

HOGESCHOOL ANTWERPEN  
DEPARTEMENT GEZONDHEIDSZORG  
OPLEIDING VERPLEEGKUNDE

Jaak De Boekstraat 10  
2170 Merksem



# **Een gewapend bestaan: Leven met een pantserlong**

Eindwerk voorgelegd tot het behalen van het  
diploma van gegradueerde verpleegkundige

Afstudeerrichting: Ziekenhuisverpleging  
Door: Caroline ten Hove

Academiejaar 2004 - 2005

## **Voorwoord:**

Een eindwerk schrijven is nooit een gemakkelijke opgave, zeker niet als het om een onderwerp gaat dat niet erg bekend is.

Vele mensen kennen het begrip asbest, maar begrijpen er de gevolgen niet van.

Door het lezen van een artikel (bijlage 1) en de ervaringen met mijn eigen vader, eveneens een asbestlijder, ben ik verder opzoekwerk gaan verrichten.

Mijn doel met dit werk is het publiek bereiken; asbestlijders een beeld geven van wat de mogelijkheden zijn binnen de ziekten die deze stof kan veroorzaken.

Naar mijn mening is er veel te weinig publiciteit rond asbest.

Een uitspraak in het bijzonder in het artikel vind ik zeer toepasselijk.

*"Het is al sinds 1906 bekend dat asbest kanker veroorzaakt, maar ze hebben het gebruik ervan in België pas in 1998 verboden! Dat is collectieve moord met voorbedachte rade."*

In samenwerking met dokter M. Potvin, verbonden aan het Sint Augustinus ziekenhuis te Wilrijk, heb ik het mogelijk kunnen maken verschillende patiënten te ondervragen (zie bijlage 2 A)

Door de medewerking van deze personen is het mogelijk geweest dit werk te verwezenlijken.

Daar zij anoniem wensen te blijven, gaat mijn oprechte dank op schriftelijke wijze over naar de patiënten uit AZ Sint-Augustinus vzw Wilrijk en AZ Middelheim Antwerpen.

Ik wil eveneens mijn dank uitdrukken naar mijn eigen vader.

Ondanks het voor hem niet altijd even simpel was om over de situatie te spreken, heeft hij het toch mede mogelijk gemaakt om een werk te schrijven dat de mensen aanspreekt.

Het is naar mijn mening een tastbaar werk, waarin andere asbestslachtoffers en hun naasten ongetwijfeld een stukje van zichzelf zullen herkennen.

Ik hoop via dit werk een breed publiek te bereiken en bekend te maken dat asbestbesmetting meer publiciteit nodig heeft!

## **Inhoudstabel:**

**Voorwoord**  
**Inhoudstabel**  
**Inleiding**

I. Theorie: Asbest en zijn gevolgen:

<b>1. Beschrijving van asbest</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Latentietijd</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Risicogebieden</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Toelichtingen over asbestziekten</b> .....	<b>11</b>
<b>5. Beroepsmatige blootstelling aan asbest kan leiden tot volgende aandoeningen: ---</b>	<b>12</b>
<b>5.1 Niet-kwaadaardige aandoeningen: .....</b>	<b>12</b>
<b>a) Groep 1: - Asbestwratten</b> .....	<b>12</b>
- Asbestpleuritis .....	<b>12</b>
<b>b) Groep 2: - Pleurale plaques</b> .....	<b>12</b>
- Asbestose .....	<b>13</b>
- Ronde atelectase .....	<b>14</b>
<b>c) Groep 3: - Pachypleura</b> .....	<b>14</b>
<b>5.2 Kwaadaardige (kankerende) aandoeningen: .....</b>	<b>14</b>
- Longkanker .....	<b>14</b>
- Mesothelioom .....	<b>14</b>
<b>6. Oorzaken van de longziekten</b> .....	<b>15</b>
<b>7. Rechtstreekse effecten op de patiënt: Invloed op de mechanica van de long:</b>	<b>16</b>
-----	<b>16</b>
<b>7.1 Aspiratie</b> .....	<b>16</b>
<b>7.2 Expiratie</b> .....	<b>17</b>
<b>7.3 Elastische eigenschap: compliance</b> .....	<b>17</b>
<b>7.4 Sluiting van de luchtwegen</b> .....	<b>17</b>

II. Praktijkbeleving: Invloed op het dagdagelijkse leven van de patiënt:	19
1. Observatie van de slachtoffers -----	20
2. Proces tot het komen van een concrete probleemstelling -----	20
3. De eigenlijke probleemstelling: Frustratie -----	21
4. Een aandachtvragen probleem -----	21
5. Definiëring van de voornaamste beïnvloedingsfactoren -----	22
6. Abstracte voorstelling -----	23
7. Weergave via cirkelschema -----	
III. Praktijkvoering: Systematisch verpleegkundig handelen:	25
1. Angst -----	26
1.1 Begripsomschrijving: -----	26
a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning -----	26
b) Verstoord denken -----	26
c) Machteloosheid -----	26
d) Geringe zelfachting -----	26
e) Sociaal isolement -----	27
f) Verstoord lichaamsbeeld -----	27
-----	27
1.2 Opstellen van doelen met oog op patiëntvriendelijk resultaat: -----	27
a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning -----	27
b) Verstoord denken -----	27
c) Machteloosheid -----	27
d) Geringe zelfachting -----	28
e) Sociaal isolement -----	28
f) Verstoord lichaamsbeeld -----	28
-----	28
1.3 Interventies om doelen te bereiken: -----	29
a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning -----	29
b) Verstoord denken -----	30
c) Machteloosheid -----	31
d) Geringe zelfachting -----	
e) Sociaal isolement -----	
f) Verstoord lichaamsbeeld -----	

-----	32
	33
	33
	33
<b>2. Pijn</b> -----	33
	33
<b>1.2 Begripsomschrijving:</b> -----	33
a) Pijn tijdens onderzoeken -----	33
b) Foutief ademen -----	
c) Beperkingen -----	34
d) Seksuele disfunctie -----	34
-----	34
e) Voedingstekort -----	34
f) Verstoord slaappatroon -----	34
	34
<b>2.2 Opstellen van doelen met oog op patiëntvriendelijk resultaat:</b> -----	34
a) Pijn tijdens onderzoeken -----	
b) Foutief ademen -----	35
c) Beperkingen -----	35
d) Seksuele disfunctie -----	35
-----	35
e) Voedingstekort -----	35
f) Verstoord slaappatroon -----	36
	36
<b>2.3 Interventies om doelen te bereiken:</b> -----	
a) Pijn tijdens onderzoeken -----	37
b) Foutief ademen -----	
c) Beperkingen -----	37
d) Seksuele disfunctie -----	40
-----	41
e) Voedingstekort -----	
f) Verstoord slaappatroon -----	
<b>3. Specifieke aandachtspunten naar de praktijk toe en evaluatie</b> -----	
<b>3.1 Kennistekort inzake het Fonds van Beroepsziekten</b> -----	
<b>3.2 Sociaal Isolement</b>	
-----	
<b>3.3 Pijn</b> -----	

**Besluit**  
**Bronvermelding**  
**Bijlagen**

## **Inleiding:**

Als inleiding op het eigenlijke werk licht ik kort de verschillende hoofdstukken toe voorafgegaan door een stukje proza.

*Er zijn mooie momenten in je leven waarvoor je al het andere op zou willen geven.  
Die momenten van liefde en geluk moeten soms plaats maken voor droefheid en rouw.  
Dan ga je bij jezelf ten rade... wat heb ik verkeerd gedaan waardoor ik me zo anders voel?*  
(Caro ten Hove, 19/12/2004)

De patiënten waarover er in dit werk gesproken wordt, hebben zowel de mooie als de droeve momenten meegemaakt. Telkens weer vonden ze de kracht om door te gaan en niet bij de pakken neer te blijven zitten.

Door hun ervaringen raakten ze hun scherpte kwijt, maar niet de angsten rond het begrip asbest...

In dit eindwerk wordt een duidelijk beeld geschetst van de verschillende ziekten die asbestbesmetting teweeg kan brengen en hoe belangrijk het is deze strikt van elkaar te scheiden.

Asbestbesmetting kan ziekten veroorzaken ter hoogte van het buikvlies, de slokdarm en de longen. In dit werk spitsen we ons enkel toe op de longaandoeningen.

Eerst krijgt u een volledige theoretische weergave van wat asbest eigenlijk is, de verschillende longziekten en de risicogebieden.

De praktijkervaringen en symptomen van de ziekten worden toegelicht in de volgende delen.

U krijgt eveneens een beeld van de verschillende probleemsituaties waarmee de patiënten en verpleegkundigen geconfronteerd kunnen worden.

Deze probleemsituaties worden uitgediept en de interventies toegelicht.

Tot slot krijgt u een evaluatie van de ervaringen en interventies die ik heb bestudeerd.

***I. Theorie:  
Asbest en zijn gevolgen***

## 1. Beschrijving van asbest:

Asbest is een verzamelnaam voor een uitgebreide groep van vezelachtige minerale silicaten (onbewerkte kiezelverbindingen), die in sommige rotsachtige gedeelten van de aardkorst voorkomen.

De stof bevat verschillende onderdeeljes die men vezels noemt.

De meest belangrijke vezels zijn de chrysotielvezel, de crocidolietvezel en de amosietvezel.

Elk van deze vezels kan men klasseren bij een bepaalde hoofdgroep.

Zo behoort de chrysotielvezel tot de serpentijngroep en de crocidoliet- en amosietvezel tot de amfibioolgroep.

De chrysotielvezel is een witgrijze, eerder korte, zijdeachtige vezel.

De crocidolietvezel is een kortere blauwe vezel, uiterst sterk, maar minder hittebestendig.

De amosietvezel is merklijk langer en heeft een bruin-gele kleur. Zoals de crocidolietvezel is de amosietvezel zeer sterk doch minder hittebestendig.

### Verschillende vezels onder de microscoop:



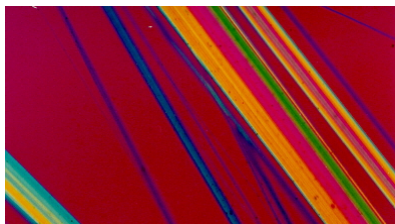
Amosiet (bruine vezel)



Crocidoliet (blauwe vezel)



Verschillende vezels



Dit is het beeld dat men krijgt als men de Chrysotiel (witte vezel) gaat bekijken onder de elektronen microscoop.

*“Bronvermelding: Websites nr.3”*



De scheikundige samenstelling van asbestvezels is complex. Een hele reeks van metalen maken er deel van uit. Hierdoor kunnen de vezels al naargelang de pH van het milieu een elektrische lading verkrijgen. Zo worden in een neutraal waterig milieu een deel van de chrysotielvezels geïoniseerd en positief geladen, in tegenstelling tot de amfibioolgroep die neutraal blijft of lichtjes negatief wordt.

Deze gegevens zijn voor de geneeskunde zeer interessant daar er na inhalatie van chrysotiel- en crocidolietvezels ook chemische veranderingen optreden in de longen.

Na inhalatie zal bijvoorbeeld de chrysotielvezel haar magnesiumatoom verliezen.

De elektrische lading van de vezel speelt dus een belangrijke pathologische rol en zou bijdragen tot door asbest geïnduceerde celbeschadiging.

*“Bronvermelding: Tijdschriften nr.1”*

Door de inhalatie van de vezels kunnen, zowel na een jarenlange geringe expositie als na een kortstondige intensieve, allerhande longaandoeningen ontstaan.

Nu is het gebruik of verwerken van asbest bij wet verboden. Hierdoor zullen er geen nieuwe gevallen van blootstelling zich voordoen.

Helaas zijn er veel arbeiders die dezer dagen pas de hinder ondervinden van een asbestbesmetting waar ze zich nooit van bewust zijn geweest.

Hoe komt het nu dat de problemen zich pas voordoen zoveel jaren na de blootstelling aan de vezels? Dit leest u in het volgende punt.

## **2. De latentietijd:**

De latentietijd is de tijdsduur die verloopt tussen de eerste blootstelling en het optreden van de eerste ziekteverschijnselen. De latentietijd van asbestziekten is zeer lang.

De gemiddelde tijden situeren zich tussen 20 en 35 jaar.

Door deze lange periodes doen vele asbestziekten zich pas voor op eerder hoge leeftijd.

De personen die besmet zijn beseffen al die jaren niet welk proces er in hun lichaam aan de gang is, en dit totdat ze te maken krijgen met de eerste ziekteverschijnselen.

