

De professional als expert en als medemens

Houding en communicatie essentieel in hulpverlening

In dit artikel onderzoeken we twee houdingsaspecten in de communicatie van hulpverleners in de palliatieve zorg. De houding van 'de expert' en die van 'de medemens'. De expert bezit veel kennis en kunde en kan dit via doelgerichte interventies inzetten. De medemens staat in een horizontale relatie met de patiënt en vaart meer op intuïtie. Een palliatieve hulpverlener heeft beide houdingen in zichzelf nodig in de communicatie met stervenden en hun familie. Bewustwording en toepassing van deze houdingen kan miscommunicatie voorkomen en de kwaliteit van leven en sterven vergroten.

Door Coen Völker en Zbigniew Zylicz

In de palliatieve zorg is inmiddels een grote kennis-cultuur ontstaan waarmee we onze patiënten goed van dienst kunnen zijn. Een arts, verpleegkundige of psycholoog kan de houding van 'de expert' met succes op zich nemen. Soms loopt de expert echter vast in de communicatie met de patiënt en is een andere houding gewenst. Tegenover de houding van de expert staat in dit artikel de houding van 'de medemens'. Met de medemens doelen we op een communicatieve houding van medemenselijkheid. Soms wil een patiënt geen expert naast zijn bed, maar een mens die hem kan ontmoeten in gelijkwaardigheid. De houding van de medemens wordt niet bedoeld als onervaren of naïef, maar verwijst juist naar een open en op dialoog gerichte attitude die veel afstemming vereist.

Onze houding is in de palliatieve zorg van wezenlijk belang. Differentiatie van de verschillende aspecten bereidt ons voor op effectievere communicatie met de patiënt en zijn familie. De houding van zowel de expert als die van de medemens zetten we hier verder uiteen. Ons betoog wil aantonen dat iedere palliatieve hulpverlener, of deze nu arts, verpleegkundige of psycholoog is, deze twee houdingen in zichzelf kan verenigen.

Net zoals in een goed huwelijk. De twee sluiten elkaar niet uit, maar vullen elkaar aan. Als we in dit artikel spreken over de expert of de medemens bedoelen we niet zozeer twee verschillende personen maar twee verschillende attitudes. Iedere palliatieve hulpverlener is zowel expert als medemens. En bewustwording van deze attitudes zorgt ervoor dat we beter kunnen aansluiten bij de specifieke en dagelijks veranderende behoeften van de patiënt en diens familie.

De expert

De houding van de expert is de houding van de specialist. De palliatieve hulpverlener bezit veel medische kennis, vooral van pijn- en symptoombestrijding; hij weet symptomen te herkennen en vervolgens handelend op te treden. Hij heeft ook kennis van zaken over psychosociale processen. De expert psychosociale zorg is zich ervan bewust dat 'onafgewerkte zaken' nog een rol kunnen spelen in de laatste levensfase van de patiënt. Door deze groeiende expertise weten we bijvoorbeeld dat zoets als 'anticiperende rouw' een belangrijke factor kan zijn in het hele stervensproces. Dit is de rouw die vooraf gaat aan het overlijden en die zowel geldt voor de naaste als voor de patiënt (Stoelinga, 2000). Een expert

herkent deze processen. Hij kan adequaat handelen en is iemand waar je zaken aan kunt overlaten. Als de patiënt overspoelt raakt door zijn gedachten en emoties, kan de expert de juiste reddingsboeien aanreiken. In crisistijden kun je op hem vertrouwen.

De expert in de praktijk

Patiënt: "Ik ben zo bang... ik lig te trillen en kan niet meer normaal ademhalen."

Hulpverlener: "Het lijkt erop dat u heel gespannen bent."

Patiënt: "Ja, dat klopt... zie daar komt het al weer!"

Hulpverlener: "Uw spanning kan te maken hebben met de manier van ademen. Doordat u meer inademt dan dat u uitademt, daalt het percentage kooldioxide in uw bloed. Dan krijgt u een hyperventilatieaanval waarin mensen zich vaak erg paniekerig voelen. Als u nu eerst langzaam en langdurig gaat uitademen met bijna gesloten lippen..." (Patiënt gaat rustiger uitademen).

