Landelijke Richtlijnen' zoals opgesteld door de Landelijke Werkgroep Verpleegkundig Oncologisch Consulenten (LWVOC). Dit formulier zou in het verpleegkundig dossier van elke oncologiepatiënt moeten worden ingevoegd.
Het ontwikkelen en implementeren van een dergelijk formulier zou de taak zijn van een 'oncologie-werkgroep', bestaande uit de oncologieverpleegkundigen en nog enkele

verpleegkundigen van het team met affiniteit voor oncologie-verpleegkunde. Graag zou ik hier zelf ook een aandeel in willen hebben.
Het opstellen van een werkgroep valt onder de verantwoordelijkheid van de leidinggevende. De leden van de werkgroep dragen de verantwoordelijkheid om de ontwikkeling van dit formulier zo adequaat en voorspoedig mogelijk te laten verlopen. Tijdens de invoering ervan is de inhoudsdeskundige verantwoordelijk voor dit implementatieproces.

De kwaliteit van de dossiervoering moet worden verbeterd:
Door regelmatig (bijvoorbeeld één keer per week) een dossiertoetsing op de afdeling te laten plaatsvinden kan de kwaliteit van de dossiervoering worden gewaarborgd. Elke keer betreft het dossiers van oncologiepatiënten (bijvoorbeeld drie per keer). Het resultaat van deze dossiertoetsing moet worden teruggekoppeld naar de afdeling (bijvoorbeeld tijdens een werkbespreking). Op deze manier kan er ook daadwerkelijk wat mee worden gedaan door de verpleegkundigen.
Het laten plaatsvinden van deze dossiertoetsing valt onder verantwoordelijkheid van de leden van de 'taakgroep dossiervoering', die reeds bestaat. Aangezien N. Pryor reeds aan deze taakgroep deelneemt en zij in haar adviesnota uitgebreid onderzoek heeft gedaan naar o.a het verbeteren van het verpleegplan zie ik voor haar verantwoordelijkheid in het ontwikkelen van kwaliteitseisen voor de dossiervoering. Daarnaast is elke verpleegkundige voor zich verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking en –verbetering van de dossiervoering. Het is de verantwoordelijkheid van de afdelingsleider en seniorverpleegkundige(n) de verpleegkundigen die hier inconsequent en/of incompetent in blijken te zijn hierop aan te spreken. Dit kan door middel van functioneringsgesprekken.
Vanaf 1 januari 2006 moet de dossiertoetsing wekelijks plaatsvinden op afdeling B5.

Richtlijnen en afspraken op de afdeling:
Op de afdeling moeten duidelijke richtlijnen en afspraken aanwezig zijn voor verpleegkundigen om psychosociale zorg te kunnen bieden aan oncologiepatiënten. Hiervoor is een rol weggelegd voor mijzelf. Hiervoor gebruik ik de bestaande 'Landelijke Richtlijnen' zoals opgesteld door de LWVOC als voorbeeld. Ook ga ik onderzoeken of deze richtlijnen op het Intranet kunnen worden geplaatst.
Per 1 januari 2006 zijn deze richtlijnen aanwezig op afdeling B5.

Meer informatie over personen en instanties die psychosociale zorg aan oncologiepatiënten kunnen bieden:
Op de afdeling zouden meer brochures aanwezig moeten zijn over personen en instanties die psychosociale zorg aan oncologiepatiënten kunnen bieden. Deze brochures zouden zich in een ruimte moeten bevinden die toegankelijk is voor de patiënten en waar ze goed zichtbaar zijn. Te denken valt aan de bestaande 'wachtruimte' op de afdeling. Het is een taak van de oncologieverpleegkundigen om deze folders te bestellen en bij te houden. De brochures zijn veelal gratis te bestellen bij de diverse integrale kankercentra of bij het Koninklijk Wilhelmina Fonds (KWF).
De verpleegkundigen zouden deze brochures moeten aanbieden aan oncologiepatiënten of mondeling informatie hierover moeten geven.
Per 1 januari moeten deze brochures aanwezig zijn op afdeling B5.