Uit recente gegevens blijkt dat hoe gering de concentratie van asbest ook mocht zijn, de fibroseverwekkende invloed (aftakeling van gezond celweefsel) nooit volledig zou verdwijnen.

*“Bronvermelding: Literatuur nr.1”*

### 3. Risicogebieden:

De industriële toepassingsgebieden van asbest waren bijzonder uitgebreid.

De verklaring hiervoor is voor de hand liggend doordat een aantal uitzonderlijke kwaliteiten in deze minerale grondstof verenigd waren:

- onbrandbaar en hittebestendig
- bestand tegen de meeste chemicaliën
- hoge trekvastheid, geringe vervorming, hoge elasticiteitsmodulus
- corrosiebestendig
- ongevoelig voor organische oplosmiddelen
- ongevoelig voor vocht
- onaantastbaar door micro-organismen
- bestand tegen trillingen en niet onderhevig aan veroudering
- hoog specifiek vezeloppervlak (belangrijke eigenschap voor adsorptie bij filtratie)

Alle arbeidsplaatsen waar de asbestvezels droog verwerkt werden of opnieuw in de lucht vrijkwamen, werden als risicogebied beschouwd.

De hoogste concentratie van asbest werd gevonden in de asbestmolens, asbestspinnerijen, asbestweverijen en de asbestmengkamers in de verwerkende industrie (thermische isolatie).

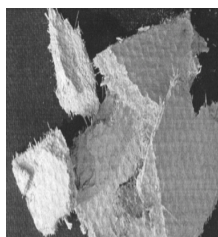
Luchtverontreiniging door asbestvezels kwam ook voor in de nabijheid van bepaalde industrieën en evenzeer in talrijke steden (auto-industrie).

De vraag drong zich daarom op of asbest alleen een bedrijfskundig, dan wel een algemeen gezondheidsprobleem stelde.

Daarbij komt nog dat men asbestvezels aantrof in goedkope wijnen en bieren tengevolge van contaminatie door asbestfilters die in de preparatie gebruikt werden. Op die manier zou wellicht het voorkomen van gastro-intestinale tumoren en van peritoneale mesotheliomen kunnen uitgelegd worden (vb: vroeger: afloop van regenwater op golfplaten van tuinhuisjes ~ asbest in verwerkt → drinken van dit water betekende meermaals asbestbesmetting).

*“Bronvermelding: Tijdschriften nr.2”*

#### Meest voorkomende plaatsen van asbest:



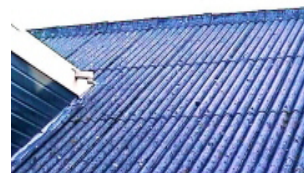
Isolatiemateriaal



Leiding isolatie



Remschijven



Golfplaten

*“Bronvermelding: Websites nr.2”*

In België bestonden er wat betreft de directe tewerkstelling in de asbestindustrie ongeveer 4000 arbeidsplaatsen.

De belangrijkste Belgische industrieën van asbest waren:

- 'La manufacture de l'Amiante et de Caoutchouc' te Antwerpen
- 'Eternit' te Kappellen-op-den-Bos ( bijlage 3 A & B )
- 'Scheerders- en van Kerkhoven' te Sint-Niklaas

Het jaarverbruik van asbest in België lag rond de 80000 ton.  
In de jaren '80 deden zich veel gevallen voor van asbestziekten.  
Dit deed een lichtje opgaan bij de overheid. Er moest iets ondernomen worden en snel.  
Men ging de verwerking en het gebruik van asbest sterk terugdringen.  
Verschillende bedrijven hebben grootse veranderingen moeten ondergaan op vlak van materiaalgebruik, isolatie,...

Asbest werd pas officieel verboden in België in 1998, wat maakt dat er nog steeds verschillende bedrijven waren die voorheen niets hadden ondernomen. Om die reden hebben wij nu nog steeds te kampen met personen die dezer dagen pas de hinder van de besmetting ondervinden.

Als we even een optelsommetje maken, komen we al snel tot een best wel onrustwekkend resultaat.

Door de langdurige latentietijden maakt dit dus dat we binnen dit en 10 jaar nog heel wat nieuwe gevallen van asbestziekten zullen registreren.

Gelukkig zal men na verloop van tijd steeds minder te kampen krijgen met ziektepieken aangezien er dan steeds minder en minder mensen zich zullen melden met longziekten ten gevolge van asbestbesmetting. Dit is een logische redenering als men wederom de latentietijden en het verbod op de asbestindustrie in acht houdt.

Helaas zijn dit enkel verzachtende woorden naar de verre toekomst toe.

Dezer dagen zijn er nog te veel asbestslachtoffers die te maken krijgen met ernstige asbestziekten.

#### **4. Toelichtingen over asbestziekten:**

Een asbestziekte is een door asbest veroorzaakte ziekte.  
Er zijn acht verschillende asbestziekten: asbestwratten, asbestpleuritis, pleurale plaques, asbestose, ronde atelectase, pachypleura, longkanker en mesothelioom.  
Deze longaandoeningen worden in punt 5 verder toegelicht.

Vaak wordt de fout gemaakt elke asbestziekte te bestempelen met de naam asbestose.  
Asbestose is slechts één van die onderling zeer sterk verschillende ziekten.  
Het is dus ten zeerste aangeraden om het onderscheid te maken tussen het begrip 'asbestziekte' en 'asbestose'. Asbestose is een asbestziekte, maar niet alle asbestziekten zijn asbestose!

De grootte van het risico op het krijgen van de ziekten hangt af van de intensiteit en duurtijd van de blootstelling.  
Hoe hoger de intensiteit en de duurtijd hoe hoger het risico.  
Er bestaan grote verschillen in ernstgraad. Enerzijds zijn er de aandoeningen die geen last of symptomen geven (vb.: pleurale plaques) en anderzijds zijn er de ziekten die nagenoeg steeds dodelijk zijn.  
Het is van enorm groot belang deze zaken goed uit elkaar te houden. Misverstanden leiden dikwijls tot zware psychologische schade. Veel te vaak wordt alles asbestose genoemd, wat ertoe leidt dat vele mensen gaan denken dat asbestose ook een vorm van kanker betekent.  
Of dat heel wat mensen, die in werkelijkheid slechts een zeer milde en goedaardige aandoening hebben, ten onrechte gaan denken dat ze een veel zwaardere aandoening hebben, of zelfs dat ze kanker hebben.

*“Bronvermelding: Literatuur nr.1”*

## 5. Beroepsmatige blootstelling aan asbest kan leiden tot volgende aandoeningen:

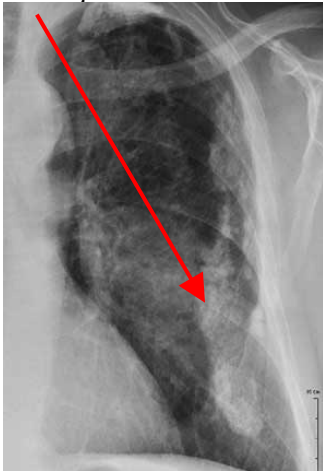
Er werd reeds vermeld dat er 8 asbestziekten bestaan.

Deze kan men groeperen onder de niet-kwaadaardige en de kwaadaardige (kankerende) aandoeningen.

### 5.1 Niet - kwaadaardige aandoeningen:

- a) Groep 1: Deze aandoeningen steken bijna altijd vrij plots de kop op. Dat wil zeggen zonder dat ze vooraf konden waargenomen of voorspeld worden, kan er plots een hoge ernstgraad zijn.

- *Asbestwratten:* treden enkel op bij manipuleren van ruwe asbestvezels en genezen bij het verwijderen van de asbestsplinter.
- *Asbestpleuritis:*

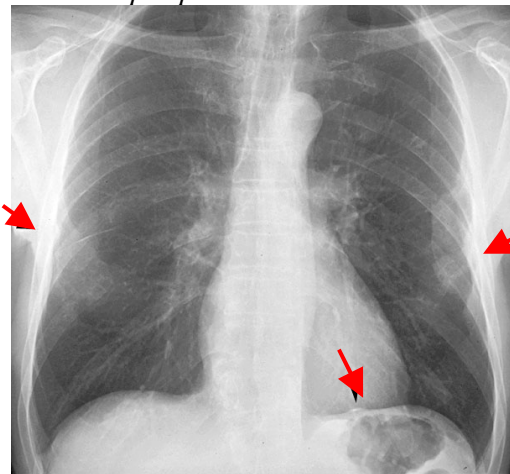


Vochtophoping tussen de longvliezen.

Als dit veroorzaakt wordt door asbest geeft dit meestal weinig symptomen (geen koorts, meestal geen pijn) en gaat meestal spontaan over. Het is zeldzaam, maar van belang omdat in sommige gevallen nadien een diffuse pleuraverdikking ontwikkelt.

- b) Groep 2: Deze aandoeningen treden slechts geleidelijk tot zeer geleidelijk op.

- *Pleurale plaques:*



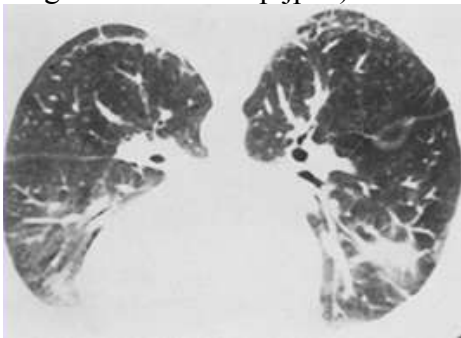
Meest voorkomend. De plaques zijn dikwijls verkalkte, scherp begrensde kraakbeenachtige plaatjes op de buitenste pleura, buiten en los van de longen. Het zijn reacties van het lichaam zelf en dus geen concentraties van asbest.

Bij microscopisch onderzoek slechts zeer weinig asbestvezels op te merken. De plaques leiden niet tot kortademigheid en veroorzaken geen pijn: men wordt ze niet gewaar.

Wordt men ze wel gewaar is er meer aan de hand dan alleen maar pleurale plaques.

In zijn door de overheid gevraagd advies, schreef Professor Dr. Hoogsteden, voorzitter van de Werkgroep Asbestziekten van de Nederlandse Vereniging van Longartsen: "Ongeacht of de plaques wel of geen kalk bevatten zijn er geen specifieke symptomen: kortademigheid en pijn in de borst zijn afwezig. Pleura plaques hebben beslist geen invloed op de levensverwachting. Ze geven op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten geen longfunctieverlies en er zijn geen duidelijke complicaties van beschreven. Pleura plaques kunnen bij relatief lage en korte expositie aan asbest optreden" (Rapport De Ruiter, 1997). De laatste zin verklaart waarom pleurale plaques zoveel voorkomen.

- *Asbestose*: door asbest veroorzaakte interstitiële longfibrose. Kan het best beschreven worden als verlittekening van het longweefsel zelf (dus niet van de longvliezen of luchtpijpen).



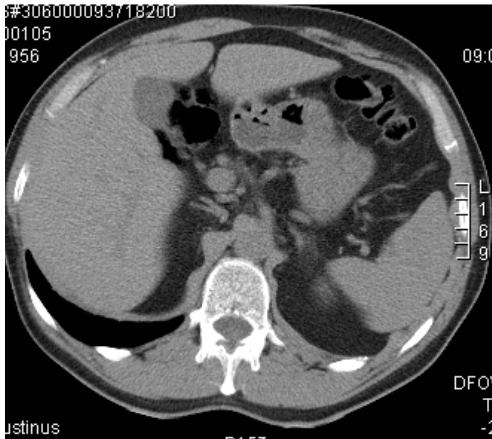
Treedt enkel op na zware en langdurige asbestblootstelling. Asbestose is véél zeldzamer dan pleurale plaques. De aandoening kan zeer uiteenlopende ernstgraden hebben. Van zeer licht (zonder kortademigheid) tot zeer ernstig (met zware kortademigheid, zelfs bij rust).

In ongeveer een kwart van de gevallen is de ziekte progressief, wat betekent dat ze erger en erger (in sommige gevallen zelfs dodelijk) wordt ook nadat de blootstelling gestopt werd.

