

Marc Bakker

3^e druk



Boom

ProActive Nursing: klinische problematiek inzichtelijk

Time-out voor klinisch redeneren

ProActive Nursing: klinische problematiek inzichtelijk

ProActive Nursing: klinische problematiek inzichtelijk

Time-out voor klinisch redeneren

MARC BAKKER

Derde, geheel herziene druk

Boom

**inclusief
website!**



Met onderstaande unieke activeringscode krijg je via **www.boomstudent.nl** toegang tot de website met extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de 3e druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken.

Disclaimer

Hoewel dit boek met de grootste zorgvuldigheid is samengesteld, zijn wij niet aansprakelijk voor eventuele fouten in de tekst. De auteur en de uitgever wijzen elke aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid voor eventueel foutief medisch en/of verpleegkundig handelen als gevolg van deze teksten van de hand.

Omslagontwerp: Haagsblauw, Den Haag

Beeld omslag: sturti (iStock)

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Tekeningen: Karin Creemers

Ontwerp mindmaps en Law of eight: Marc Bakker

Educational Design Time-out-praktijkmodel en Time-out-applicatie: Marc Bakker

© VUmc Academie, Marc Bakker & Boom uitgevers Amsterdam, 2022

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische vereenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprerecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978 90 8953 807 9

ISBN 978 94 6127 729 9 (e-book)

NUR 183

www.boomstudent.nl

www.boomhogeronderwijs.nl

INHOUD

Inleiding	11
Deel I Time-out voor klinisch redeneren	15
Inhoud deel I	17
1 Wat is klinisch redeneren?	19
2 Patiëntgerichte zorg	23
3 Time-out-praktijkmodel	27
4 Drie basisberoepsvaardigheden	31
5 Aan de slag!	43
Geraadpleegde bronnen	45
Deel II Klinische problematiek inzichtelijk	47
Inhoud deel II	49
Klinische problematiek inzichtelijk	51
18 zorgthema's	53
Mindmaps	59
Zorgthema 1 Welbevinden	61
1 Klinische aandachtspunten	64
2 Klinische problematiek	69
3 Klinische observaties	72
4 Enkele klinische situaties	77
Zorgthema 2 Mentale functies	83
1 Klinische aandachtspunten	90
2 Klinische observaties	116
3 Enkele klinische situaties	121

Zorgthema 3 Sensorische functies en pijn **129**

1	Klinische aandachtspunten	132
2	Klinische problematiek	140
3	Klinische observaties	145
4	Enkele klinische situaties	147

Zorgthema 4 Stem en spraak **151**

1	Klinische aandachtspunten	154
2	Klinische problematiek	158
3	Klinische observaties	162
4	Enkele klinische situaties	163

ABC Vitale functies

Zorgthema 5 Luchtweg(en) **167**

1	Klinische aandachtspunten	170
2	Klinische problematiek	175
3	Klinische observaties	178
4	Enkele klinische situaties	180

Zorgthema 6 Ademhaling **183**

1	Klinische aandachtspunten	187
2	Klinische problematiek	197
3	Klinische observaties	201
3A	Uitgelicht, pulsoximetrie	206
4	Enkele klinische situaties	210

Zorgthema 7 Circulatie **217**

1	Klinische aandachtspunten	222
2	Klinische problematiek	243
3	Klinische observaties	249
3A	Uitgelicht, arteriële bloeddruk	260
3B	Uitgelicht, hartritmebewaking	266

3C	Uitgelicht, invasief gemeten bloeddrukken	274
3D	Uitgelicht, hemodynamische profielen	276
3E	Uitgelicht, bloeddrukcurven	284
4	Enkele klinische situaties	286

Zorgthema 8 Zuurstofvoorziening van het hart 293

1	Klinische aandachtspunten	296
2	Klinische problematiek	300
3	Klinische observaties	302
4	Enkele klinische situaties	309

Zorgthema 9 Urogenitale functies 311

1	Klinische aandachtspunten	315
2	Klinische problematiek	326
3	Klinische observaties	331
4	Enkele klinische situaties	335

Zorgthema 10 Bloed 339

1	Klinische aandachtspunten	342
2	Klinische problematiek	359
3	Klinische observaties	364
3A	Uitgelicht, hematologie	368
3B	Uitgelicht, klinische chemie	376
3C	Uitgelicht, arteriële bloedgassen	387
4	Enkele klinische situaties	391

Disability functies

Zorgthema 11 Zenuwstelsel 395

1	Klinische aandachtspunten	399
2	Klinische problematiek	417
3	Klinische observaties	423
4	Enkele klinische situaties	429