Cultuur-/Gedragsverandering op afdeling B5:
De afdeling moet zich realiseren dat er meer aandacht moet komen voor psychosociale problematiek van oncologiepatiënten en voor de zorg om hen op dit vlak beter te

begeleiden. De verpleegkundigen moeten elkaar meer feedback geven met betrekking tot ieders verantwoordelijkheid zorg te dragen voor de psychosociale situatie van de oncologiepatiënt. Er zou een vervolgonderzoek naar dit onderwerp moeten worden gedaan om een beter inzicht te krijgen in het 'feedbackmechanisme' en de manier waarop dat op B5 wordt toegepast. Er ligt hier een belangrijke taak voor de verpleegkundigen zelf, maar ook voor de seniorverpleegkundige(n) binnen het team. Omdat het verbeteren van de feedback onderling niet eenvoudig is om op korte termijn te implementeren moeten er over dit onderwerp klinische lessen, trainingen en/of cursussen worden gegeven. De senior(en) en de afdelingsleider hebben een coachende rol wat betreft het toepassen ervan.

Onder de aandacht moet worden gebracht dat de hectiek van de afdeling en het ervaren van een hoge werkdruk oorzaken voor de verpleegkundigen zijn dat zij ervaren te weinig tijd te hebben om psychosociale zorg te bieden.
Er moet bij het indelen van verpleegkundigen bij oncologiepatiënten die een complexere psychosociale zorgvraag hebben rekening gehouden worden met de 'zorgzwaarte' op dit gebied.

EVV-schap:
Het EVV-schap (Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige) wordt momenteel op de afdeling gebruikt bij oncologiepatiënten bij wie er sprake is van een complexere psychosociale zorgvraag. Het EVV-schap is een instrument om vorm te geven aan de continuïteit van zorg en voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en verpleegkundige. De oncologieverpleegkundigen vervullen over het algemeen deze rol. Deze rol dient gecontinueerd te worden.

Meer aandacht voor naasten (partner/familie) van de oncologiepatiënt:
De verpleegkundigen moeten zich realiseren dat niet alleen de oncologiepatiënt, maar ook zijn/haar naasten (partner/familie) ondersteuning geboden moet worden op het emotionele vlak. Hiertoe moeten naasten van de oncologiepatiënt meer betrokken moeten worden bij de zorg en er moeten meer gesprekken plaatsvinden met hen (en de oncologiepatiënt). Hiervan moet op het 'groene formulier' in het verpleegkundig dossier verslag worden gedaan.
Om de privacy van de oncologiepatiënt en zijn/haar naasten te waarborgen zou er een aparte ruimte op de afdeling moeten zijn waar zij samen zouden kunnen zijn. De huidige ruimte (de 'wachtkamer') nodigt hier niet tot uit. Het zou een taak van de afdelingsleider zijn de mogelijkheden voor een nieuwe dergelijke ruimte te inventariseren.

Ontslaggesprek:
Verpleegkundigen moeten een ontslaggesprek gaan voeren. In dit ontslaggesprek zou de psychosociale zorg samen met de oncologiepatiënt geëvalueerd moeten worden. Ook moeten de verpleegkundigen brochures over personen en instanties die psychosociale zorg kunnen geven aanbieden.
Tenslotte zou er een korte vragenlijst, opgesteld door een speciale werkgroep, aan oncologiepatiënten kunnen worden gegeven, waarin zij anoniem hun mening kunnen geven over hoe ze de psychosociale zorg door verpleegkundigen gedurende hun verblijf op B5 ervaren hebben.

Voor alle bovenstaande aanbevelingen geldt dat het noodzakelijk is deze uit te voeren en dat zij een bindend karakter hebben omdat de kwaliteit van de psychosociale zorg aan oncologiepatiënten enkel op deze manier gewaarborgd kan worden!

Samenvatting

In deze adviesnota heb ik het antwoord beschreven op mijn probleemstelling:

“Op welke wijze verlenen verpleegkundigen op afdeling B5 psychosociale zorg aan oncologiepatiënten en hoe kan deze zorg geoptimaliseerd worden? Welke verpleegkundige aanbevelingen vloeien hieruit voort?”