#### *Verschillen tussen asbestose en pleurale plaques*

	Asbestose	Pleurale plaques
Plaats, getroffen orgaan of weefsel	Longweefsel	Buitenste longvlies
Begrenzing	Diffuus, onscherp	Scherp begrensd
Frequentie van voorkomen	Laag	Hoog
Dosis-effect-relatie	Ja, maar asbestose treedt pas op bij hoge asbestdosissen. Hoe hoger de dosis hoe ernstiger de asbestose.	Neen (of zeer losse relatie). Treden ook op bij lage blootstelling. Grotere plaques wijzen niet per sé op hogere blootstelling.
Effect op longfunctie	Ja (dikwijls)	Geen (of geen belangrijk)
Symptomen	Ja	Neen
Gevolgen op lange termijn	Ja (niet zelden)	Neen

- *Ronde atelectase:*



Is een zeldzame en bijzondere soort tussenvorm tussen diffuse pleuraverdikking en asbestose. In omvang beperkt tot een gebied van 5 à 7 cm doorsnede. Dikwijls zijn er weinig of geen symptomen.

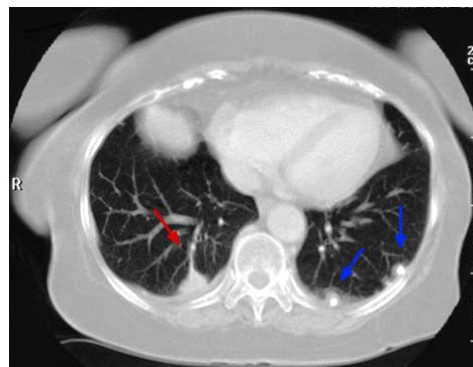
- c) Groep 3: Combinatie van a en b:

- *Pachypleura:* diffuse pleuraverdikking: is een onscherp - begrensde verlittekening van de binnenste pleura. Omdat de binnenste pleura wel vastzit aan de longen kan dit wel leiden tot longfunctieverlies en pijnklachten.

## 5.2 Kwaadaardige (kankerende) aandoeningen:

Deze aandoeningen steken bijna altijd zonder enige aanleiding de kop op. Dat wil zeggen zonder dat ze vooraf konden waargenomen of voorspeld worden, kan er plots een hoge ernstgraad zijn. Men spreekt hier van chronische ziektebeelden.

- *Longkanker:* longkanker veroorzaakt door asbest kan niet onderscheiden worden van longkanker door andere oorzaken. Wetenschappers schatten dat circa 85% der gevallen van longkanker in de algemene bevolking te wijten zijn aan roken. De overige zijn te wijten aan asbest, radonstraling, dieseluitlaatgassen en nog andere oorzaken. In België sterven 8% van alle mannen aan longkanker. Stilaan begint dit cijfer af te nemen voor mannen, maar voor vrouwen blijft het percentage stijgen.
- *Mesothelioom:* is een zeer bijzondere soort van kanker die uitgaat van de long- of buikvliezen. De overgrote meerderheid is te wijten aan asbest. Er zijn geen waarneembare voorstadia die het mogelijk maken de ziekte te voorspellen of op voorhand kunnen doen laten vaststellen.



“Bronvermelding: Literatuur nr.1”

## 6. Oorzaak van de longziekten:

Er bestaat geen twijfel over het feit dat asbestblootstelling grote risico's inhoudt ( bijlage 4). Bovenstaande aandoeningen zijn ernstige gevolgen van asbestbesmetting (bijlage 5).

Wat maakt nu dat de vezels zo kunnen inwerken op het longweefsel dat ze zulke ziekten kunnen veroorzaken?

De asbestvezels splijten zeer gemakkelijk en evenwijdig aan de vezelas.

Op die manier ontstaan elementaire vezels met een diameter tussen 0,03µm (= micrometer of micron) en 0,05µm. Geïnhaleerde vezels met een diameter kleiner dan 5µm kunnen het longparenchym (werkzame weefsel; vooral klierweefsel) bereiken zonder tegengehouden te worden door het verdedigingsmechanisme van de respiratoire tractus (ademhalingsweg).

De asbestvezels gaan zich bij voorkeur deponeren ter hoogte van de ondervelden van het longparenchym waar de vezel de kern van een asbestlichaampje vormt.

Dit asbestlichaampje ontstaat door neerslag van een mantel van proteïnen, afkomstig van alveolaire macrofagen (éénkernige cellen die vreemde materie onschadelijk kunnen maken).

De dikte van zo een proteïnemantel is het grootst aan de uiteinden van de vezel.

Een asbestlichaampje kan geïsoleerd voorkomen, in groepjes of gemengd met naakte asbestvezels.

In een verder gevorderd stadium ontstaat er een ijzerneerslag afkomstig van gefagocyteerde erythrocyten. Dit wil zeggen dat er een neerslag is ontstaan door vernietiging van rode bloedcellen door het binnendringen van schadelijke elementen.

Vroeger beschouwde men het aantreffen van deze lichaampjes in het sputum als een bewijs voor het bestaan van een asbestziekte.

In feite wijst de aanwezigheid ervan alleen op een contact met asbest.

Ook is het aantal asbestlichaampjes in het sputum niet bepalend voor de graad van de ziekte, aangezien waarschijnlijk een aantal asbestlichaampjes in de loop der jaren afgebroken worden, terwijl de fibrose (toename van bindweefsel) verder schrijdt.

*“Bronvermelding: Tijdschriften nr.2”*

Deze toename van bindweefsel in het longvlies is vooral duidelijk merkbaar bij pleurale plaques.

Er wordt als het ware een pantser gevormd rond de longen. Hierdoor wordt deze aandoening ook wel eens pantserlong genoemd.

Het is een ernstige aandoening die voor de patiënt zeer beklemmend is, daar zijn longruimte steeds nauwer wordt.

De slachtoffers trachten zich een weg te banen door de probleemsituaties en wapenen zich tegen de verschillende situaties.

Het is een gewapend bestaan, leven met een pantserlong.





## **7. Rechtstreekse effecten op de patiënt: Invloed op de mechanica van de long:**

### **7.1 Aspiratie:**

Het diafragma is de belangrijkste inademingspier. Het is een dunne, koepelvormige spier die aan de binnenkant van de onderste ribben is aangehecht. Wanneer het diafragma zich samentrekt, wordt de buikinhoud naar beneden en voren verplaatst en wordt de verticale afmeting van de borstholte groter. Bovendien worden de randen van de ribben naar boven en buiten bewogen waardoor de dwarse afmeting van de thorax groter wordt.

Bij normaal ademen verplaatst het niveau van het diafragma zich ongeveer 1cm, maar bij geforceerde inspiratie of expiratie kan een totale verplaatsing van wel 10cm optreden.

De externe intercostaal spieren verbinden aangrenzende ribben met elkaar en lopen omlaag en naar voren. Als ze zich samentrekken worden de ribben omhoog en naar voren getrokken, waardoor zowel de dwarse als de voor/achterwaartse afmeting van de thorax groter wordt.

De dwarse afmeting wordt groter door de omklappende beweging van de ribben zoals het hengsel van een emmer. De intercostaal spieren worden geïnnerveerd door de intercostaal zenuwen die op dezelfde hoogte uit het ruggenmerg komen. Door de effectieve werking van het diafragma benadeelt een verlamming van de intercostaal spieren op zichzelf de ademhaling niet ernstig. Wat wel een invloed uitoefent is de longziekte veroorzaakt door asbest.

De patiënt heeft te kampen met pijn in de borst waardoor ademen bemoeilijkt wordt.

Het is vanzelfsprekend dat wanneer de ademhalingsbeweging beperkt wordt door een pathologie er ook een vermindering optreedt van optimale inspiratie.

Hierdoor ontstaat een verslechterde zuurstofvoorziening.

Mogelijke onderzoeken en behandelingen worden verder in dit eindwerk besproken.

### **7.2 Expiratie:**

Bij rustig ademen is deze passief. Longen en borstwand zijn elastisch en hebben de neiging hun oorspronkelijke stand weer in te nemen nadat ze gedurende de actieve inspiratie zijn uitgerekt. Gedurende de inspanning en opzettelijke hyperventilatie geschiedt de expiratie echter eveneens actief.

Wanneer de belangrijkste uitademingspiers zich samentrekken stijgt de intra-abdominale druk en wordt het diafragma omhooggeduwd. Deze spieren trekken zich ook sterk samen bij hoesten, braken en defeceren.

Bij asbestpatiënten en tevens ook patiënten met andere longpathologiën is er een verhoogd risico op extreme intra-abdominale druk, daar zij vaker hoesten door extra prikkeling van luchtpijp en slijmafscheiding.

### **7.3 Elastische eigenschap: compliance:**

Bij compliance meting wordt de transpulmonale druk gemeten.

De zogenaamde transpulmonale druk is gelijk aan de druk rondom de long als de alveolaire druk gelijk is aan die van de buitenlucht.

De compliance van de menselijke gezonde long is ongeveer 200ml/cmH<sub>2</sub>O of 2 l/kPa.

Bij een grotere negatieve druk is de long echter stugger en is zijn compliance kleiner.

De compliance is eveneens verlaagd als de pulmonale veneuze druk stijgt en de long sterk met bloed gevuld is.

Alveolair oedeem kan eveneens de compliance verminderen doordat dit het opblazen van sommige alveoli belemmert. Eveneens daalt de compliance als de long lange tijd niet geventileerd wordt, vooral als het longvolume klein is.

Men kan dus stellen dat er bij asbestpatiënten sprake is van een lage compliance doordat er stoornissen zijn in inspiratie en expiratie.

Een grote beïnvloedingsfactor is eveneens de verandering van het elastisch weefsel van de long. Door aantasting van asbest, zoals bij pleurale plaques, heeft men te maken met verkalking van het longvlies. Door deze verkalking gaat de soepelheid afnemen van het elastisch weefsel wat ook weer de ademhaling beïnvloedt.

### **7.4 Sluiting van de luchtwegen:**

Een sluiting van de luchtwegen treedt op bij mensen met heel lage longvolumes.

Het kan eveneens ook al optreden bij het bereiken van de functionele residuale capaciteit. De oorzaak hiervan is dat de long iets van zijn elastische retractiekracht verliest, waardoor de intrapleurale druk minder negatief wordt en onderste longgedeelten slechts intermitterend worden geventileerd, hetgeen leidt tot onvoldoende gaswisseling.

Deze situatie ontstaat meestal bij chronische longaandoeningen zoals bijvoorbeeld mesotheliom.

*“Bronvermelding: Literatuur nr.2”*

***II. Praktijkbeleving:  
Invloed op het dagelijkse leven  
van de patiënt***

## **1. Observatie van de slachtoffers:**

In vorige delen van het werk heeft u een duidelijker beeld gekregen van wat een asbestvezel allemaal teweeg kan brengen en welke rechtstreekse effecten het heeft op de longen. Maar, hoe zit het met het dag dagelijks leven van de asbestslachtoffers?

Uit de geraadpleegde literatuur en gesprekken met artsen is gebleken dat veel patiënten met chronische longziekten last hebben van psychologisch disfunctioneren. Angst en depressies kunnen het dagelijks leven enorm belemmeren en kortademigheid bevorderen. Ook zal hierdoor de lichamelijke conditie achteruitgaan door een beperkte neiging om dingen te ondernemen.

Te horen krijgen dat je besmet bent, je bewust worden van de consequenties, weten dat je de ziekte de rest van je leven zal meedragen, ... het is niet bepaald hoopgevend.

De patiënten met pleurale plaques krijgen over het algemeen allemaal met dezelfde knelpunten te maken: onzekerheid, angst, pijn, benauwdheid, spanning, emoties, beperkingen,...

Ik ben deze problemen nader gaan bestuderen.

Door selectieve waarneming, interpretatie en conclusietrekking heb ik verschillende vergelijkingen kunnen maken in de praktijk.

In eerste instantie heb ik de patiënten aan een vragenlijst onderworpen (zie bijlage 2 A en B).

Naar aanleiding van de antwoorden daarop ben ik de patiënten verder gaan bevragen omtrent hun emoties, sociale relaties en knelpunten binnen de familie.

Het is mij ondermeer opgevallen dat de patiënten vooral te kampen hebben met frustratie.

Het hebben van een ongeneeslijke aandoening op zich werkt frustratie-gevoelens in de hand.

De patiënten die lijden aan de pleurale plaques oftewel pantserlong zitten vaak met een opgekropt angstgevoel. Angst om van hun niet direct levensbedreigende aandoening te evolueren naar een kankerende asbestziekte met een veel slechtere prognose.

Eveneens is het voor de familie geen eenvoudige klus om het hoofd recht te houden en tegelijkertijd de patiënt bij te staan in zijn ziekteprocessen.

