

---

# I@HAND<sup>©</sup>

## De ontwikkeling van een multidisciplinair instrument voor aandachtige zorg

**I**N DIT ARTIKEL WORDT EEN NIEUWE methode voor aandachtige zorg beschreven, I@HAND<sup>©</sup>. Deze methode, ontwikkeld door Marjanne Dijk en Thecla Sloot, is een waardevol en concreet instrument dat bijdraagt tot aandachtige zorg binnen de patiëntenzorg. Eerst wordt het ontwikkelproces beschreven, daarna volgt een beknopte beschrijving en een evaluatie van de inzet van de methode tot nu toe. Het artikel sluit af met een oproep aan de lezers.

### 1. Procesbeschrijving

Op de afdeling neurologie van Isala wordt twee keer per week een multidisciplinair overleg (MDO) gehouden. Verpleegkundigen en artsen bespreken de patiënten samen met een fysiotherapeut, een logopedist, een ergotherapeut en een geestelijk verzorger, onder leiding van een van de leidinggevenden. De bevindingen worden tot in 2013 vastgelegd op een MDO-formulier. Op dat formulier staan verschillende categorieën, bedoeld om een zo breed mogelijk beeld van de patiënt te verkrijgen, zoals medisch, mobiliteit, psychische gesteldheid, slikken, communicatie, ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en overige. Tweejaarlijks worden de MDO's geëvalueerd.

Tijdens de evaluatie in september 2011 vraagt een fysiotherapeut zich af waar het aandachtsgebied van de geestelijk verzorger,

Hoe wissel je bij een patiëntenoverleg met verschillende disciplines informatie uit over het aandachtsgebied van de geestelijke verzorging? Binnen het praktische kader van het MDO op de afdeling neurologie van Isala richten twee geestelijk verzorgers zich op deze vraag.

### Marjanne Dijk en Thecla Sloot

waar in het MDO wel degelijk ruimte voor is, eigenlijk een plek heeft op het formulier. De suggestie is om daar een aparte categorie voor op te voeren. Want, zo wordt in de notulen opgenomen, op deze manier kunnen de ondersteunende disciplines weten *'hoe het met de patiënt gaat, wie hij is en wat hem bezig houdt, zodat wij onze behandeling daarop kunnen afstemmen, want het maakt veel uit of je weet dat een patiënt verdriet heeft omdat-ie net een dierbare heeft verloren, of emotioneel is als gevolg van de aandoening.'* De betreffende categorie zou dan kunnen worden ingevuld door de verpleegkundige die het MDO voorbereidt en/of door de geestelijk verzorger, als die in het consult (betrokken) is.

Naar aanleiding van deze evaluatie gaat de geestelijk verzorger in gesprek met de opera-

tioneel leidinggevend. Uit die gesprekken blijkt dat verpleegkundigen wisselend aandacht hebben voor het aandachtsgebied van de geestelijk verzorgers. De terminologie om dat aandachtsveld te beschrijven is divers: welbevinden, beleving, spiritualiteit, aandachtige zorg, perspectief of visie van de patiënt op de situatie. De wisselende aandacht voor deze dimensie van zorg beïnvloedt de kwaliteit van zorg, volgens de leidinggevend. Het probleem lijkt te liggen in twee dingen: (1) het bij de patiënt ter sprake brengen van de vraag naar diens perspectief (*hoe kijkt u naar uw opname, hoe beleeft u die?*) en (2) het delen van die informatie met andere disciplines.

Een nieuwe categorie (*visie/perspectief van de patiënt op de situatie*) wordt toegevoegd aan het MDO-formulier. De leidinggevende en de geestelijk verzorgers realiseren zich dat er aanvullende scholing nodig is om dit onderwerp hanteerbaar te maken voor verpleegkundigen. Ook wordt in die fase benoemd dat een concreet diagnostisch instrument handig zou zijn. Een poging om het project als zorgvernieuwingsproject te laten financieren blijkt vruchteloos.

## 2. Onderzoek

De eerste stap is dat er een onderzoek gestart wordt naar waar precies het probleem ligt. De hypothese is dat het in het opnamegesprek gehanteerde systeem van de Gezondheidspatronen van Gordon<sup>1</sup> onvoldoende houvast biedt om de vraag naar het perspectief te stellen. Gedurende twee weken wordt aan de verpleegkundigen en patiënten gevraagd na hun anamnese gesprek een vragenlijst in te vullen. In dit onderzoek is taalgebruik weer een belangrijke factor. Er wordt voor gekozen om de term 'welbevinden' te gebruiken. Dat is de term die de leidinggevend graag gebruiken als het om deze zorgdimensie gaat. De vragen aan patiënten zijn:

- Is er in het opnamegesprek aandacht geweest voor uw welbevinden?
- Zijn daar vragen naar gesteld? Welke vragen?

- Hoe vindt u het, dat dit soort vragen tijdens het opnamegesprek gesteld worden?

De vragen aan de verpleegkundigen zijn:

- Heb je in dit anamnese gesprek aandacht besteed aan het welbevinden van de patiënt?
- Welke vragen heb je gesteld?
- Hoe vond je het dat te doen?