In het eerste hoofdstuk heb ik de door mij gevonden informatie uit literatuuronderzoek beschreven over achtereenvolgens:

- Psychosociale problemen;
- Verwerkingsstrategieën;
- Basisvaardigheden voor psychosociale zorg;
- Verpleegkundige begeleiding;
- Functionele gezondheidspatronen, verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies.

Ik heb de psychosociale problemen die zich voor kunnen doen bij oncologiepatiënten beschreven aan de hand van de verschillende thema’s: emotionele problemen, sociale problemen, zingevingsvragen, lichamelijke en/of uiterlijke problemen, praktische en financiële problemen. Ook heb ik het onderscheid aangegeven tussen algemene en specifieke psychosociale problemen. Wat betreft de specifieke psychosociale problemen heb ik die beschreven die zich voor kunnen doen bij een patiëntencategorie waarmee de verpleegkundigen op B5 regelmatig te maken hebben, die met colon- en rectumkanker.
Vervolgens ben ik ingegaan op de verwerkingsstrategieën die mensen gebruiken wanneer zij geconfronteerd worden met problemen, om deze op te lossen, te verminderen of beter te kunnen hanteren. Er zijn verschillende verwerkingsstrategieën. Voor de verpleegkundige is het van belang de problemen en strategieën van oncologiepatiënten zo goed mogelijk in te schatten teneinde daar dan zo goed mogelijk op aan te kunnen sluiten. Hetgeen niet eenvoudig is. Onontbeerlijk zijn inzicht in en kennis van verwerkingsstrategieën.
Ik heb vervolgens de basisvaardigheden beschreven waarover verpleegkundigen moeten beschikken om psychosociale zorg te kunnen verlenen aan de patiënt. Deze vaardigheden worden gebruikt in de verliesbegeleiding. Ik vind deze vaardigheden van toepassing op het bieden van psychosociale zorg aan oncologiepatiënten, omdat het krijgen of hebben van de diagnose kanker naar mijn mening ook beschouwd kan worden als een verlies, onder andere het verlies van gezondheid.
Ten aanzien van de verpleegkundige begeleiding aan oncologiepatiënten heb ik onder de aandacht gebracht waarom ik van mening ben dat iedere verpleegkundige die met oncologiepatiënten werkt inzicht moet hebben in hun individuele reacties en verwerkingsstrategieën, zodat voorlichting en begeleiding daarop afgestemd kan worden. Het is gebleken, dat dit een gunstige uitwerking heeft op de verwerking van de ziekte. De verpleegkundige is voor oncologiepatiënten een belangrijke bron van steun en informatie.
Ook draagt zij verantwoordelijkheid voor het coördineren van zorg, de kwaliteit en continuïteit van zorg. Verslaglegging en rapportage maken kwaliteit van geleverde zorg inzichtelijk en zijn belangrijke vereisten voor het bewaken van de continuïteit van zorg. Ik ga in op de effecten van methodisch werken en op de Wet BIG.
Ook zet ik oorzaken uiteen die een belemmering zijn voor verpleegkundige psychosociale zorg.

Tenslotte beschrijf ik aan de hand van de functionele gezondheidspatronen van Gordon (1995) een aantal verpleegkundige diagnoses, die specifiek betrekking hebben op het psychosociaal functioneren van de oncologiepatiënt. Ik beschrijf de gezondheidspatronen ‘Zelfbeleving’, ‘Rollen en relaties’, ‘Stressverwerking en ‘Waarden en Levensovertuigingen’, omdat ik in de omgang met oncologiepatiënten het meest te maken heb met gezondheidsproblemen op die gebieden. Per gezondheidspatroon beschrijf ik de daaraan gerelateerde verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies.

In het tweede hoofdstuk beschrijf ik de bevindingen die in mijn praktijkonderzoek op afdeling B5 naar voren zijn gekomen alsmede per onderzoeksmethode mijn onderzoeksopzet. Mijn praktijkonderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

- Enquête onder zeventien verpleegkundigen;
- Dossiertoetsing (10 dossiers);
- Onderzoek naar patiëntentevredenheid.