Zorgthema 12 Bewegingsapparaat	435
1 Klinische aandachtspunten	439
2 Klinische problematiek	447
3 Klinische observaties	451
4 Enkele klinische situaties	454
 Zorgthema 13 Hormonaal stelsel	 457
1 Klinische aandachtspunten	462
2 Klinische problematiek	474
3 Klinische observaties	479
4 Enkele klinische situaties	484
 Exposure functies	
 Zorgthema 14 Thermoregulatie	 487
1 Klinische aandachtspunten	491
2 Klinische problematiek	498
3 Klinische observaties	500
4 Enkele klinische situaties	503
 Zorgthema 15 Huid en afweer	 509
1 Klinische aandachtspunten	513
2 Klinische problematiek	525
3 Klinische observaties	529
4 Enkele klinische situaties	533
 Zorgthema 16 Spijsverteringsfuncties	 547
1 Klinische aandachtspunten	551
2 Klinische problematiek	566
3 Klinische observaties	572
4 Enkele klinische situaties	576

Zorgthema 17 Voortplantingsfuncties	579
1 Klinische aandachtspunten	582
2 Klinische problematiek	602
3 Klinische observaties	610
3A Uitgelicht, CTG	618
4A De zwangere	623
4B De pasgeborene	632
4C Apgarscore en PEWS	643
 Zorgthema 18 Functioneren en zelfredzaamheid	 645
1 Klinische aandachtspunten	649
2 Klinische problematiek	657
3 Klinische observaties	660
 Literatuur	 663
Trefwoordenregister	667

'PROUD TO BE A NURSE'

'Wees trots op wie je bent, wees trots op wat je doet!'

Voor Tobias en Felix

INLEIDING

Dit boek over klinisch redeneren is primair bedoeld voor studenten, maar ook voor ervaren praktijkverpleegkundigen die zich (verder) willen verdiepen in het klinisch redeneren om hun studenten beter te kunnen opleiden. Sinds enige jaren is klinisch redeneren een centraal vak geworden, zowel op de onderwijsinstellingen als in het klinisch onderwijs. Voor velen was 'klinisch redeneren' nog niet zo lang geleden een nieuwe term, maar inmiddels is klinisch redeneren beroepsmatig erkend en opgenomen in zowel het schoolse als buitenschoolse deel van opleidingen.

Zonder een stevige (biomedische) kennisbasis kun je echter niet (leren) klinisch redeneren. Dan heb je het over iets waar je niet echt verstand van hebt. Dat is mijns inziens gevaarlijk en potentieel schadelijk voor de patiënt. Als verpleegkundige zul je niet alleen een goede biomedische kennisbasis moeten hebben, maar deze ook paraat en bedside kunnen toepassen in de dagelijkse patiëntsituaties. Dat vergt beroepslevenlange studie, herhaling en onderhoud van ieders klinische kennisbasis. Dit boek wil daar graag een behulpzame partner in zijn.

De eerste druk van dit boek verscheen in 2013, de tweede druk in 2017 en van deze nieuwe, derde druk (2022) is ook een Engelse vertaling gemaakt.

Nieuw in deze derde druk

Deel I: Time-out voor klinisch redeneren

In het aan deze druk toegevoegde deel I staat het klinisch redeneren met het 'Time-out-praktijkmodel' centraal. Het model is ontwikkeld om het klinisch redeneren in praktijk te brengen. De afgelopen vijf jaar is dit model binnen een aantal onderwijskundige pilots ingezet, getest en bijgesteld. De pilots vonden plaats in een algemeen ziekenhuis (twee keer), in een grote zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten en in een verpleeghuissetting. Uiteindelijk is zo een Time-out-applicatie ontwikkeld die een eenduidige, praktische en digitale leidraad vormt in het leren klinisch redeneren.

Deel II: Klinische problematiek inzichtelijk

Deel II van dit boek beschrijft de vakinhoudelijke biomedische kennisbasis rond de ICF-zorgthema's. Dit deel is uitgebreid met drie nieuwe zorgthema's: Welbevinden, Mentale functies en Voortplantingsfuncties. Door de toevoeging van deze zorgthema's is de ICF-classificatie nu volledig uitgewerkt. De zorgthema's zijn in deze druk in volgorde van de ABCDE-methodiek gezet. Ook de mindmaps zijn inhoudelijk volledig herzien en opnieuw vormgegeven.

Het hoofdstuk over de Mentale functies heb ik samen geschreven met Monique Bekkers, docent verpleegkunde, psycholoog, oud-collega en vriendin. Haar inbreng was onmisbaar voor dat hoofdstuk. Ik heb er zelf ook weer veel door geleerd. Bij het schrijven over de voortplantingsfuncties heb ik hulp gehad van Yvonne Springers, O&G-verpleegkundige en opleider. Dank daarvoor!