Vaak kunnen partners door hun ongerustheid en goedbedoelde adviezen de patiënt bijkomend belemmeren in zijn/haar leven. Dit kan dan weer leiden tot relationele problemen en het levensplezier verzuren.

Deze factoren en individuele spanningen vormen mee de verklaring voor een hoger risico op een geïsoleerd bestaan van de patiënt.

De angstgevoelens, de frustratie,... bespreken we in een volgende deel. Eerst gaan we na hoe zo een probleem als frustratie, angst,... kan ontstaan en wat men er als familie, verpleegkundige,... aan kan doen.

## **2. Proces tot het komen van een concrete probleemstelling:**

Hoe kunnen wij als verpleegkundigen bijdragen in het opvangen en begeleiden van patiënten met een ongeneeslijke aandoening?

Door het inventariseren van de klachten, spanningen, beïnvloedingsfactoren en levensgewoonten van de patiënt en zijn omgeving kunnen we een beeld schetsen van de concrete problemen.

We nemen de belevingswereld van de patiënt als vertrek- en eindpunt in het zorgverleningproces.

Vertrekkende vanuit de belevingswereld worden relevante verpleegproblemen geïdentificeerd.

Een verpleegprobleem is een probleem dat zich bij de patiënt voordoet waarbij verpleegkundigen trachten doelen voorop te stellen om zo gunstige interventies in te stellen om de patiënt te helpen binnen zijn problematiek.

Men onderscheidt enerzijds het onvermogen van het patiëntstelsel en anderzijds de situatie waarin men zich bevindt (de probleemsituatie).

Het verpleegkundige handelen moet gericht zijn op het reduceren of helpen oplossen van de problemen zodat ze voor (door) de patiënt hanteerbaar worden.

*“Bronvermelding: Cursussen nr.1”*

## **3. De eigenlijke probleemstelling: Frustratie:**

Zoals eerder vermeld hebben de patiënten vaak te maken met een kluwen van uitlokkende stressfactoren die resulteren in een frustrerende probleemsituatie.

Dit gevoel van frustratie overheerst alles en kunnen we dan ook als hoofdprobleem omschrijven.

Wat is frustratie? Dat is een gevoel van onbehagen en onmacht, als gevolg van een belemmering in de doelbereiking. U wilt iets bereiken, maar dat lukt niet.

In het Kramers Nederlands Handwoordenboek staat dit begrip als volgt omschreven: ontzegging, verijdeling, teleurstelling; psychologische remming van de persoonlijkheidsontwikkeling door complexen en/of ontzeggingen van fundamentele behoeften.

Dit is zeer beknopt een goede beschrijving van hoe ik de slachtoffers heb ervaren.

Het is inderdaad een zeer frustrerende situatie voor de asbestslachtoffers.

Ze weten dat ze lijden aan een aandoening waar ze nooit meer vanaf zullen geraken.

Vaak is het voor de patiënten ook zeer deprimerend niet te weten waar ze de besmetting hebben opgelopen en het is eveneens ook moeilijk te verwerken dat er geen behandeling tegen bestaat.

#### **4. Een aandachtvragend probleem:**

Door de lange incubatietijden zullen er op dit moment de meeste patiënten worden opgenomen met een longaandoening ten gevolge van asbestbesmetting.

Hierdoor kunnen we spreken van een actueel probleem.

Zoals eerder vermeld doet zich nu een piekmoment voor dat zal afzakken over een tiental jaren.

Om die reden vragen deze aandoeningen en de problemen die zich voordoen bij de patiënten extra aandacht.

Waaruit vloeit de frustratie voort? Wat zijn de onderliggende beïnvloedingsfactoren?

Hebben we te maken met een manifest (de betrokkenen weten dat het probleem zich voordoet) of een bedekt (het probleem is aanwezig, doch sommige betrokkenen onderkennen het niet) probleem? Hoe kunnen we de slachtoffers zo goed mogelijk helpen?

Op deze vragen krijgt u in volgende delen een concreet antwoord.

#### **5. Definiëring van de voornaamste beïnvloedingsfactoren:**

Frustratie ontstaat niet zomaar. Het wordt uitgelokt door emoties, prikkels, omgevingsfactoren,... die voor de patiënt zeer moeilijk te begrijpen, aanvaarden en verwerken zijn.

Uit mijn onderzoek is gebleken dat er twee belangrijke aspecten de oorzaak zijn van de frustratie. Bij de patiënten die werden bestudeerd kwamen angst en pijn telkens naar voor als hoofdoorzaak van de frustratie.

Wat is angst?

Angst is een gevoel van vrees dat kan variëren van lichte belemmering tot hevige paniek.

Het is zeer persoonsgebonden en de drempel en ervaring liggen voor elke persoon anders.

Angst is dus een natuurlijk adaptatieproces dat achterhaald wordt door gebeurtenissen.

De beste oplossing is actie, want dat is de natuurlijke weg om de angst te laten wegvloeien en te transformeren. De eerste vraag die u zich moet stellen als u zich overmand voelt door angst, is dan ook: "Wat kan ik doen om me beter te voelen?"

Wat is pijn?

Puur biologisch gezien is pijn het gevolg van prikkeling van pijnreceptoren en zenuwvezels in de ruggengraat. Als we wat verder nadenken komen we een aantal problemen tegen.

Hoe komt het dat sommige mensen meer en sneller pijn ervaren dan anderen? Het lijkt erop dat een prikkel niet rechtstreeks naar de hersenen gaat, maar dat er een bepaalde drempelwaarde moet worden overschreden voor pijn gevoeld wordt. De hoogte van die drempel is bij iedereen verschillend.

Pijn kan gezien worden als informatie die vanuit het lichaam naar de hersenen gaat.

Wanneer die informatie in de hersenen aankomt wordt ze pas verwerkt en geïnterpreteerd.

Dit informatieverwerkingsproces kan op verschillende manieren beïnvloed worden.

Sommige processen zullen de interpretatie van de prikkel vergemakkelijken en anderen zullen dit bemoeilijken. Dit kunnen biologische, psychologische en sociale processen zijn.

Net omwille van deze verschillende processen gaan we de verschillende beïnvloedingsfactoren nader bekijken vanuit de praktijk.

## 6. Abstracte voorstelling:

We spraken reeds over de verschillende processen die angst, pijn en frustratie kunnen beïnvloeden.

Deze processen zijn van volgende aard:

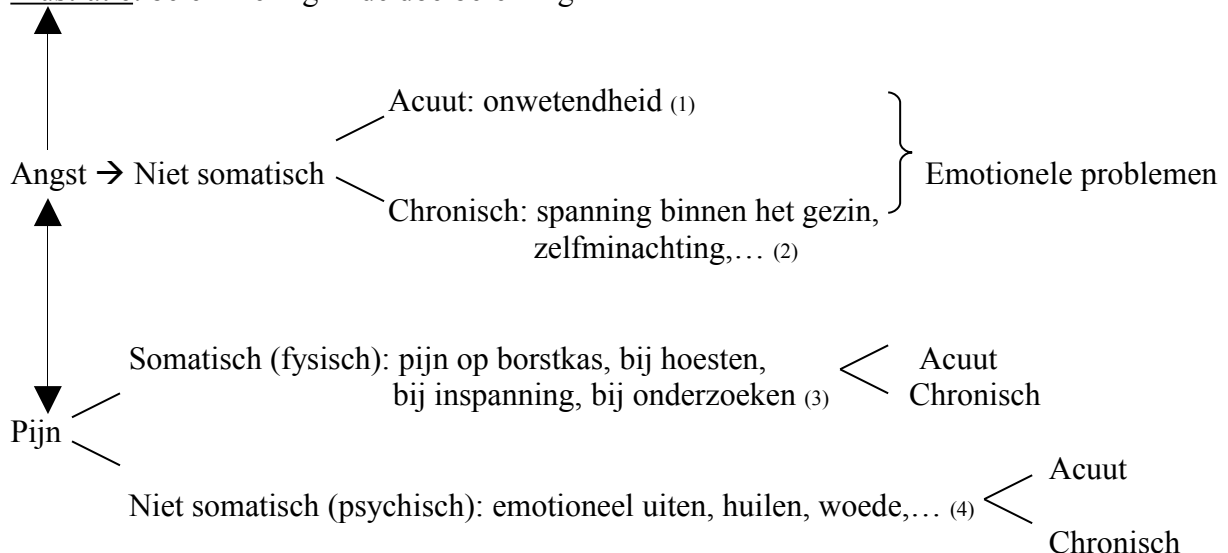
- Biologisch: lichamelijke klachten die optreden rechtstreeks ten gevolge van de pathologie
- Psychologisch: psychisch gebeuren; handelen en denken kunnen voortvloeien uit reële gebeurtenissen maar kunnen ook gemanipuleerd worden vanuit eigen bewustzijn
- Sociaal: wijze waarop de omgeving invloed heeft op het individu en manier waarop hij/zij ermee omgaat

Deze processen vullen elkaar zeer nauw aan en de verschillende problemen kunnen daardoor niet onder één bepaald proces geklasseerd worden.

Biologische processen leiden vaak tot psychologische problemen die dan weer negatieve gevolgen hebben op het sociale leefmilieu en vice versa.

U ziet een kleine schematische voorstelling van de verschillende relaties tussen frustratie, angst en pijn.

Frustratie: belemmering in de doelbereiking



(1): Acute angst: de patiënt is angstig voor de directe toekomst

(2): Chronische angst: de patiënt is aanhoudend angstig voor de toekomst en dit veroorzaakt problemen op emotioneel vlak en eveneens in de thuissituatie.

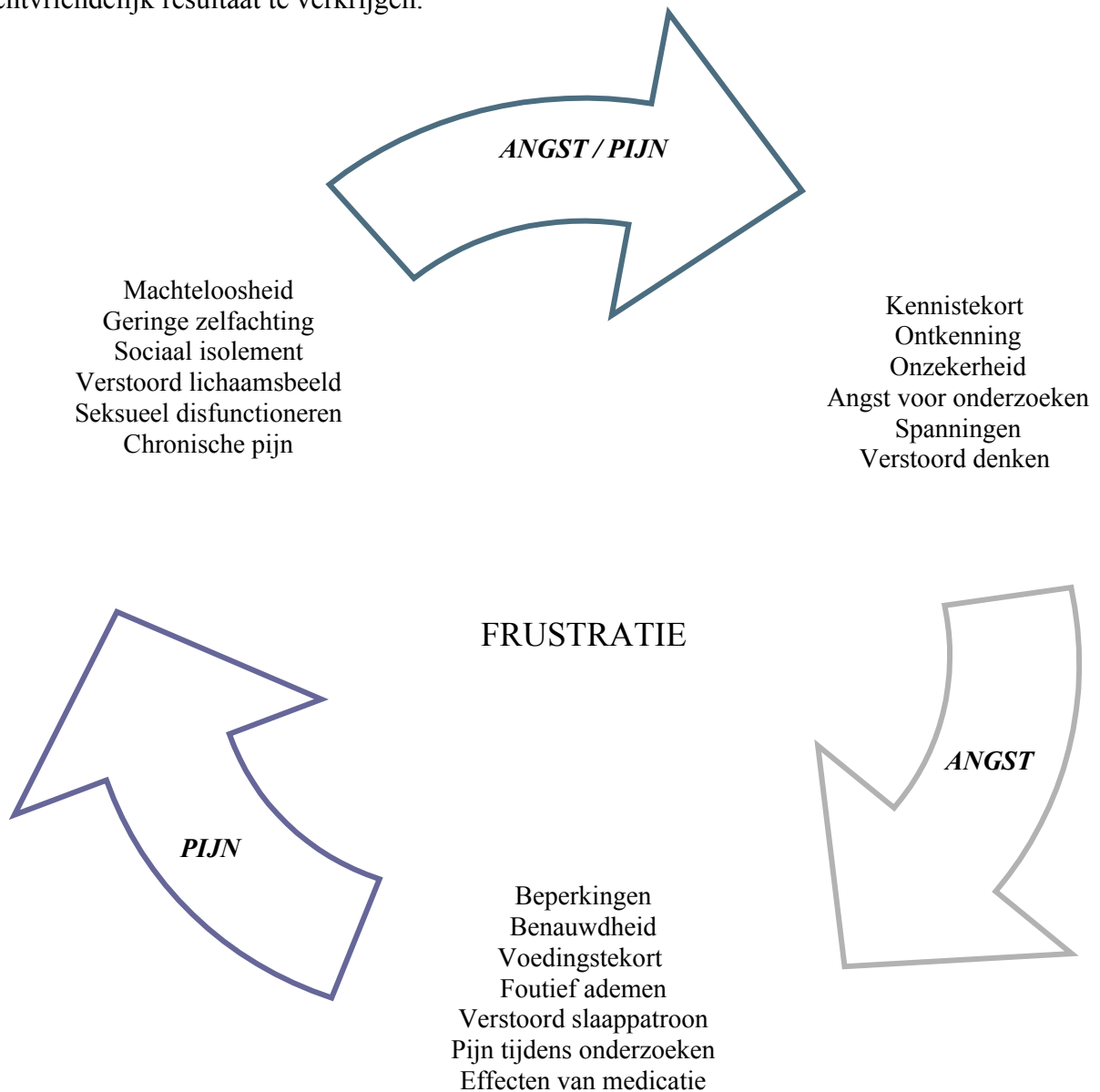
(3): Somatische pijn: bij de minste hoest of banale verkoudheid ervaart men meer pijn en angstgevoelens.