Patiënt: "Ja, ik voel mijn hart al iets rustiger worden maar mijn spieren staan nog stijf en ik moet er niet aan denken dat het zo doorgaat!"

Hulpverlener: "Nou hebben sommige mensen ook baat bij een andere spierontspanningsoefening die ik soms met ze doe... zou u dat willen proberen?"

Patiënt: "Wat moet ik dan doen?"

De medemens

Soms is de confrontatie van hulpverleners met het onoplosbare niet gemakkelijk (Maex, 2000). Ook worden goede bedoelingen en adviezen van hulpverleners niet altijd door de patiënt overgenomen. De patiënt weigert de ander als expert te erkennen. In het beschreven voorbeeld kan het zijn dat de patiënt niets van ontspanningsoefeningen of een andere ademhaling wil weten terwijl de paniek aanwezig blijft. Dit is het moment waarop de houding van de medemens een uitkomst kan bieden.

De medemens is niet iemand die oplossingen of technieken in de aanbieding heeft. Hij of zij heeft geen andere missie dan belangstelling en dialoog. De medemens weet niet wat het beste is voor de patiënt, maar wil de ander wel ondersteunen in de zoektocht naar rust; nabij blijven.

De medemens gaat naast de patiënt staan in een horizontale relatie en pretendeert geen valse kennis te bezitten. Hij of zij heeft de capaciteit en innerlijke ruimte om de patiënt te ontvangen. Hier is plaats voor verdriet en angst maar ook voor onverschilligheid en verbittering. De innerlijke ruimte is een gemoedstoestand van vrijheid en rust waarmee de hulpverlener zich kan verhouden tot de patiënt (Leget, 2003). De medemens bepaalt niet wat er in die ruimte komt, maar

stelt deze voor een bepaalde tijd onvoorwaardelijk beschikbaar aan de patiënt.

De medemens in de praktijk

Patiënt: "Het heeft allemaal geen zin meer."

Hulpverlener: "Wat bedoelt u?"

Patiënt: "Laat die medicatie maar zitten, beter word ik er niet van."

Hulpverlener: "... (blijft even stil, en tracht de patiënt niet te overtuigen van het nut van medicatie)."

Patiënt: "Het heeft toch ook geen zin meer? Wel dan?"

Hulpverlener: "U lijkt behoorlijk te worstelen op het moment."

Patiënt: "Ja..."

Hulpverlener: (blijft stil).

Patiënt: "... wat moet ik nou doen met mijn zoon...? Hij vindt een crematie maar niks."

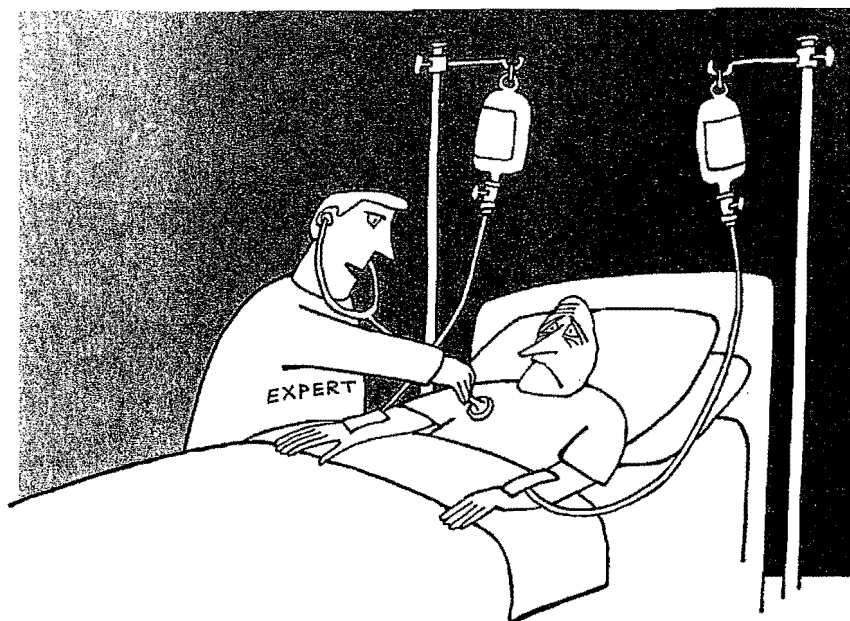
Hulpverlener: "Ik weet het niet... heeft hij dat tegen u gezegd?"