Uit het onderzoek blijkt dat de vragen uit de anamnese zowel door de patiënten als door de verpleegkundigen als behulpzaam worden ervaren in het gesprek over het welbevinden. Zowel het moment als de manier waarop worden gewaardeerd.<sup>2</sup> De hypothese blijkt dus niet geheel te kloppen. Dat betekent dat de te ontwikkelen scholing gericht moet worden op het verloop van de opname in plaats van op de anamnese. Ook zal het onderwijs zich moeten richten op de communicatie tussen de verpleegkundigen, artsen en ondersteunende disciplines.

## 3. Onderwijs

Het onderwijs rond 'het perspectief van de patiënt' krijgt een plek in de voor de verpleegkundigen verplichte Leergang Neurologie. Voor de training kan twee uur worden uitgetrokken. Naast de verpleegkundige die verantwoordelijk is voor educatie op de afdeling, worden ook medewerkers van de Isala Academie betrokken bij de opzet van de module. Van hen komt de suggestie om te werken met een vooropdracht en een verwerkingsopdracht.

In de voorbereiding van de module komt opnieuw de noodzaak naar voren om een concreet handvat voor verpleegkundigen te ontwikkelen. Zo ontstaat I@HAND<sup>®</sup> (zie kader), een methode om te weten te komen hoe de patiënt naar zijn/haar situatie kijkt. De introductie van de methode is ingebed in een lesmodule. Deze module ziet er globaal als volgt uit.

A. Vooropdracht: wat neem je waar?

Doel: het versterken van het waarnemen van wat een patiënt bezighoudt.

B. De training (2 uur)

1. introductie onderwerp
2. bespreken vooropdracht
3. theoretisch kader  
I@HAND®-methode introduceren
4. oefenen
5. afsluiting

C. De verwerkingsopdracht

Doel: het implementeren van het geleerde in de dagelijkse praktijk. De deelnemer presenteert een patiënt in het MDO volgens de I@HAND®-methode bij de categorie ‘perspec-

tief/visie van de patiënt op de situatie’. De deelnemer stuurt een kort verslag met evaluatie naar de docenten.

#### 4. De methode

De I@HAND®-methode is een handzame en eenvoudige methode om aandachtige zorg te beoefenen, kennis over te brengen en competenties te oefenen.

Het stellen van onderstaande vragen en het je bewust zijn van de I@HAND®-methode bevordert de aandacht voor de patiënt.

**Doelgroep:** verpleegkundigen en verzorgenden

#### **Kennis:**

Hoe kan ik het perspectief van de patiënt onderscheiden?  
Wat kunnen de ziektebeelden op onze afdeling voor een patiënt betekenen?

#### **Competenties:**

actief luisteren naar de patiënt  
aansluiten bij de patiënt  
zich verbinden met de patiënt  
affectief zorgen  
aandacht  
betrokkenheid  
perspectief van de patiënt in beeld krijgen

#### **Methode:**

Je handen heb je altijd bij je.  
Daarmee doe je je werk.  
Daarmee maak je contact met mensen.  
Daarmee vang je zo nodig jezelf en anderen op.  
Als je je handen verliest, verlies je een heleboel.

**Stap 1: Houd je linkerhand open voor je. Bal hem tot een vuist. Begin de vuist te openen bij de Wijsvinger.**

De Wijsvinger leert ons Waarnemen.  
Waarnemen betekent goed kijken wie we voor ons hebben. Wie is deze patiënt? Waar komt hij vandaan? Waarom is hij hier? Wat doet het met hem, hier te zijn?

**Stap 2: Dan open je daarbij je Middelvinger.**

De Middelvinger stelt de vraag: wie is de Mens achter deze aandoening?  
Wat vindt deze Mens belangrijk in zijn leven? Wat steunt hem? Hoe gaat hij om met moeilijke dingen? Wat is zijn levensovertuiging?

**Stap 3: Dan open je daarbij je Ringvinger.**

De Ringvinger vertelt ons iets over de Relaties van deze mens.  
Met wie is deze mens verbonden (ring, getrouwd?)? Met wie omringt zij zich het liefst? Mist zij iemand? Hoe zit en ervaart zij de Relatie met de verpleegkundigen en artsen?

**Stap 4: Je opent ook je Pink.**

De Pink vertelt ons iets over het Perspectief van de patiënt en van onszelf.  
Hoe kijkt de patiënt naar zijn situatie? Hoe sta ik tegenover de patiënt? Hoe ga ik om met voorkeuren en irritaties? Hoe houd ik voldoende afstand en kom ik toch dichtbij? Hoe werk ik open en met hart en ziel met deze mens?

**Stap 5: Je opent je Duim, de hele hand is nu open, je kijkt in je handpalm.**

De Duim inspireert ons om steeds Door te denken en te Delen.  
Doordenken helpt ons bij het waarnemen, bij het zoeken naar de mens achter de aandoening, bij het kijken naar de relaties van de patiënt, bij het professioneel werken. Dat met andere disciplines en collega's Delen bevordert de aandachtige zorg.