Website



Bij dit boek hoort ook toegang tot een website waarop je, liefst samen met anderen, kunt oefenen met de Time-out-applicatie bij een breed aanbod van uitdagende, realistische, waargebeurde en goed gedocumenteerde zorgsituaties uit de vele specialismen en zorgsettings die de verpleging kent. Op deze website staan ook video's over de zorgthema's uit deel II van het boek.

ProActive Nursing

Binnen ProActive Nursing werken verpleegkundigen, docenten, onderwijskundigen en andere deskundigen aan de kennis en kunde op het gebied van klinisch redeneren en het onderwijs daarin. We zijn steeds hard bezig om het leren klinisch redeneren beroepsgerichter en uitdagend te maken. Als verpleegkundige, grondlegger, docent en auteur van *ProActive Nursing* ben ik trots op wat we tot nu toe bereikt hebben, maar we blijven het leren klinisch redeneren voor verpleegkundigen continu verder ontwikkelen.

Ik wens je veel succes met leren klinisch redeneren!

Marc Bakker

De vraag...

Hoe gaat het?

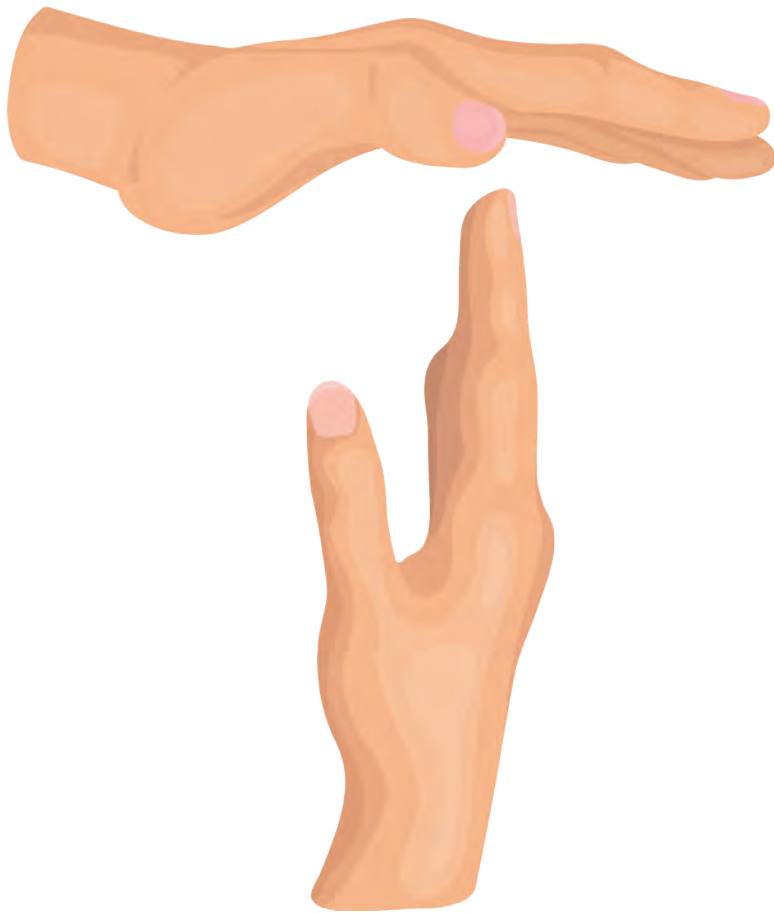
Hoe giet it? (Fries)
Hoe-is-ie? (Bargoens)
Kon ta bai? (Papiamentu)
Comment ça va? (Frans)
How you doing? (Slang Engels)
Cómo estás? (Spaans)
Wie geht's? (Duits)
Come está? (Portugees)
Hvordan går det? (Deens)
Hur mår du? (Zweeds)
O genki desu ka? (Japans)
Ni hao? (Chinees)
Habari gani? (Swahili)
Jak się masz? (Pools)
Ma sjlomchech? (Hebreeuws)
TI kAnis? (Grieks)
Ce faci? (Roemeens)
Mitä kuuluu? (Fins)
Kak si? (Bulgaars)
Kak dyela? (Russisch)
Kayf Halek? (Marokkaans)
Bagaimana kabarnya? (Javaans)
Come stai? (Italiaans)
Nasilsin? (Turks)
Hoe gaan dit met jou? (Zuid-Afrikaans)
Otto-sjim-nikka? (Koreaans)
Jak se dar'í? (Tjechisch)
Kako ste? (Kroatisch)
Hale shoma chetor ast? (Farsi)
Kiel vi fartas? (Esperanto)
Hvordan går det? (Noors)
Apa kabar? (Maleis)
Izzayyik (Egyptisch)
Aap kaiseh hai? (Hindi)
How are you? (Engels)
Wie geit ut? (Limburgs)