Patiënt: "Niet zo direct tegen mij, maar..."

Luisteren en nabij blijven is een hele kunde, mede omdat de focus verschuift van het handelen naar het luisteren. Hinnen en Staps (2003) noemen hier de presentiebenaadering waarbij luisteren een behandeling wordt. Zij zetten dit af tegen de interventiehouding waarbij klachten van patiënten worden gezien als problemen die om oplossingen vragen. Communicatie wordt door de medemens niet gezien als een vorm van probleemoplossing. Het is eerder een vorm van ontmoeting, dialoog, en het helder krijgen van de signalen die worden afgegeven. Maex (2000) zegt hierover: "De helende kracht van de dialoog zit niet in het geven van oplossingen, maar in het bieden van ruimte voor wat echt aan de orde is."

Voorwaarden en valkuilen van de expert

Als een expert zijn werk wil kunnen doen, moeten er een aantal voorwaarden zijn. Zo moet de expert beschikken over de kennis en kunde die hij wil inzetten. Het is van belang dat hij weet wat hij weet, en dat hij bewust is van wat hij (nog) niet weet. Bijscholing en contact met collega's zorgen ervoor dat zijn expertise up-to-date blijft. De tweede voorwaarde is dat de patiënt in staat moet zijn om de adviezen van de expert over te nemen. Als de patiënt de positie van de palliatieve hulpverlener niet als deskundige erkent, ontstaat er al snel een machtsstrijd. Dit komt ook veel voor bij 'moeilijke patiënten'. Het is dan voor een behandelteam soms lastig invoelbaar waarom een patiënt doet zoals hij doet. Als er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, kunnen er gevoelens van frustratie en machteloosheid ontstaan. De verpleegkundige kan kwaad op zichzelf worden



omdat hij of zij niet voor elkaar krijgt dat de patiënt toestaat om een wond te verzorgen. De psycholoog kan geïrriteerd raken omdat de patiënt de urgente problematiek in de familie blijft ontkennen. En de arts kan zich machteloos voelen omdat de patiënt niet achter het medisch beleid wil gaan staan. De communicatie met de patiënt kan vastlopen.

Voorwaarden en valkuilen van de medemens

Voorwaarde voor de houding van de medemens is dat er geen sprake is van een crisis waar handelend optreden noodzakelijk en mogelijk is. Als een patiënt van angst of woede alle slangen uit zijn lijf wil trekken, is directieve begeleiding nodig. Als de emoties zijn gedaald en er meer rust is, kan de medemens hier later met de patiënt op terugkomen.

Een andere voorwaarde is dat de hulpverlener bereid moet zijn om soms de beladen woorden "Ik weet het niet" uit te durven spreken. Eenvoudigweg omdat we het soms ook niet weten. En dat binnen een gezondheidszorgcultuur waar kennis zeer dominant aanwezig is. Voor (bijna) alles is wel een techniek, behandeling of pil.

Er zijn twee gebieden waar de houding van de medemens expliciet een zinvolle rol kan spelen:

1 Bij existentiële en zingeving-vraagstukken.

"Waarom gebeurt dit? Waarom overkomt dit mij nu? Wat voor zin heeft het nog allemaal?" Als een patiënt dit soort vragen gaat stellen, heeft hij meestal geen behoefte aan een antwoord of pil maar eerder aan een luisterend oor. De patiënt beschrijft dan geen