In het derde hoofdstuk analyseer ik de resultaten van mijn theorie- en praktijkonderzoek. Ik vergelijk de resultaten van mijn praktijkonderzoek met elkaar en vervolgens vergelijk ik alle gegevens uit mijn praktijkonderzoek met de theorie uit het eerste hoofdstuk.

In het vierde en vijfde hoofdstuk geef ik de conclusies en aanbevelingen van mijn onderzoek.

Literatuurlijst

Berg, J.J.A. van den e.a., “De kankerpatiënt: een boek voor verpleegkundigen en andere hulpverleners”, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten / Diegem, 2001

Brinkman, J., “De vragenlijst”, Wolters – Noordhoff, Groningen, 2000

Carpenito, L.J., “ Zakboek verpleegkundige diagnosen”, Wolters – Noordhoff bv, Groningen, 1998

Egtberts, J. en Pool A., “Verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken. Tussen thuis en ziekenhuis”, NIZW Uitgeverij, Utrecht, 1998

Gordon, M., ” Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing”, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 1995

Hagens, H. e.a., “Over Kanker”, Uitgeverij Contact, Amsterdam / Antwerpen, 1997

Huppes T., “Grenzen verleggen in de communicatie met kankerpatiënten: visie van een patiënt”, Oncologica, 2000, Januari, blz.38-41

Klingeman, C. e.a., “Psychosociale ondersteuning door verpleegkundigen: geplande psychosociale zorg, een driedaagse training”, Oncologica, 2002, Nr.4, blz. 27-28

Leistra, E. e.a., “ Beroepsprofiel van de verpleegkundige”, Elsevier Gezondheidszorg en LCCV, Maarssen, 1999

Maseland, A. e.a., “De patiënt leidt: psychosociale begeleiding bij kanker”, Nursing, 2004, Juni, blz. 14-17

Mönnink, H. de, “ Verlieskunde: handreiking voor de beroepspraktijk”, Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen, 1998

Nies, I., “Leef je in en laat je leiden: psychosociale begeleiding van kankerpatiënten”, Nursing, 2004, Maart, blz. 40-41

Pruyn, J.F.A. e.a., “Verpleegkundige begeleiding van patiënten met kanker: bijscholing en het werken met een psychosociaal registratieformulier”, TVZ / Vakblad voor verpleegkundigen, 1991, blz. 527-531

Pryor, N., “Verbetering verpleegplan: zin of onzin”, OLVG, november 2003

Tuijp, A., “ Slecht nieuws beter bekeken: een praktijkonderzoek naar ervaringen van verpleegkundigen na een slechtnieuwsgesprek”, OLVG, januari 2003

Uitterhoeve, R., “ Consensus psychosociale verpleegkundig oncologische zorg: verpegingswetenschappelijk bericht, Plexus / UMC zorgmagazine, 2005, Juli, Jaargang 1, Nr.3, blz.8-9

Visscher, A. e.a., “ Satisfactie met de klinische zorg: vragenlijst voor kankerpatiënten”, Psychoscoop, 2000, Jaargang 11, Nr.5, blz. 131-139

Willekens, F., “ Verpleegkundige nazorg: een zorg minder?: een inventarisatie van de behoeftes van chemokuurpatiënten met betrekking tot telefonische nazorg”, OLVG, juni 2003

Zelm, R.T. en Eliens, A.M., “Verpleegkundige besluitvorming: het verpleegkundig proces en de rapportage hierover”, Kavanah, Dwingeloo, 2000

Brochure(s):

Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), 2004, Maart, 5e herziene druk

Interne notitie in het OLVG

Knopper, J. e.a., “ Nadere uitwerking Zorgvernieuwingsproject “Mammacare in het OLVG ”, Juni 2002

Internet:

www.google.com
www.hdi.nl
www.oncoline.nl/richtlijnen
www.verlpeegkunde.pagina.nl