...is vaak lastig te beantwoorden



DEEL I

TIME-OUT VOOR KLINISCH REDENEREN



INHOUD DEEL I

1	Wat is klinisch redeneren?	19
2	Patiëntgerichte zorg	23
3	Time-out-praktijkmodel	27
4	Drie basisberoepsvaardigheden	31
4.1	Observeren	31
4.2	Analyseren	38
4.3	Communiceren	40
5	Aan de slag!	43
	Geraadpleegde bronnen	45

1 WAT IS KLINISCH REDENEREN?

Klinisch redeneren is een specifieke en beroepsgerichte vorm van associatief en kritisch denken. In de dagelijkse praktijk zijn we ons daar niet zo van bewust. Denken is een bijzonder snel proces en wordt voor het grootste deel min of meer onbewust (automatisch) gedaan. Razendsnel koppel je wat je ziet (observaties) aan je biomedische kennis en weet je meteen wat je moet doen en wat je moet zeggen. Klinisch redeneren is een (hoog)cognitieve vaardigheid en alle zorgprofessionals zijn daar uiteraard optimaal vaardig in. Het Beroepsprofiel Verpleegkundige 2020 geeft aan dat klinisch redeneren de basis vormt voor de zorgverlening van verpleegkundigen (Schuurmans, 2012).

Klinisch redeneren leer je echter niet zomaar even en je beschikt ook niet zomaar over een gedegen vakinhoudelijke biomedische kennisbasis. Klinisch redeneren is voor alle betrokkenen (verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, studenten en opleiders) niet eenvoudig aan te leren of te onderwijzen.

In de internationale literatuur over klinisch redeneren worden de termen 'klinisch redeneren', 'klinisch oordeel', 'probleemoplossend denken', 'klinische besluitvorming' en 'kritisch denken' vaak door elkaar gebruikt.

Klinisch redeneren

is het denkproces met betrekking tot het opmerken, herkennen en verzamelen van klachten, signalen, klinimetrie, de informatie interpreteren, inzicht krijgen in de klinische problematiek van de patiënt, interventies plannen en uitvoeren, uitkomsten evalueren, erop reflecteren en leren van het proces.

(Hoffman, 2007; Kraischsk & Anthony, 2001; Laurie et al., 2001).

Klinisch redeneren zien we als een belangrijke beroepsvaardigheid, maar is niet voorbehouden aan verpleegkundigen. Allerlei zorgprofessionals worden tegenwoordig opgeleid met (een vorm van) klinisch redeneren. Hoewel al deze beroepsbeoefenaren de term klinisch redeneren gebruiken, zijn er overeenkomsten, maar ook verschillen in het klinisch redeneren. De belangrijkste overeenkomst is dat het klinisch redeneren van alle zorgprofessionals gericht is op de gezondheidsproblemen van de patiënt¹. Het grootste verschil is de primaire focus.

*1. Het klinisch redeneren is gericht op de **ziekte of aandoening** van de patiënt*

Het klinisch redeneren is primair gericht op het diagnosticeren van een ziekte of aandoening en het opstellen van het (medische) behandelplan. De bevoegdheid en verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de arts.

Artsen diagnosticeren ziekten of aandoeningen met behulp van onder andere: klachtenanamnese, lichamelijk onderzoek, fysisch-diagnostisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en beeldvormend onderzoek. Als leidraad worden de ICD (International Classification of Diseases) en de DSM voor de geestelijke ziekte of aandoeningen gebruikt.

1 Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in dit boek de term patiënt in plaats van cliënt, zorgvrager et cetera.

2. Het klinisch redeneren is gericht op de **klinische toestand** van de patiënt

De focus van dit klinisch redeneren ligt op het bewaken en diagnosticeren van de klinische toestand (status) van de patiënt die de betreffende ziekte met bijgaand medisch beleid en mogelijke complicaties, ongemakken en narigheden moet doorstaan, die ermee moet (leren) leven of eraan kan of zal overlijden.

Het bewaken en diagnosticeren van de klinische toestand wordt gedaan op basis van klachten, niet-pluissignalen, klinimetrie, scoresystemen, bloedwaarden en specifieke monitoring. Om de klinische toestand te kunnen diagnosticeren wordt de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) gebruikt. In acute en/of levensbedreigende situaties gebruikt men de ABCDE-methode. Beide methoden zijn interprofessioneel en worden door zowel verpleegkundigen als artsen en vele andere zorgprofessionals gehanteerd. Zie verder hoofdstuk 4.