Houdingsaspecten van een palliatieve hulpverlener

De expert	De medemens
<ul style="list-style-type: none"> • Expertise: kennis en kunde. • Gericht op weten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intuïtie. • Erkenning van niet-weten.
<ul style="list-style-type: none"> • Mannelijk, duidelijk en directief. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vrouwelijk, zacht en open.
<ul style="list-style-type: none"> • Gaat een verticale relatie aan met de patiënt, staat boven de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gaat een horizontale relatie aan met de patiënt, staat naast de patiënt.
<ul style="list-style-type: none"> • Vertellen en inventariseren, formuleren van antwoorden. • Hoe duidelijker de vraag des te duidelijker het antwoord. • Probleemoplossend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Luisteren, formuleren van vragen. • De vraag achter de vraag is belangrijk. • Ontmoeting, dialoog, medemenselijkheid.
Dimensie: medisch en psychiatrisch/psychologisch.	Dimensie: psychosociaal en spiritueel/existentieel.
Voorwaarde: <ol style="list-style-type: none"> 1. In bezit van de relevante kennis. 2. Patiënt wenst de kennis te ontvangen: stelt de vraag. 	Voorwaarde: <ol style="list-style-type: none"> 1. Geen behandelbare crisis. 2. Vertrouwen, en erkennen van grenzen van kennis en vaardigheden.
Valkuil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gevoelens van machteloosheid en frustratie. 2. Vastlopen van communicatie met patiënt. 3. Patiënt verliest diens autonomie. 	Valkuil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Besluiteloos en het onnodig laten voortduren van een hulpvraag. 2. De hulpverlener voelt zich emotioneel overspoeld door de patiënt. 3. Hulpverlener verliest diens autonomie.

lichamelijke pijn maar een ander soort lijden. Saunders (1988) noemde dit lijden 'spirituele pijn'. Deze spirituele pijn heeft vaak te maken met het verliezen van de plaats in de wereld. Het gaat om de dieperliggende behoeften van mensen aan zingeving en betekenis als alle vanzelfsprekendheden wegval- len. De houding van de hulpverlener ligt dan in het erkennen van deze spirituele pijn zonder het weg te willen nemen.

2 Bij het recht om niet-te-weten. Ondanks dat we in een zorgcultuur leven waar we veel waarde hechten aan goed geïnformeerd zijn, willen niet alle patiënten alles weten. Sommige patiënten zijn heel duidelijk in hun verzoek om informatiebeperking. Sommigen willen niet horen hoe slecht het ervoor staat. Heeft de arts dan de plicht om dit toch mede te delen? Behoort de psycholoog dan toch te onderzoeken of er geen sprake is van ontkenning van het stervensproces? Er

zijn nogal wat hulpverleners die zich de woede van de patiënt en zijn familie op de hals halen als ze toch besluiten om de patiënt te informeren. Ook hier kan de houding van de medemens een rol spelen. Zo kan er op niet-oordelende wijze gekeken worden waarom de patiënt bepaalde dingen niet wil horen en over andere onafgewerkte zaken niet wil spreken. Maar als de patiënt ook hier niet op in wil gaan, is het de niet aflatende taak om liefdevol aanwezig te blijven en de keuze van de patiënt te respecteren.

De houding van de medemens is open. De houding van de expert is ook open, maar vooral voor de dingen die in zijn kenniskader passen. Een expert kan dus ook prima luisteren. De expert vertrouwt op kennis en ervaring. De medemens vertrouwt meer op intuïtie. Iemand met de attitude van de medemens zal zich eerder geraakt, verdrietig of blij voelen. De houding van de medemens is een houding van verbondenheid, invoelen en respect.

Dit invoelen en beschikbaar zijn voor de worstelingen van de patiënt kan echter ook ver gaan. Zo ver, dat je de patiënt emotioneel een beslag op je laat leggen. Luisteren kan veel energie kosten. Eerder werd al beschreven dat een medemens voor een bepaalde tijd onvoorwaardelijk aanwezig is. De hulpverlener behoort dan ook de eigen grenzen en autonomie in de gaten te houden. Ook luisteren kent dus zijn grenzen.