De vragen zijn afgedrukt op het formaat van een visitekaartje.

## Waar heeft het aandachtsgebied van de geestelijk verzorger een plek op het MDO-formulier?

### 5. Evaluatie

Op dit moment hebben twee groepen van twaalf verpleegkundigen de module gevolgd en met goed gevolg afgerond. Voorjaar 2014 zal de laatste groep aan de beurt zijn. Daarna wordt een meting gedaan om de resultaten in kaart te brengen. Inmiddels is door de invoering van het elektronisch patiëntendossier het formulier waar het allemaal om begonnen is, komen te vervallen. Het is een uitdaging om in de digitale rapportages het perspectief van de patiënt terug te laten komen. De geestelijk verzorgers in Isala experimenteren met rapportage volgens I@HAND® in het elektronisch dossier en stellen I@HAND®-vragen in het MDO. Na de afronding van de scholing volgt evaluatie en verdere implementatie.

Enkele reacties van deelnemers:

*‘Door je nog meer in te leven in de patiënt, kom je er achter wat er in (o.a.) het verleden speelt bij mensen, waar mensen nu nog steeds moeite mee hebben, zonder het te laten merken. Zo kwam ik er ook achter dat de spraak gelijk moeilijker ging op het moment dat mevrouw emotioneel werd.’*

*‘Niet nóg een kaartje. Nóg een opdracht, ik heb het al zo druk. Ik bespreek alles bij de anamnese! Mij te zwevend.’*

*‘Het heeft er voor gezorgd dat ik ging nadenken over wat het beste voor de patiënt zou zijn, waar we hem een plezier mee konden doen. ... Het was ook prettig om te zien dat de overige aanwezigen tijdens het MDO het hiermee eens waren en dat we dus met z'n allen één doel hebben; namelijk meener zo snel mogelijk overplaatsen naar een voor hem zo geschikt mogelijke instelling zodat meneer weer verder vooruit kan kijken en werken.’*

De ondersteunende disciplines zijn de eersten die effect merken van I@HAND® in het MDO. Er komt een uitnodiging van de fysiotherapeuten om I@HAND® te presenteren en de bruikbaarheid te onderzoeken. Daarnaast tonen anderen belangstelling: de Acute Opvang Afdeling, de afdeling Kwaliteit van Isala, in samenhang met de Isala-kernwaarden. De Isala Academie onderzoekt mogelijkheden voor inzet van I@HAND® in het onderwijs, eventueel ook voor artsen. Twee HBO-verpleegkundigen in opleiding doen van februari tot mei 2014 een afstudeeronderzoek naar het effect van I@HAND. In 2014 wordt het gesprek met fysiotherapie over I@HAND® als gespreksmiddel met patiënten voortgezet en mogelijk willen ook andere disciplines (logopedie, ergotherapie) I@HAND® gaan gebruiken.

Ook collega's in het land tonen interesse. Er vindt uitwisseling plaats tussen cursisten van 'Omgaan met zingevingsvragen'. Geestelijk verzorgers van Regionet Palliatieve Zorg reageren enthousiast op de methode, evenals uit het netwerk rond Spirituele Zorg in de palliatieve fase en aanwezigen bij het VGVZ-symposium van het Werkveld Ziekenhuizen op 15 april 2013.

### 6. Perspectieven naar de toekomst

'De methode is concreet en sluit aan bij taal en handelen van verpleegkundigen' is de meest gehoorde reactie van collega's. De ontwikkeling van de methode I@HAND® is nog in volle gang. Regelmatig komen er vragen over hoe de methode in de praktijk kan worden gebruikt. In het ontwikkelproces is de input van anderen nodig (vragen, feedback) om het instrument te verbeteren. De uitgebreide lesmodule is bij de auteurs op te vragen. De methode I@HAND® kan na toestemming van de auteurs gebruikt worden met vermelding van de eigenaar (copyright).

Tot slot blijkt de creativiteit van de gebruikers tot nu toe groot te zijn. Zo hebben sommigen met het kaartje in de hand een gesprek gevoerd met de patiënt. Dat betekent dat onderzocht kan worden in hoeverre de

methode geschikt kan zijn als gespreksmiddel. Ook heeft het al gediend als model om een casus te bespreken (in een team, al dan niet multidisciplinair). De vragen kunnen een handreiking zijn voor rapportage door geestelijk verzorgers. En de methode kan helpen om uit te leggen wat geestelijke verzorging is. Ongetwijfeld zijn er meer toepassingen te bedenken. Ze zijn van harte welkom!

Drs. Marjanne Dijk, geestelijk verzorger Isala  
Drs. Thecla Sloot, geestelijk verzorger Isala

## Noten

- 1 M. Gordon, *Handleiding verpleegkundige diagnostiek* (eerste Nederlandse editie 1995; vierde druk 2008).
- 2 In twee weken worden zeventig anamnese-gesprekken gevoerd. Er komen elf formulieren van verpleegkundigen terug en tien van patiënten. De vraag waar de lage respons vandaan komt, ligt buiten de scope van ons onderzoek.