Welbevinden	ICF International Classification of Functioning, Disability and Health	Functioneren
Zich goed – comfortabel – voelen Coping Kwaliteit van leven	Mentale functies Sensorische functies en pijn Stem en spraak <i>ABC Vitale functies</i> Luchtwegen Ademhaling Circulatie Zuurstofvoorziening van het hart Urogenitale functies (+ vocht en elektrolytenbalans) Bloed <i>Disability</i> Zenuwstelsel Bewegingsapparaat Hormonale stelsel <i>Exposure</i> Huid- en afweerfuncties (+huidwonden) Thermoregulatie Spijsverteringsfuncties (+voedingstoestand) Voortplantingsfuncties	Leren en toepassen van kennis Algemene taken en eisen Communicatie Mobiliteit Zelfverzorging Huishouden Tussenmenselijke interactie en relaties Belangrijke levensgebieden Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Tabel 1 De ICF is een classificatie om klinische problematiek inzichtelijk te maken. Deze zorgthema's staan beschreven in deel II van dit boek.

Enkele belangrijke ICF-begrippen:

- **Functies:** fysieke en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
- **Functiestoornissen:** afwijkingen in of verlies van functies en anatomische eigenschappen.
- **Beperkingen:** moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.
- **Participatieprobleem:** probleem met het functioneren of de deelname aan het maatschappelijk leven.
- **Externe factoren:** de fysieke en sociale omgeving die iemands functioneren beïnvloeden als belemmerende of ondersteunende factor.
- **Persoonlijke factoren:** iemands individuele achtergrond (leeftijd, geslacht, sociale status, culturele achtergrond, levenservaring en dergelijke).

In de praktijk: interprofessioneel klinisch redeneren

Het is belangrijk om te beseffen dat de bovengenoemde vormen van klinisch redeneren functioneel gezien bij elkaar horen. Ze liggen in elkaars verlengde en vullen elkaar aan. Het is voor de veiligheid en de effectiviteit van de zorg voor de patiënt van groot belang dat artsen en verpleegkundigen

elkaars bevindingen, meningen en diagnoses met elkaar delen, bespreken en op elkaar afstemmen via het interprofessioneel klinisch overleg.

Klinisch overleg

Klinisch overleg kent vele vormen. Het kan een telefonisch (spoed)overleg zijn of een grote visite, een overdracht van dienst, een multidisciplinair overleg, een SIT-oproep et cetera. In al deze vormen van interprofessioneel klinisch overleg staat de klinische toestand van de patiënt centraal. Het doel van klinisch overleg is duidelijke afspraken maken over de zorg voor de patiënt. Het is uiteraard van groot belang dat zorgprofessionals die met elkaar overleggen over de klinische toestand van een patiënt dezelfde taal spreken en dezelfde observaties, methodieken en scoresystemen hanteren. Het interprofessioneel klinisch overleg (zeker in acute situaties) wordt vaak gevoerd in de vorm van de SBAR-methode.

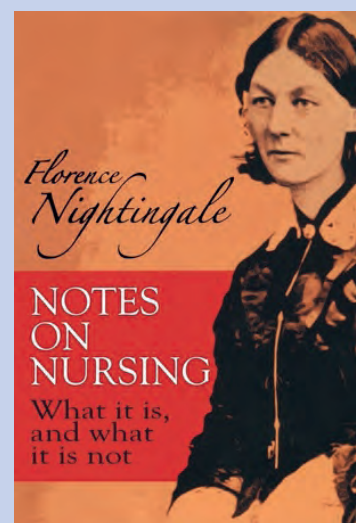


Figuur 1 Klinisch overleg tussen arts en verpleegkundige. Beide beroepsbeoefenaren kijken op hun eigen manier naar de patiënt. Goede vakinhoudelijke communicatie is van levensbelang voor de patiënt.

Florence Nightingale, grondlegger van de moderne verpleegkunde, schreef in 1859 het handboek *Notes on Nursing*. Daarin stelde zij onder andere: 'De belangrijkste praktische les die verpleegkundigen kan worden gegeven, is hen te leren wat ze moeten observeren.'

Dat houdt in dat verpleegkundigen weten:

- welke signalen op verbetering duiden en welke op het omgekeerde;
- welke signalen van belang zijn en welke niet;
- welke signalen het bewijs zijn van problemen en van wat voor soort problemen.



Drie basisberoepsvaardigheden van het klinisch redeneren

De visie van Florence Nightingale is ruim honderdvijftig jaar later nog steeds van kracht. Een goed opgeleide verpleegkundige bezit over goed getrainde basisberoepsvaardigheden: observeren (klinische blik), analyseren (probleeminzicht) en communiceren (klinisch leiderschap). In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op deze basisberoepsvaardigheden van het klinisch redeneren.

observeren

jouw klinische blik

Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je:

- continu alert en waakzaam bent op veranderingen in de klinische toestand van de patiënt;
- relevante klinische observaties signaleert en interpreteert, rekening houdend met de medische achtergrond, de behandelwensen en grenzen, de ziekte of aandoening(en), medicatie en behandeling(en) van de betreffende patiënt;
- kunt diagnosticeren en onderbouwen of de algehele klinisch toestand en/of de patiënt al dan niet vitaal bedreigd is.

analyseren

jouw probleeminzicht

Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je kunt analyseren:

- wat goed gaat, in gevaar is of niet goed gaat met betrekking tot de ICF-zorgthema's en/of de ABCDE vitale functies;
- wat de mogelijke klinische problemen zijn (stoornissen, disfuncties, beperkingen, participatieproblemen en interacties).

communiceren

jouw klinisch leiderschap

Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je klinisch leiderschap toont en dat je:

- je bevindingen tijdig deelt met de betrokken arts, verpleegkundigen en patiënt;
- de betrokkenen kunt informeren over de klinische toestand, klachten en problemen (met behulp van de SBAR-methode);
- proactief en patiëntgericht meedenkt over welke acties en zorg nodig zijn in de situatie waarin de patiënt verkeert.

2 PATIËNTGERICHTE ZORG

Klinisch redeneren doen zorgprofessionals om inzicht te krijgen in de klinische problematiek van de patiënt om deze passende zorg te kunnen geven. Dat is niet nieuw. De zorg is echter constant in ontwikkeling, mede door een aantal inmiddels algemeen bekende belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen:

- mensen worden steeds ouder (vergrijzing en toename van kwetsbaarheid);
- toename van chronische ziekten (curatieve zorg verschuift naar palliatieve zorg);
- multimorbiditeit (hypertensie, hartfalen, COPD, diabetes, dementie);
- langer werken en langer thuiswonen (zelfredzaamheid in gezondheid en dagelijks functioneren);
- patiëntgerichte zorg.

Op dit laatste punt gaan we in dit hoofdstuk wat dieper in. Zorg is tegenwoordig geen goede zorg meer als die niet 'patiëntgericht' is met de 'patiënt centraal'. Er is de laatste jaren onderzoek gedaan naar wat patiënten zélf vinden van de zorg onder patiënten met onder andere hartfalen, hernia, borstkanker, reuma en heup- of knieoperaties. Een van de aannames was dat patiënten met acute klachten patiëntgerichtheid minder belangrijk zouden vinden. Maar dat is niet het geval. Alle onderzochte patiëntengroepen blijken patiëntgerichtheid in de zorg bovengemiddeld belangrijk te vinden.

Patiëntgerichte zorg

De patiënt is het uitgangspunt en wordt gezien als een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Het leren kennen van de patiënt en het bieden van zorg die is aangepast aan de wensen van de patiënt, het betrekken van familie en naasten, het behoud van regie – ook als het gaat om palliatieve zorg – en het vastleggen van zorgdoelen zijn allemaal criteria voor het bieden van zorg die afgestemd is op de individuele wensen, behoeften en persoonlijke kenmerken van de patiënt.

Vier aandachtsgebieden:

1. **compassie:** de patiënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;
2. **uniek zijn:** de patiënt wordt als mens gezien met een persoonlijke context die ertoe doet en een eigen identiteit die tot zijn recht mag komen;
3. **autonomie:** de patiënt heeft de mogelijkheid tot eigen regie over leven en welbevinden, ook als het gaat om palliatieve zorg;
4. **zorgdoelen:** de patiënt heeft duidelijke afspraken over de doelen en uitkomsten ten aanzien van zorg.

Protocollen en zorgstandaarden

Van zorgprofessionals wordt verwacht dat ze handelen volgens de kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, DBC's of zorgstandaarden en protocollen). Deze zijn, als het goed is, *evidence-based* of als *best practice* onderbouwd. Op zich wordt de protocollering van de zorg in de afgelopen decennia als een belangrijke kwaliteitsslag gezien. Er is echter ook het besef ontstaan dat al dit soort richtlijnen en protocollen per definitie niet patiëntgericht kunnen zijn. Het is ook voor de patiënt belangrijk om te weten dat protocollen niet heilig zijn. Protocollen zijn er om te zorgen dat er goede en veilige zorg geleverd kan worden en niet om mensen te belemmeren. Gelukkig kan worden afgeweken van richtlijnen en standaarden, maar dat moet altijd wel goed gemotiveerd worden.

Context van de patiënt

Patiëntgerichte of persoonsgerichte zorg vraagt van zorgverleners om zich niet alleen te verdiepen in de medische voorgeschiedenis, de huidige ziektesituatie, de behandeling en de prognose daarvan, maar ook in de verschillende persoonskenmerken, persoonlijkheid, levenservaring en leefstijl van de patiënt. Hoe staat hij² in het leven? Wat betekent deze (chronische) ziekte(n) en het ziekzijn voor de patiënt? Welke doelen heeft hij in het leven? In welke zin is of wordt de patiënt beperkt in het functioneren? Als zorgprofessional koppel je dit aan elkaar en kijk je bovenal naar wat de ziekte(n) en het ziekzijn betekenen voor het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt.