Een samenwerking in de praktijk

Ondanks dat bovenstaande voor polarisatie kan zorgen, is bewustwording van de verschillende houdingsaspecten essentieel. Als een patiënt bijvoorbeeld in een machtsstrijd komt met de verpleging, zal het heel lastig zijn om de patiënt te verzorgen. Expertise kan dan niet meer worden ingezet. Het aannemen van de houding van de medemens, door de patiënt in zijn menselijkheid te ontmoeten, door de vraag achter zijn vraag te herkennen, kan ervoor zorgen dat dezelfde palliatieve hulpverlener in een later stadium weer als de expert kan functioneren.

De vastgelopen expert

Patiënt: "Ik hoef vandaag niet verzorgd te worden broeder."

Hulpverlener: "Nou als ik naar die wond kijk, zou het goed zijn om deze te verschonen."

Patiënt: "Laat maar zitten... dit lichaam valt toch uit elkaar."

Hulpverlener: "Maar dan is de kans op infectie veel groter en u heeft nu al zoveel pijn..."

Patiënt: "Dat kan er vandaag nog wel bij."

Hulpverlener: "Zal ik de arts vragen om vanochtend nog even goed naar die wond te kijken? De wond gaat anders ook steeds meer stinken en..."

Patiënt: "Nee, alsjeblieft laat me nou maar slapen!"

Of:

De innerlijke samenwerking tussen de expert en de medemens

Patiënt: "Ik hoef vandaag niet verzorgd te worden broeder."

Hulpverlener: "Nou als ik naar die wond kijk, zou het goed zijn om deze te verschonen."

Patiënt: "Laat maar zitten... dit lichaam valt toch uit elkaar."

Hulpverlener: "Maar dan is de kans op infectie veel groter en u heeft nu al zoveel pijn..."

Patiënt: "Dat kan er vandaag nog wel bij."

Hulpverlener: "Dat snap ik niet... wat kan er vandaag nog wel bij?"

Patiënt: "Al dat getrek aan mijn lijf, ik kan mijn kont niet keren of er staat wel weer iemand aan mijn bed, dat is vast goed bedoeld maar ik hoef het niet meer... ik wil alleen maar rust."

Hulpverlener: "Het lukt geloof ik nog niet om die rust te vinden."

Patiënt: "Nee..."

Hulpverlener: (stil)

Patiënt: "... misschien vind ik Boven wel die rust."

Hulpverlener: "... Dat zou mooi zijn..."

Patiënt: "Ja... (de patiënt is een poosje stil)."

Hulpverlener: "Kunnen wij u hier Beneden nu ook iets meer rust bieden?"

Patiënt: "Nou...ik zou graag wat minder mensen om mijn bed hebben... zodat ik meer energie heb als mijn familie komt."

Hulpverlener: "Dat kunnen we wel regelen met elkaar. Zal ik dan nu eens kort kijken naar uw wond?"

Patiënt: "Ja, doe dat maar."

Literatuur

- S.C.H. Hinnen en T. Staps (2003). Luisteren als behandeling. Pallium, Tijdschrift over palliatieve zorg, nr. 5, 19-21.
- Saunders, C. (1988). Spiritual pain. Originally published in Hospital Chaplain, March 1988. Tekst van een paper van C. Saunders voorgesteld op de Internationale Conferentie van het Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, sept. 1988.
- Wilma Stoelinga, (2000). Voorzorg aan naasten. Pallium, Tijdschrift over palliatieve zorg nr. 5, 18-21.
- Carlo Leget (2003). Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners. Lannoo, Tiel.
- E. Maex (2000). Kijk nog eens goed – ik ben het! Psychische en emotionele aspecten binnen de palliatieve zorg. In: G.J.H. Spijker & M.J.B. Laarman (red.). De praktijk van palliatieve zorg. Cure & Care development. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Drs. C. Völker werkt als GZ-psycholoog i.o. bij GGZ Noord en Midden Limburg. Hij was tevens verbonden aan Hospice Rozenheuvel te Rozendaal.

Dr. Z. Zyllicz werkte als internist en medisch directeur van Hospice Rozenheuvel. Hij is bijzonder hoogleraar Palliatieve Geneeskunde en momenteel werkzaam bij Hospice in the Weald (U.K.)

Wilt u reageren op dit artikel?

Stuur uw reactie naar: coenvolker@hotmail.com.