(4): Niet somatische pijn: dit werkt zeer stresserend waardoor men zich emotioneler gaat uiten.

De manier waarop hier de verschillende knelpunten op een abstracte wijze worden weergegeven, toont aan dat er een nauwe verbondenheid bestaat tussen frustratie, angst, pijn en diens bijkomende beïnvloedingsfactoren. Door deze nauwe verbondenheid van de hinderpalen kan men als het ware spreken van een vicieuze cirkel.

## 7. Weergave via cirkelschema:

Binnen dit cirkelproces dient men in feite elke schakel te benaderen en behandelen om een patiëntvriendelijk resultaat te verkrijgen.



Als we de vicieuze cirkel nader bekijken en de onderdelen uit elkaar trekken kunnen we de verschillende problemen apart definiëren.

Op deze wijze wordt het mogelijk doelen op te stellen, activiteiten te plannen om de doelen te bereiken en deze te evalueren.

Men noemt deze vorm van werken SVH oftewel het systematisch verpleegkundig handelen.



***III. Praktijkvoering:***  
**Systematisch verpleegkundig handelen:**

## 1. Angst:

Zoals eerder werd vermeld, bestaat frustratie niet als een alleenstaand aspect.

Het wordt veroorzaakt door verschillende probleemsituaties.

Angst en pijn zijn de twee hoofdproblemen die onderling nog eens kunnen onderverdeeld worden in subgroepen.

Om een duidelijk beeld te schetsen van de problematiek diepen we de twee hoofdproblemen verder uit op een verpleegkundig systematische wijze.

Personen worden vaak geconfronteerd met angstgevoelens binnen stresssituaties, bedreiging van het zelfbeeld, onbevredigde behoeften.

De patiënt heeft te kampen met overmatige opwindings, vrees, het gevoel tekort te schieten, vrees voor niet nader omschreven gevolgen, rusteloosheid, slapeloosheid, weinig oogcontact, op zichzelf gericht, verhoogde ademhalings- en hartfrequentie, concentratieproblemen,...

*“Bronvermelding: Literatuur nr.4”*

We trachten volgende doelstellingen te bereiken bij de patiënt:

- Patiënt kan onder woorden brengen hoe hij zich bij toenemende angst gedraagt en hoe hij dit proces het beste een halt kan toeroepen.
- Patiënt slaagt erin om zijn angst op een hanteerbaar niveau te houden

Bouw een vertrouwensrelatie op, wees eerlijk, geef consequente antwoorden en wees beschikbaar. Toon je oprechte, positieve waardering voor de patiënt.

Volgende vaardigheden verhogen het vertrouwen in de relatie tussen verpleegkundige, familie, artsen en patiënt: - eerlijkheid

- beschikbaarheid

- acceptatie

Geef de patiënt activiteiten te doen die geschikt zijn om zijn spanningen en angst te doen afnemen. Lichamelijke inspanning is heel geschikt om op een veilige en effectieve manier opgekropte spanningen kwijt te raken.

Het openstaan voor gevoelens en inwendige spanningsfactoren is vaak een grote drempel die de patiënt moet leren te betreden.

Moedig de patiënt aan om zijn werkelijke gevoelens onder woorden te brengen en deze als zijn eigen gevoelens te aanvaarden. Angstige patiënten ontkennen vaak dat er een verband bestaat tussen emotionele problemen en angst.

De afweermechanismen ‘projectie’ en ‘verplaatsing’ worden overmatig gehanteerd.

Onder projectie verstaan we vooral:

- problemen op andere zaken afschuiven
- elk naar gevoel aan zichzelf toeschrijven en de schuld voortdurend op zichzelf nemen

Bij verplaatsing denken we hoofdzakelijk aan:

- zich anders voordoen dan men in werkelijkheid is of wil zijn
- alles doen om maar niet te moeten toegeven dat ze bang zijn voor de pathologie en de toekomst

Het is van groot belang dat de patiënt vertrouwenspersonen rond zich heeft die hem bijstaan wanneer hij hier bewust of onbewust behoefte aan heeft.

Zorg ten allen tijde voor een rustige sfeer. Bied steun, maar pas op met aanrakingen.

Bij de ene patiënt werkt dit geruststellend, maar bij andere maakt dit achterdochtig en agressief.

Help de patiënt, als de angst is afgenomen, te bekijken welke gebeurtenissen aan de angstaanval voorafgingen.

Help de patiënt om signalen van toenemende angst te herkennen en zoek naar manieren waarop hij kan ingrijpen.

Angst treedt niet zomaar op. Volgende punten geven een duidelijker beeld van welke vormen van angst ik heb kunnen ontdekken bij de geobserveerde asbestslachtoffers.

### **1.1 Begripsomschrijving:**

Om van een bepaalde vorm van angst te kunnen spreken, moeten we de uitlokkende factoren van naderbij gaan bekijken.

Binnen dit onderdeel worden de angstverwekkende aspecten toegelicht zodat u een concreter beeld krijgt van wat er met deze zaken specifiek bedoeld wordt.

#### **a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning:**

Het gaat hier om een toestand waarin sprake is van een gebrek aan degelijke informatie.

Hierdoor kunnen onzekerheid en ontkenning optreden.

Soms kan men ook oorzaak vinden bij hevige angst of doordat de patiënt geen belangstelling toont om iets te leren.

Bepalende kenmerken zijn: het ontkennen van emotionele problemen en/ of niet meewerken aan de behandeling.

De patiënten kennen over het algemeen ook te weinig over hun rechten als asbestslachtoffer.

#### **b) Verstoord denken:**

Er is sprake van een ontregeling van het cognitieve functioneren. Vaak gaan de patiënten de werkelijkheid verkeerd interpreteren. Ze hebben te kampen met verminderde aandacht, verminderde concentratie, zijn gemakkelijk afgeleid, kunnen egocentrisch zijn, zijn minder goed in staat tot het nemen van beslissingen, blijven vaak terugkomen op negatieve ervaringen,...

#### **c) Machteloosheid:**

Treedt meestal op door een tekort aan positieve feedback.

#### **d) Geringe zelfachting:**

Komt meestal voor onder invloed van te weinig positieve feedback en/ of aangeleerde hulpeloosheid. De patiënt heeft het gevoel niets waard te zijn, maakt weinig oogcontact, zondert zich af en kan een negatieve en pessimistische kijk hebben op het verdere leven.

#### **e) Sociaal isolement:**

Het komt wel eens vaker voor dat een asbestslachtoffer zich gaat isoleren dit door de depressieve stemming die rond de ziekte hangt en het gevoel niets waard te zijn is ook erg

sterk. Men gaat dit herkennen aan de teruggetrokkenheid, de wens om alleen te zijn en vaak ook de geslotenheid van de persoon.

**f) Verstoord lichaamsbeeld:**

Vindt vaak oorzaak in hevige, onderdrukte angst, lage zelfwaardering, onbevredigde afhankelijkheidsbehoeften,...

Het zal zich uiten als gepreoccupeerd bezig zijn met een werkelijke of ingebeelde verandering van lichaamsbouw of van het lichamelijk functioneren. De patiënt zal eveneens opmerkingen maken over het uiterlijk die in geen verhouding staan tot de lichamelijke afwijking.

Vaak hebben de slachtoffers ook te kampen met angst voor reacties van anderen en zullen de negatieve gevoelens over het eigen lichaam duidelijk uiten.

Soms merkt men ook op dat ze sociaal minder actief zijn hierdoor.

**1.2 Opstellen van doelen met oog op patiëntvriendelijk resultaat:**

Als men duidelijkheid heeft verworven in de specifieke angstproblematiek moet men per uitlokkende factor een oplossing trachten te vinden. Hiervoor moet men eerst voor ogen hebben wat men wil bereiken. Het is dus noodzakelijk om doelen voorop te stellen.

Wat willen we bereiken met de patiënt?

U krijgt hier een opsomming van de doelstellingen die ik voor ogen hield.

**a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning:**

- patiënt legt uit wat het verband is tussen zijn lichamelijke klachten en stress
- patiënt toont aan de therapeutische technieken te kunnen toepassen om met stress om te gaan
- patiënt kent zijn rechten als slachtoffer en maakt hier ook gebruik van

**b) Verstoord denken:**

- uit de uitlatingen van de patiënt blijkt dat hij is georiënteerd op de werkelijkheid
- patiënt kan negatieve of irrationele gedachten op tijd herkennen en 'stopzetten' (ombuigen naar meer relationele gedachten).

**c) Machteloosheid:**

- patiënt vertelt welke stappen hij gaat ondernemen om meer grip op zijn leven te krijgen
- patiënt uit zijn werkelijke gevoelens over de aspecten van zijn leven waarop hij geen invloed heeft
- patiënt kan onder woorden brengen hoe hij van plan is de problemen op te lossen die een adequate rolvervulling in de weg staan

**d) Geringe zelfachting:**

- patiënt kan enkele positieve aspecten van zichzelf opnoemen
- patiënt kan assertief met anderen communiceren
- patiënt drukt zich wat optimistischer uit en heeft weer wat hoop voor de toekomst

**e) Sociaal isolement:**

- patiënt toont bereidheid of behoefte om met anderen om te gaan

- patiënt woont vrijwillig groepsactiviteiten bij
- patiënt benadert anderen op een adequate manier voor individuele interacties

**f) Verstoord lichaamsbeeld:**

- patiënt laat door zijn uitlatingen blijken dat hij een realistisch beeld heeft van zijn lichaam
- patiënt laat merken dat hij de veranderingen van zijn lichaamsbouw of lichamelijke functioneren heeft geaccepteerd
- richt zich op persoonlijke prestaties en is niet meer gepreoccupeerd met zijn vertekende lichaamsbeeld

### **1.3 Interventies om doelen te bereiken:**

Wanneer men duidelijk weet wat men wil bereiken, kan men stappen ondernemen om de doelstellingen te bereiken. Het is van belang te wikken en wegen en de situatie zo te benaderen dat je de beste interventies kan uitwerken.

**a) Kennistekort, onzekerheid en ontkenning:**

Beoordeel in hoeverre de patiënt weet dat psychische problemen effect kunnen hebben op het lichaam. Om een goed voorlichtingsplan te kunnen opzetten moet je over voldoende informatie over kennis van de patiënt beschikken. Beoordeel hoe angstig de patiënt is en in hoeverre hij bereid is om iets te leren. Bij meer dan matige angst is het niet mogelijk iets te leren.

Bespreek de uitslagen van de lichamelijke onderzoeken en het laboratoriumonderzoek dat is uitgevoerd. Leg aan de patiënt uit wat het doel van ieder onderzoek is en wat de uitslagen zijn. Bekijk samen met de patiënt welke gevoelens en angsten er bij hem spelen. Loop daarbij niet te hard van stapel. Deze gevoelens zijn mogelijk zeer lang onderdrukt geweest en het losmaken daarvan zal ongetwijfeld zeer pijnlijk zijn voor hem. Bied daarom veel steun.

Vraag de patiënt eventueel een dagboek bij te houden waarin hij de lichamelijke klachten neerschrijft. Vraag eveneens een lijstje bij te houden waarop hij de stressverwekkend situaties bijhoudt. Een vergelijking van deze gegevens kan objectieve gegevens opleveren op basis waarvan de relatie tussen de lichamelijke klachten en stress kan worden aangetoond.

Help de patiënt om te ontdekken welke behoeften door zijn rol als zieke worden bevredigd. Bespreek samen op welke andere, meer adequate manieren hieraan kan worden voldaan.