Behandelwensen en grenzen

Patiënten worden tegenwoordig uitgenodigd om goed na te denken over wat hun wensen zijn en waar hun grenzen liggen. Het onderwerp 'behandelbeperkingen' kan moeilijk zijn voor zowel de patiënt als de zorgverleners. Het is daarom belangrijk om op tijd na te denken over eventuele behandelbeperkingen. Het is verstandig om dit tijdig te doen. Als je plotseling ziek wordt en op de spoedeisende hulp belandt met onbekende artsen en verpleegkundigen, dan is het moeilijk om duidelijk te maken wat je wensen en grenzen zijn.

Het is uiterst belangrijk dat de behandelwensen en -grenzen goed besproken zijn, vastgelegd worden in het dossier en bekend zijn bij andere betrokkenen, onder wie verpleegkundigen en familie. Bij een acute verandering in de klinische toestand van de patiënt horen diegenen die op dat moment verantwoordelijk zijn voor de zorg op de hoogte te zijn van de behandelwensen en grenzen.

Hieronder staan de belangrijkste behandelbeperkingen:

- niet reanimeren: de vraag over wel of niet reanimeren wordt vaak gesteld als iemand wordt opgenomen in het ziekenhuis of verpleeghuis. Er wordt dan vastgelegd wat er is afgesproken;
- niet beademen: de ademhaling niet kunstmatig overnemen met een beademingsmachine;
- niet naar IC (Intensive Care): geen opname op de intensive care voor intensieve zorg, bijvoorbeeld voor ondersteuning van de bloeddruk of kunstmatige beademing;
- niet naar CCU (hartbewaking): geen opname op de afdeling hartbewaking voor bewaking van het hartritme;
- geen dialyse: geen vervanging van de nierfunctie;
- geen operaties;
- geen bloedproducten: geen toediening van rode bloedcellen of bloedplaatjes;
- geen antibiotica: geen behandeling van bacteriële infecties;
- geen sondevoeding: geen toediening van kunstmatige voeding via een (maag)sonde;
- geen invasieve diagnostiek: geen nieuwe onderzoeken die belastend zijn;
- geen ziekenhuisopnames;
- geen verdere behandeling: het stoppen van alle behandelingen, behalve behandelingen die gericht zijn op comfort, zoals bestrijding van pijn en benauwdheid. Het gaat hier niet om actieve levensbeëindiging (euthanasie).

Zinloos handelen

Uit het bovenstaande zou je kunnen opmaken dat de patiënt voortdurend alle keuzevrijheid heeft in de zorg, maar ook dat is maar relatief natuurlijk. Belangrijke uitgangspunten in de zorgverlening zijn dat zorg niet onthouden, maar ook niet opgedrongen mag worden. Voor de patiënt geldt dat zorg weliswaar een recht is, maar dat die zorg niet afgedwongen kan worden. Een (medische) behande-

2 Waar in dit boek gesproken wordt over hij/hem, wordt vanzelfsprekend ook zij/haar of hen/hun bedoeld. Omwille van de leesbaarheid hebben we voor één aanspreekvorm gekozen.

ling of interventie moet altijd gerechtvaardigd kunnen worden. Die rechtvaardiging moet liggen in een bepaald belang voor de patiënt. Als een behandeling niet (meer) in het belang is van de patiënt, is er sprake van medisch zinloos handelen. Medisch zinloos handelen is niet toegestaan.

Om te beoordelen of er sprake is van medisch zinloos handelen, kan er gekeken worden naar:

1. de **effectiviteit** van de behandeling. In hoeverre heeft de behandeling een positief effect op de onderliggende aandoening?
2. de **proportionaliteit**. Staat de zwaarte van de behandeling in een redelijke verhouding tot het doel dat je ermee kunt behalen?
3. de vraag of de patiënt door de behandeling al dan niet een **minimumniveau van functioneren** kan bereiken. Als een patiënt bijvoorbeeld onomkeerbaar in coma ligt, is de kans dat dit niveau bereikt wordt vaak klein.

In deze gevallen kan er sprake zijn van medisch zinloos handelen. Of een interventie medisch zinvol of zinloos is, is aan de zorgprofessionals om te beoordelen. Vaak is er echter sprake van een grijs gebied, waarin er discussie met de patiënt of diens familie kan ontstaan over de vraag of er sprake is van medisch zinloos handelen.

Communicatie

Patiëntgerichte zorg kenmerkt zich door een goede communicatie met de verschillende zorgverleners en meebeslissen over de behandeling. Een interprofessionele werkwijze dus. Patiënten vinden dit bij alle behandelingen zeer belangrijk.

De kern van de **multidisciplinaire** aanpak is dat een thema of probleem vanuit verschillende perspectieven wordt bekeken, maar de disciplines/vakken niet integreren. Bij de **interdisciplinaire** aanpak hebben de verschillende vakken/disciplines elkaar nodig om een probleem op te lossen of een vraag te onderzoeken.