Leer hoe de patiënt zich assertiever kan opstellen. Bespreek dat het belangrijk is om het verschil te zien tussen passief, assertief en agressief gedrag en om de rechten van anderen te respecteren en tegelijkertijd voor de eigen fundamentele rechten op te komen.

Het vermogen om zich assertief op te stellen verhoogt de zelfwaardering en vergemakkelijkt de relatie met anderen.

Leg uit hoe de patiënt op een adequate manier met stress kan omgaan: bijvoorbeeld via het toepassen van ontspanningstechnieken, bewegen, mediteren, het doen van ademhalingsoefeningen of het toepassen van autogene training. Dit is een psychotherapeutische methode volgens Schultz, waarbij mensen door concentratie leren ontspannen. Met behulp hiervan kunnen angst en inadequaat gebruik van lichamelijke klachten worden verminderd.

De patiënten kennen over het algemeen te weinig over hun rechten als asbestslachtoffer.

Het is daarom zeer belangrijk hen er op te wijzen dat er speciale instellingen bestaan die hun ziekte registreren. Zo kunnen ze terecht bij het Fonds voor beroepsziekten. Dit fonds onderzoekt ondermeer de patiënt en gaat na in welke mate het slachtoffer arbeidsongeschikt is en in hoeverre de ziekte geregistreerd staat als beroepsziekte.

### **b) Verstoord denken:**

Laat de patiënt merken dat je accepteert dat hij zijn waandenkbeelden nodig heeft, maar laat hem ook weten dat je zijn overtuiging niet deelt. Het is belangrijk dat je de patiënt laat weten dat je zijn waan niet als werkelijkheid aanvaardt.

Ga niet over de denkbeelden van de patiënt in discussie en ontken ze niet. Met de patiënt in discussie gaan of het waandenkbeeld ontkennen heeft geen enkele zin; hierdoor zullen de waandenkbeelden niet verdwijnen en wordt de vertrouwensrelatie bemoeilijkt.

Gebruik technieken: wederzijdse bevestiging en duidelijkheid proberen krijgen, om communicatiepatronen te ontcijferen. Hierdoor kan de patiënt erachter komen hoe anderen hem ervaren, terwijl de verpleegkundige de verantwoordelijkheid op zich neemt voor het niet-begrijpen.

Benadruk de werkelijkheid en richt daar alle aandacht op. Geef positieve bekrachtiging als de patiënt onderscheid kan maken tussen gedachten en werkelijkheid. Positieve bekrachtiging verhoogt de zelfwaardering en is een aanmoediging om het gewenste gedrag vaker te laten zien.

Wees voorzichtig met aanraken. Achterdochtige patiënten kunnen aanraking als een bedreiging ervaren en daar agressief op reageren.

### **c) Machteloosheid:**

Geef de patiënt zo veel mogelijk verantwoordelijkheid voor zijn persoonlijke verzorging. Als je de patiënt wat keuzes laat, geef je hem het gevoel dat hij zelf meer in de hand heeft.

Geef positieve feedback voor iedere beslissing die de patiënt neemt en respecteer zijn recht om deze beslissingen zelfstandig te nemen, probeer hem niet op andere, misschien meer logische ideeën te brengen.

Help de persoon om haalbare doelen voor ogen te houden. Hij zal er niet in slagen om onhaalbare doelen te bereiken en dit zou zijn gevoel van machteloosheid alleen maar verergeren.

Help het slachtoffer om aan te geven op welke aspecten van zijn leven hij enige invloed kan uitoefenen. De emotionele toestand van de patiënt kan zijn vermogen om problemen op te lossen in de weg staan. Hij heeft hulp nodig om precies te kunnen vaststellen wat de voor- of nadelen zijn van verschillende keuzemogelijkheden.

Moedig de patiënt aan om zijn gevoelens over onvermogens onder woorden te brengen om te proberen de onopgeloste problemen aan te pakken en om te accepteren wat niet kan worden veranderd.

Zoek naar bezigheden waarmee hij iets kan bereiken. Moedig het ondernemen van die activiteiten aan en geef positieve bekrachtiging voor de deelname en de prestatie.

### **d) Geringe zelfachting:**

Deze zaken kan men enkel waarmaken mits goede begeleiding.

Men dient de patiënt te accepteren dit sterkt het gevoel van eigenwaarde.

Het is nodig dat men voldoende tijd besteed aan de patiënt zodat hij zich geaccepteerd voelt en zijn gevoel van eigenwaarde toeneemt. Help de patiënt om zijn sterke kanten, prestaties en ervaringen die hem een goed gevoel over zichzelf geven, te herkennen en zich hierop te richten. Besteed zo min mogelijk aandacht aan falen in het verleden. Door het erkennen en bespreken van positieve aspecten van de patiënt neemt zijn zelfwaardering toe. Door geen aandacht te schenken aan het steeds opnieuw oprakelen van problemen komt de patiënt hierop op den duur wat minder op terug.

Moedig het deelnemen aan groepsactiviteiten aan zodat de patiënt positieve feedback en steun kan krijgen. Help het asbestslachtoffer om aan te geven welke aspecten hij (binnen haalbare grenzen) aan zichzelf zou willen veranderen en help hem te bedenken hoe hij dit kan bereiken.

Een lage zelfwaardering kan het oordeel over het eigen probleemoplossend vermogen negatief beïnvloeden.

De patiënt moet zelfstandig kunnen functioneren zodat hij ook in zijn veel minder gestructureerde omgeving het hoofd boven water kan houden.

Ergens in slagen en hiervoor erkenning krijgen sterken het gevoel van eigenwaarde.

Leer de persoon hoe hij zich assertiever kan opstellen; vertel wat het verschil is tussen passief, assertief en agressief gedrag en leer hem het belang van respecteren van zichzelf.

Leer de patiënt enkele effectieve communicatietechnieken, zoals het gebruik van ik-mededelingen en benadruk hoe hij afkeurende uitlatingen over anderen en zichzelf kan vermijden.

#### **e) Sociaal isolement:**

Besteed veel tijd aan de patiënt. Dit kan ook betekenen dat je alleen maar naast hem zit zonder iets te zeggen. De aanwezigheid van een verpleegkundige of familielid heeft een gunstige invloed op het zelfbeeld van de persoon.

Zorg voor regelmatig contact en hanteer een accepterende houding. Moedig het deelnemen aan groepsactiviteiten aan, zodra de patiënt zich op zijn gemak voelt in een één-op-één relatie. Misschien is het nodig dat je de eerste paar keren met hem meegaat om morele steun te bieden. Accepteer de beslissing van de patiënt, als het te moeilijk wordt, om uit de groep te gaan. De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon geeft de patiënt een gevoel van veiligheid.

Als je hebt gemerkt dat het asbestslachtoffer niet aanwezig was op bepaalde activiteiten, laat dit dan niet onopgemerkt zodat het gevoel van eigenwaarde stijgt.

Breng de patiënt enkele assertiviteitstechnieken bij. De omgang met anderen wordt misschien bemoeilijkt doordat hij zich te passief of juist agressief opstelt. Als de patiënt weet hoe hij de assertiviteitstechnieken moet toepassen kan zijn zelfvertrouwen toenemen en kan hij zijn relaties met anderen verbeteren.

Bied zoveel mogelijk structuur en leer hoe hij anderen op een sociaal aanvaardbare manier kan benaderen. Geef positieve bekrachtiging voor iedere vrijwillige interactie van de patiënt met anderen.

Om het isolatieproces tegen te gaan is het belangrijk om de slachtoffers met lotgenoten in contact te brengen.

Zo heb ik mijn vader in contact gebracht met een andere asbestslachtoffers.

Het was voor hen een moment van ventilatie. Ze hebben nu eindelijk het gevoel gekregen iemand gevonden te hebben die hen begrijpt en perfect weet wat asbest allemaal doet met een menselijke lichaam.

In het begin loopt zo'n contact vrij stroef, maar eens ze de juiste verwoording gevonden hebben, is het een ware exploratie van gevoelens en ervaringen.

Het is duidelijk merkbaar dat de slachtoffers vaak al hun gevoelens opkroppen waardoor ze in een sociaal isolement terechtkomen.

Geef niet te snel de moed op om de patiënt uit dit isolement te halen. Het is namelijk vaak uit ongelof dat ze zich distantiëren van enige vorm van contact betreffende hun aandoening.



#### **f) Verstoord lichaamsbeeld:**

Het is van groot belang een vertrouwensrelatie op te bouwen om zo de persoon correct te kunnen begeleiden binnen de eventuele werkelijke lichaamsverandering of lichamelijk disfunctioneren. Beoordeel hoeveel de patiënt weet over het proces en geef informatie over de verschillende fasen en bijbehorende gevoelens. Kennis over de gevoelens die te verwachten zijn, helpen de patiënt om door het proces te komen.

Beoordeel in hoeverre de patiënt een vertekend beeld heeft van zijn lichaam. Corrigeer zijn eventuele onjuiste voorstellingen op een nuchtere, niet-bedreigende manier, maar schenk er geen aandacht meer aan als de patiënt ermee gepreoccupeerd blijft. Door geen aandacht te schenken aan het ongewenste gedrag, wordt dit wellicht ontmoedigd.

Help de patiënt om zijn eigen lichaamsgrenzen te (h)erkennen. Aanraking kan helpen om hem te laten merken dat hij door anderen wordt geaccepteerd en om zijn angst te verminderen dat hij wordt afgewezen vanwege veranderingen van zijn lichaamsbouw of lichamelijk functioneren.

Motiveer de patiënt om zichzelf zo veel mogelijk zelfstandig te verzorgen, maar spring bij wanneer dat nodig is.

Geef positieve bekrachtiging voor uitlatingen van de patiënt waaruit blijkt dat hij een realistisch lichaamsbeeld heeft. Positieve feedback verhoogt de zelfwaardering en is een aanmoediging om het gewenste gedrag vaker te laten zien.

## 2. Pijn:

De patiënt heeft te maken met lichamelijk lijden van blijvende of tijdelijke aard.

Dit werd al geschetst in de abstracte schematische voorstelling.

We kunnen verschillende aspecten bekijken. Pijn vloeit voort uit pathologische afwijkingen, maar eveneens uit eigen stimuli. In het schema werd de onderverdeling gemaakt tussen somatische en niet somatische pijn. Het is dus van belang een onderscheid te maken tussen deze twee vormen van pijn. Gaat het om lichamelijke of psychische pijn? Als men dit heeft achterhaalt, kan men stilstaan bij de resultaten die men de patiënt wil laten bereiken.

Binnen de pijnbehandeling trachten we volgende doelstellingen na te streven:

- patiënt kan een onderscheid maken tussen lichamelijke en psychische pijn
- patiënt heeft zijn grenzen leren verleggen
- patiënt heeft een oplossing gevonden om met de pijnsituaties om te gaan

Pijn is net zoals angst een uitlokkende factor voor frustratie, zeker als de pijn chronisch wordt. Het grootste frustratiepunt is het feit dat er geen medicamenteuze behandeling bestaat tegen de asbestbesmetting.

Men kan enkel bijkomstige pathologieën behandelen. We spreken hier dus van een ondersteunende behandeling.

Vaak krijgen de patiënten last van vernauwde luchtwegen waardoor astma ontstaat.

Hiervoor krijgen ze een turbohaler. In de volmond noemt men dit een “puffer”.

Er zijn verschillende vormen op de markt, maar het gaat telkens om luchtpijpverwijdende medicatie, inhalatiepoeder (bijlage 6).

Er bestaan drie soorten inhalatiemedicatie:

- a. De bronchodilatoren: zetten enkel en alleen de luchtpijpen open (Duovent, Ventolin, Bricanyl,...)
- b. De inhalatiesteroïden: hebben een zeer ontstekingsremmend effect (Pulmicort, Flixotide, Becotide,...)
- c. De combinatiepreparaten: hebben een bronchodilaterend én een anti-inflammatoir effect. Deze worden bijgevolg steeds meer voorgeschreven (Symbicort Turbo, seretide Discus,...)

De klassieke puffers met drijfgas zullen geleidelijk aan vervangen worden door droogpoeder-inhalatoren en dit om milieuvriendelijk redenen (ter bestrijding van het gat in de ozonlaag).

Zoals elke medicatie kunnen ook deze geneesmiddelen nevenwerkingen veroorzaken.

Ze komen evenwel niet altijd en niet bij iedereen voor.

1. Na het innemen van luchtwegverwijdende medicatie kan het zijn dat de patiënt last krijgt van een droge mond, hoest, slechte smaak, hoofdpijn, snelle pols, beverigheid. Indien de patiënt last heeft van hoesten na het inhaleren, kan het helpen om vooraf een slokje water te drinken. Indien de klachten uitgesproken zijn, moet men de arts verwittigen.
2. Na het innemen van ontstekingsremmers kunnen ter hoogte van de mond en keel heesheid, keelpijn en schimmelinfectie voorkomen. Deze nevenwerkingen kan men vaak vermijden door de mond te spoelen en te gorgelen met een beetje water nadat men geïnhaleerd heeft. Men mag het water niet inslikken. Als de patiënt last blijft hebben, kan hij best de medicatie innemen vlak voor het eten.

## **2.1 Begripsomschrijving:**

Binnen het behandelen van de pijn moeten we ook even verder kijken en net zoals bij het begrip angst de verschillende factoren en interventies bespreken.

Er zijn wederom verschillende aspecten die het gevolg kunnen zijn van de pijn of op zich pijn veroorzaken.

### **a) Pijn tijdens onderzoeken:**

De patiënt kan de verschillende ademhalingsonderzoeken,... als pijnlijk ervaren. Het kan effectief gaan om pijn, maar het kan ook als onaangenaam ervaren worden door te weinig concrete informatie en doordat het vaak onverwachts dient te gebeuren.

### **b) Foutief ademen:**

Door de pijn die de patiënt ondervindt, gaat hij een eigen wijze van ademen trachten aan te nemen. Een wijze die het minste vermoeiend of pijnlijk lijkt op het eerste zicht. Helaas zal deze vorm van foutief ademen op langere termijn een negatieve invloed uitoefenen op de vitale capaciteit.

### **c) Beperkingen:**

Door de asbestbesmetting heeft de patiënt te kampen met heel wat beperkingen. Zo kan het zijn dat de persoon rokerige ruimtes moet vermijden daar hij anders een verstikkingsgevoel krijgt. Eveneens komt het voor dat patiënten hinder ondervinden bij mistig vriesweer.

De bijkomstige pijn betekent vaak helemaal een rem. De patiënt kan of durft niet meer te leven als voorheen. Hij gaat minder actief door het leven en ziet nog zelden het plezier van bepaalde zaken.

### **d) Seksuele disfunctie:**

Beïnvloedende factoren zijn: waardeconflict, te weinig privacy, het ontbreken van een significante ander, verandering van lichamelijk functioneren, verkeerde of te weinig informatie, depressie, pijnervaringen, hevige angst, relationele problemen,...

Het uiten van een of meer van de volgende problemen kan voorkomen:

- afwezigheid van verlangen naar seksueel contact
- gevoelens van walging of angst
- paniekreacties
- afwezigheid van opwindning
- pijn tijdens de gemeenschap

De betrokkene geeft aan dat hij er niet in slaagt om de gewenste seksuele bevrediging te ervaren.

### **e) Voedingstekort:**

Het gaat hier om verminderde voedselinname door depressieve stemming en gebrek aan eetlust.

### **f) Verstoord slaappatroon:**

Slaapstoornissen vinden vaak oorzaak binnen angst, vrees, stresssituaties, onwennigheid,...

Bepalende kenmerken zijn: klachten over inslapen, vroeger of later wakker worden dan gewenst, onderbroken slaap, veelvuldig gapen, lusteloosheid, loomheid, donkere wallen onder ogen,...

## **2.2 Opstellen van doelen met oog op patiëntvriendelijk resultaat:**

Nadat we een duidelijkheid hebben gecreëerd omtrent de aard van de problematiek gaan we na welke doelen we willen bereiken bij de patiënt.

### **a) Pijn tijdens onderzoeken:**

- patiënt kent het verloop van de onderzoeken en kan zich mentaal voorbereiden op een onaangename gebeurtenis
- patiënt kan aangeven op rustige manier in hoeverre hij het onderzoek aan kan
- patiënt kan rustig blijven en zijn gedachten van de pijn afzetten omdat het onderzoek noodzakelijk is

### **b) Foutief ademen:**

- patiënt leert een niet schadelijke ademhaling te hanteren
- patiënt leert niet in paniek te geraken als de ademhaling bemoeilijkt wordt
- patiënt kan de nodige stappen ondernemen om de ademhaling terug stabiel te krijgen

### **c) Beperkingen:**

- patiënt leert om te gaan met de beperkingen die de pijn met zich meebrengt
- patiënt weet hoe hij zich moet opstellen ten opzichte van zijn familie

### **d) Seksuele disfunctie:**

- patiënt ziet het verband tussen lichamelijke of psychosociale factoren en zijn seksuele problemen
- patiënt kan zonder zich ongemakkelijk te voelen met zijn partner over de seksuele relatie praten
- patiënt en partner geven aan dat ze seksuologische hulp wensen te ontvangen
- patiënt zegt dat hij zijn seksuele activiteiten op een voor hem en zijn partner bevredigende manier heeft hervat

### **e) Voedingstekort:**

- patiënt is langzaam in gewicht aangekomen
- vitale functies, de bloeddruk en de laboratoriumwaarden van het bloed zijn normaal
- patiënt is in staat om uit te leggen wat het belang is van voldoende voedsel- en vochtinname.

### **f) Verstoord slaappatroon:**

- patiënt zegt geen slaapstoornissen meer te hebben
- geen constatering meer van slaapstoornissen
- patiënt valt binnen dertig minuten in slaap en slaapt zes tot zeven uur zonder wakker te worden

## **2.3 Interventies om doelen te bereiken:**

Per knelpunt trachten we de doelstellingen te volbrengen door middel van geschikte interventies.

### **a) Pijn tijdens onderzoeken:**

Het grootste probleem is vaak dat de patiënt niet voldoende geïnformeerd is omtrent het verloop van het onderzoek.

De patiënt gaat zich opboeien waardoor de pijn en ongemakken lijken toe te nemen.

De onderzoeken zijn alles behalve aangenaam en dienen dus eerlijk toegelicht te worden.

Het is zeer belangrijk dat de patiënt correcte en volledige uitleg krijgt betreffende de ongemakken van de onderzoeken.

Men moet ook rekening houden met de capaciteiten van de patiënt. Als hij niet in staat is een onderzoek te volbrengen dient men de acties te fractioneren.

### **b) Foutief ademen:**

Ga na in welke mate de patiënt een foutieve ademhaling hanteert.

Kortademigheid dient behandeld te worden.

Met behulp van een kinesist kan de patiënt oefeningen uitvoeren die de ademhaling ten goede komen.

Het is hoofdzakelijk zeer belangrijk de patiënt erop te wijzen als hij te stressmatig gaat ademen.

Hanteer hiervoor een zeer patiëntvriendelijke wijze. Ga na wat de uitlokkende factor is van de afwijkende ademhaling en tracht hierop in te spelen.

### **c) Beperkingen:**

Het is niet de bedoeling je hele gezinssituatie om te gooien, maar tracht zo veel mogelijk rekening te houden met de beperkingen die de ziekte met zich meebrengt.

Ga na wat de patiënt kan en niet kan en in welke mate hij bepaalde activiteiten kan volhouden.

Zoek samen naar een gulden middenweg. De zaken die de patiënt leuk vindt moet je optimaliseren.

Geef de patiënt een gevoel van waardering zodat hij de problemen niet gaat verdringen maar er mee leert om te gaan.

### **d) Seksuele disfunctie:**

Inventariseer de voorgeschiedenis van de patiënt op het gebied van seksualiteit en ga na in hoeverre de patiënt een bevredigende seksuele relatie had.

Onderzoek hoe de patiënt zelf tegen het probleem aankijkt. Hij heeft misschien een heel andere voorstelling van hoe het probleem in elkaar zit.

Help hem te achterhalen in welke periode het probleem is begonnen en bespreek wat er zich op dat moment in zijn leven afspeelde.

Ga na of de patiënt gedeprimeerd of vermoeid is. Door depressie en vermoeidheid nemen het enthousiasme voor en de behoefte aan seksueel contact af.

Moedig de patiënt aan om te praten over het ziekteproces dat zijn seksuele functioneren bemoeilijkt. Maak hem eveneens duidelijk dat hij door middel van seksuologische therapie kan leren op andere wijzen te functioneren met oog op meer tevredenheid naar de seksuele relatie.

Moedig hem aan om vragen te stellen over seks en over zijn zorgen omtrent zijn functioneren. Als hij meer weet en een aantal misverstanden uit de weg heeft geruimd zal hij zich minder machteloos en angstig voelen. Hierdoor is het tevens makkelijker om tot een oplossing te komen.

#### **e) Voedingstekort:**

Als je merkt dat het te drastisch wordt kan je een diëtist raadplegen. Bepaal samen in overleg hoeveel calorieën de patiënt per dag nodig heeft om voldoende voedingsstoffen naar binnen te krijgen en een haalbare gewichtstoename te bewerkstelligen.

Zorg voor een vezelrijk dieet om obstipatie te voorkomen. Moedig de patiënt aan om meer te drinken en te bewegen om een normale stoelgang op gang te brengen. De extra vochtinname is ook noodzakelijk in verband met lichte dehydratie. Depressieve patiënten hebben door hun vertraagde psychomotoriek snel last van obstipatie.

Het is van groot belang een vochtbalans en voedselschema bij te houden.

Gewichtsverlies of –toename is belangrijke informatie, vandaar is het noodzakelijk de patiënt regelmatig, zo nodig dagelijks, te wegen.

Ga na waar de patiënt van houdt en zorg samen voor het favoriete eten. Als de persoon desondanks nog steeds geen eetlust heeft, is het misschien aan te raden om in plaats van drie hoofdmaaltijden, regelmatig kleine maaltijden aan te bieden. Grote hoeveelheden voedsel kunnen een patiënt met een slechte eetlust erg tegenstaan of zelfs onverdraaglijk voor hem zijn.

Blijf er bij zitten om hem eventueel te helpen en om steun en aanmoediging te geven. De maaltijd is een sociale gebeurtenis en de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon kan de patiënt een gevoel van veiligheid bieden.

Houd laboratoriumuitslagen in de gaten en geef opvallende veranderingen door aan de arts. Bekijk of het serumalbumine, de hoeveelheid natrium in het serum en het ureumgehalte weer op normale waarden komen. Het is eveneens zeer belangrijk dat men de patiënt voldoende inlicht. Hij weet misschien niet genoeg over het effect van voedsel op het algemene welbevinden of heeft hierover verkeerde informatie.

*“Bronvermelding: Literatuur nr.4”*

#### **f) Verstoord slaappatroon:**

Observeer het slaappatroon van de patiënt en noteer onder welke omstandigheden de slaap wordt onderbroken. Voordat er iets kan worden gedaan moet eerst worden bepaald wat het probleem is.

Bekijk de verstoringen van het slaappatroon die in direct verband staan met een bepaalde vrees of angst.

Blijf bij de patiënt zitten tot hij in slaap valt. De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon geeft een zeker gevoel van veiligheid.

Zorg er voor dat er geen cafeïnehoudende dranken of etenswaren genuttigd worden vlak voor het slapengaan. Dit stimuleert namelijk het centrale zenuwstelsel en kan de slaap verstoren.

Neem ontspannende maatregelen die slaapbevorderend zijn, zoals bijvoorbeeld een rugmassage,... Het lichaam reageert op een vast patroon van rust en activiteit en past zich hierbij aan.

Zorg dat er iemand beschikbaar kan zijn voor de patiënt als hij midden in de nacht wakker wordt en angstig is.

### **3. Specifieke aandachtspunten naar de praktijk toe en evaluatie:**

Sommige stappen die ik ondernomen heb om de problematiek aan te pakken waren zeer voor de hand liggend.

Empathie en vertrouwen zijn de sleutel tot vele hindernissen.

Toch zijn er enkele ervaringen waar ik nog even bij stil wil blijven staan.

Ze vragen extra aandacht en kunnen adviserend zijn bij patiënten die dezelfde knelpunten hebben ondervonden in hun leefmilieu en gezinssituatie.

Naar aanleiding van de besproken verpleegproblemen is het eveneens zeer belangrijk even de taak van de sociale dienst toe te lichten.

Deze helpen de patiënt en zijn familie op sociaal en administratief gebied.

Veel asbestslachtoffers weten niet dat ze terecht kunnen bij een fonds dat hen een uitkering geeft naargelang de gradatie van hun aandoening.

Dankzij de tussenkomst en adviezen van de sociale dienst wordt een duidelijker beeld geschept omtrent de registratie en eventuele uitkering binnen de pathologie.

Het is de bedoeling dat ze zich laten registreren en onderzoeken.

Zodoende komen ze meer te weten over de erkenning van asbestziekten als beroepsziekten.

#### **3.1 Kennistekort inzake het Fonds van Beroepsziekten:**

De asbestziekten zijn in België erkend als beroepsziekten sinds 1953. Tussen 1953 en 1964 werden er 6 à 7 gevallen van asbestose per jaar genoteerd. Dit aantal liep op tot 29 gevallen in 1974 en respectievelijk 103 en 111 gevallen in 1982 en 1983. Deze toename was voornamelijk te wijten aan:

- de oprichting van bedrijfsgeneeskundige diensten in de meeste firma's
- een betere kennis van de door asbest veroorzaakte long- en pleura-aandoeningen door de bedrijfsartsen
- een sterk verbeterde diagnostische apparatuur

Schematische weergave van het aantal slachtoffers genoteerd van 1970 tem afgelopen jaar:

<b>Jaar</b>	<b>Asbestose</b>	<b>Mesothelioom</b>	<b>Longkanker</b>	<b>Goedaardige aandoeningen</b>	<b>Larynxkanker</b>
	1.301.21	9,307	1.301.23 & 9308	9.301.20	9310
1970	7				
1971	19				
1972	12				
1973	16				
1974	29				
1975	42				
1976	36				
1977	52				
1978	41		1		
1979	39		0		
1980	72		3		
1981	35		2		
1982	58		1		
1983	123	1	0		
1984	203	10	3		
1985	144	12	2		
1986	163	27	4		
1987	115	34	4		
1988	124	24	7		
1989	149	33	4		
1990	122	25	7		
1991	207	35	6		
1992	268	42	6		
1993	211	38	12		
1994	203	50	3		
1995	250	35	13		
1996	247	46	11		
1997	230	60	19		
1998	230	63	16		
1999	88	33	16		
2000	75	65	27	2	
2001	47	59	30	12	
2002	51	75	46	14	
2003	51	92	40	9	1
2004	34	77	39	6	1
<b>Totaal:</b>	<b>3,793</b>	<b>10,243</b>	<b>10,243</b>	<b>43</b>	<b>2</b>

*“Fonds voor Beroepsziekten”*



Op dit moment krijgen er in België ongeveer 500 personen een uitkering door het Fonds van Beroepsziekten voor een of andere aandoening veroorzaakt door asbest.

Het Fonds voor Beroepsziekten spreekt zich uit op grond van criteria die verschillen van de ene ziekte tot de andere. In de onderstaande tabel zijn de criteria aangegeven.

Ziekte	Criterium
Pleuraplaques	Afmetingen van de plaques
Diffuse pleuraverdikking	CT-scan en longfunctietests (LFT's)
Longfibrose	LFT's (restrictief syndroom)
Longkanker	Een van de volgende criteria, minstens tien jaar voor de aanvraag van de ziekte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezigheid van asbestose of diffuse, aan asbest gerelateerde verdikkingen</li> <li>- gedurende minstens tien jaar in bepaalde omstandigheden of in een bepaald beroep</li> <li>- beroepsmatige blootstelling aan minstens 25 vezeljaren (*)</li> <li>- hoeveelheid asbestlichaampjes in het droge longweefsel of het lavagevocht (licht- of elektronenmicroscopie)</li> </ul>
Mesotheloom	Mesotheloomregister (advies van een panel samengesteld uit experts die uitspraak doen over de diagnose op verzoek van het Fonds voor Beroepsziekten)

(\*) Berekening van de vezeljaren: één vezeljaar = 1 (aantal asbestvezels per cm<sup>3</sup> lucht) x jaar

*“Bronvermelding: Tijdschriften nr.1”*

Het is gelukt, mits goed onderlegde gesprekken en voorbeeldgegevens, om bepaalde slachtoffers ertoe aan te zetten zich te laten registreren bij het Fonds voor beroepsziekten.

In eerste instantie viel het op dat de patiënten schrokken over hun uitkering.

Het wordt namelijk gezien en verwoord als een invaliditeitsuitkering. De slachtoffers worden aan de hand van de aandoening en hun klachten gegradeerd. Deze gradatie komt overeen met het aantal procent waarin ze invalide verklaard worden. Dit cijfer bepaalt eveneens het bedrag dat ze maandelijks betaald krijgen.

Enerzijds zijn ze tevreden dat ze deels vergoed worden voor wat hen werd aangedaan, anderzijds is de benaming invaliditeitsuitkering een deprimerende stempel bovenop de situatie.

### 3.2 Sociaal isolement:

Laat je als verpleegkundige, partner of gezinslid van het asbestslachtoffer niet ontmoedigen, maar streef samen naar levensomstandigheden die zo gunstig mogelijk zijn.

Binnen het samenstellen van een werk is het altijd de bedoeling zo objectief mogelijk de zaken weer te geven. Toch wil ik even op subjectieve wijze bepaalde dingen verwoorden. Daar wij binnen ons gezin ook de spanningen hebben meegemaakt door de ziekte van mijn vader kan ik met zekerheid volgende punten zeggen...

*“Wees de steunende schouder waar de patiënt onrechtstreeks toch steeds naar verlangt. Ook al lijkt het vaak op eenrichtingsverkeer, niets is minder waar! Tracht je een weg te banen door de spanningen heen... wat je nadien bekomt is nog veel intenser dan ooit te voren.”*

De meest positieve interventie om het isolement te bestrijden was toen ik de asbestslachtoffers samenbracht.

Het was een nieuwe ervaring voor zowel de patiënten als voor mij.

We hebben er beide veel uit geleerd.

Volgende zaken verdienen toch even de aandacht.

In eerste instantie ervoeren ze de andere persoon als terughoudend. Zelf beschouwden ze zich als een indringer in andermans persoonlijke situatie.

Naarmate het gesprek vorderde, werd het voor hen gemakkelijker daar ze stelselmatig beseften in dezelfde situatie te verkeren.

Achteraf vroeg ik de patiënten wat er door hen heen ging tijdens het gesprek met de anderen.

Zowel mijn vader als de andere slachtoffers wisten me te vertellen dat ze zich vooral afvroegen of ze er wel goed aan deden een ander met hun miserie op te zadelen.

De gevoelens stemden sterk overeen. Er hing een zenuwachtige sfeer, wat de patiënten ook ervoeren. Ze gaven achteraf toe dat deze zenuwachtigheid voortkwam uit de angsten die de aandoening met zich meebrengt. Ze lijden aan een ongeneeslijke ziekte en weten dit, maar durven er niet openlijk voor uitkomen.

Een zeer gunstig resultaat is het feit dat de samenkomst de patiënten ook iets geleerd heeft.

Ze hebben de gelegenheid gekregen te praten met personen die beter dan wie dan ook de situatie begrijpen. Het is zeer belangrijk te praten met lotgenoten.

Alles voor jezelf houden en opkroppen is geen goede zaak, dit beseffen de slachtoffers nu meer dan ooit daar hun familie ook betrokken is in de situatie.

Eerder aangrijpend was het moment waarop de patiënten blijkgaven van hun schuldgevoelens ten opzichte van hun gezin.

Ze denken dat ze hen tekort doen door de belemmering van hun ziekte. Ze hebben geen normale gezinssituatie meer.

Ze beseffen ondanks dat hun vrouw en kinderen niets kunnen doen aan de problematiek ze toch vaak machteloos staan tegenover de situatie en zich gaan afvragen of ze schuld hebben aan de neerslachtigheid.

De patiënten laten daarom zo weinig mogelijk van hun ongemakken zien om de familie niet onnodig te beangstigen.

Zo wil mijn vader ons bijvoorbeeld niet opzadelen met zijn onzekerheden, maar toch leven we dagelijks in een soort stresserende sfeer.

Dankzij de gesprekken mindert dit stelselmatig, maar de angst omtrent het verdere verloop van het ziekteproces blijft bestaan.

### **3.3 Pijn:**

Het is en blijft een zeer frustrerende zaak dat het een ongeneeslijke ziekte betreft.

De aërosoltherapie en turbohalers werken niet voor elke patiënt binnen het behandelen van bijkomstige aandoeningen.

Wat me opviel bij de slachtoffers is dat vooral oefeningen op een correcte en minst inspannende ademhaling het beste resultaat heeft op het verminderen van pijn en stressgevoelens.

Deze vorm van oefeningen noemde men respiratoire revalidatie (bijlage 7).

Respiratoire revalidatie is minstens even belangrijk als aërosoltherapie of turbohalers.

Het is bestemd voor alle patiënten die lijden aan een respiratoire aandoening van de luchtwegen.

Onder professionele begeleiding werken zij aan een betere conditie.

Men weet dat asbestslachtoffers nooit meer dezelfde longcapaciteit krijgen als voorheen, maar het is wel bewezen dat ze, indien ze regelmatig oefenen en daarbij rekening houden met hun polsslag, hun algemene conditie aanzienlijk kunnen verbeteren.

De training geeft een gunstige invloed op de uithouding en meer specifiek op de ademhaling. Revalidatie vermindert het gevoel van kortademigheid, verbetert de levenskwaliteit en vermindert het aantal ziekenhuisopnames.

In een aangename sfeer voeren de patiënten de oefeningen gecontroleerd uit.

Het oefenprogramma is individueel aangepast en wordt progressief opgebouwd, rekening houdend met de fysische en psychische mogelijkheden van de patiënt.

**Besluit:**

Het is noodzakelijk om patiënten met eenzelfde aandoening bij elkaar te brengen.

Ze leren op een zeer directe manier omgaan met allerhande probleemsituaties.

Door praten met lotgenoten voelen ze zich minder alleen en durven ze hun grenzen verleggen.

Eveneens op administratief gebied kunnen ze hun ervaringen kwijt.

Een groot struikelblok blijft de onwetendheid.

Dit is een reden te meer om de schadelijkheid van asbest extra in de kijker te zetten.

Er bestaat nog steeds te weinig publiciteit rond de specifieke aandoeningen die mensen kunnen krijgen na blootstelling aan asbestvezels.

Men moet trachten de angsten van de patiënt te overwinnen.

Wees niet alleen een steun binnen het ziekteproces, maar blijf ook doortastend op cruciale momenten.

Laat je niet ontmoedigen door de ziekteverschijnselen, maar zoek samen naar oplossingen om het dagdagelijkse leven te optimaliseren.

Durf te praten met het asbestslachtoffer en bespreek openlijk de klachten met de behandelende arts.

Wanneer u doorverwezen wordt naar andere instanties zoals bijvoorbeeld de sociale dienst, kinesist, bepaalde therapiegroepen,... laat u dan niet afschrikken, maar probeer zoveel mogelijk informatie in u op te nemen.

Het is zeer frustrerend te weten dat men nooit zal genezen van een asbestaandoening, maar ontdek de mogelijkheden en grijp de kans om onnodig lijden te voorkomen.

## **Bronvermelding:**

### ***Literatuur:***

1. Dr. J. Van Cleemput, arbeidsgeneesheer, edpb MSR-Famedi, Comité's PBW, KoB en Tisselt, 23 en 24 oktober 2000: Toelichtingen over asbestziekten ten behoeve van de nieuwe CPBW-leden.
2. J. B. West: De fysiologie van de ademhaling: deel 1 en deel 2. Uitgeverij Lemma BV – Utrecht, 1994.
3. L. De Man, Ginette Janssens. Psychologie: deel 1 en deel 2. Uitgeverij De Sikkel NV, 1998-1999.
4. Mary C. Townsed: Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie. Een handleiding voor het maken van een verpleegplan. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 1998.

### ***Websites:***

1. <http://www.medischestartpagina.nl/ziektenbeelden/A/asbestose>
2. [http://www.bloedjesasbestsanering.nl/html/body\\_soorten.html](http://www.bloedjesasbestsanering.nl/html/body_soorten.html)

### ***Tijdschriften:***

1. Lok Magazine: Maandelijks informatieblad voor Lokwerkgroepen; nr.14 - Oktober 2001 / Med Medica VZW (pagina 25 tem29)
2. M. Potvin, C. Vaerenberg, G. Parizel: Tijdschrift voor geneeskunde, 41 nr. 7, 1985

### ***Brochures:***

1. Patiëntbrochure: Wat u moet weten over inhaleren met een poederinhalator. AZ Sint-Augustinus vzw Wilrijk

### ***Cursussen:***

1. Verpleegkundige wetenschappen en verpleegkunde; verpleegkundige theorievorming; systematisch verpleegkundig handelen: W.Peetermans, P.Van Meel, J.Bosmans