Interprofessioneel samenwerken gebeurt vanuit één visie en zorgplan. Dit in tegenstelling tot **multidisciplinair samenwerken**, waarbij de verschillende professies samenwerken en toch georganiseerd langs elkaar heen kunnen werken.

Let wel: als verpleegkundige stel je zelf GEEN medische diagnoses, beslis je NOOIT zelf over een behandelplan. Maar je bent wel kritisch aan het meedenken over 'hoe het gaat' met de patiënt en welke zorg nodig en gewenst is voor die specifieke patiënt.

Vriendelijk, meedenken en meebeslissen

Een van de onderzoekers stelde: 'Het maakt kennelijk niet uit welk gezondheidsprobleem patiënten hebben, ze weten heel goed wat ze belangrijk vinden.' Patiënten hebben zelf doorgaans een duidelijk beeld van patiëntgerichte zorg en die staat altijd hoog op de prioriteitenlijst. Dat is op zich niet zo gek, want patiënten zitten vaak in onzekerheid en hebben goede informatie nodig om met hun gezondheidsprobleem om te kunnen gaan. Patiëntgerichte communicatie draagt hieraan bij: zorgprofessionals moeten vriendelijk zijn en een luisterend oor bieden. Patiënten willen bovendien het gevoel hebben dat er niet over hun hoofd wordt beslist, maar dat zij kunnen meebeslissen over de behandeling. Meebeslissen is een recht. Artsen en verpleegkundigen moeten hun daarvoor de ruimte geven.

Zorg is teamwork

Zorg is teamwork en klinisch redeneren is dat ook. In de dagelijkse praktijk werken artsen en verpleegkundigen heel nauw samen in de zorg voor de patiënt. Medische zorg en verpleegkun-

dige zorg moeten op elkaar aansluiten. De basis van het teamwork in de zorg voor de patiënt is het klinisch overleg. En juist daar komen ieders vaardigheden met betrekking tot het klinisch redeneren bij elkaar. Artsen en verpleegkundigen voeren (intensief) onderling overleg over de klinische toestand van de patiënt en luisteren goed naar elkaars vakinhoudelijke bevindingen, zorgen en aanbevelingen. Het doel is altijd: optimale zorg voor de patiënt.



Figuur 2 Zorg is teamwork; klinisch redeneren ook!

Centrale rol voor verpleegkundigen

Verpleegkundigen nemen ten opzichte van allerlei zorgprofessionals een heel centrale rol in. Verpleegkundigen staan, letterlijk en figuurlijk, vaak heel dicht bij de patiënt met diens pijn, benauwdheid, misselijkheid en legio andere ongemakken en emoties die de ziekte, het ziekzijn maar ook de behandeling of operatie met zich meebrengen. Verpleegkundigen zijn continu (dag en nacht, 24/7) druk bezig met het uitvoeren van allerlei zorgtaken, het toedienen van medicatie, verzorgen van lijnen en wonden, het verrichten van verpleegtechnische handelingen, het verzorgen, het mobiliseren en het begeleiden van de soms heel zieke patiënt en zijn naasten. Verpleegkundigen zijn hierdoor bij uitstek de aangewezen zorgprofessionals om de klinische toestand te bewaken, probleemgericht te denken en actief mee te denken in de zorg die past bij de betreffende patiënt. Jouw klinisch redeneren en klinisch leiderschap raakt de kern van de professie van verpleegkundigen: het bewaken van de belangen van de patiënt en het leveren van patiëntgerichte zorg.

Advocaat van de patiënt

Zeker in die situaties waarin de patiënt (al dan niet tijdelijk) zelf niet goed (meer) kan aangeven wat er goed of niet goed gaat, treed je als verpleegkundige op als zijn of haar 'zaakwaarnemer', als 'advocaat van de patiënt'. Je denkt actief mee wat het beste is voor de patiënt. Je zet je empathisch vermogen, je vakkennis, beroeps- en levenservaring en klinisch leiderschap in voor het belang van de patiënt!

Focus in trias

Elke verpleegkundige heeft 'de wil tot weten': hoe gaat het met mijn patiënt? Verpleegkundigen gaan bij de patiënt na wat de problemen en behoeften zijn aan zorg op het gebied van persoonlijk welbevinden, de lichaamsfuncties en het functioneren van de patiënt. Dit doen verpleegkundigen door middel van patiëntgericht klinisch redeneren.

3 TIME-OUT-PRAKTIJKMODEL

Als verpleegkundige heb je in de dagelijkse beroepspraktijk te maken met allerlei mensen en zorg-situaties. Dat vraagt om veel flexibiliteit. Ieder mens reageert weer anders op ziekte. Het contact van verpleegkundigen met de patiënt is vaak intens en frequent. Van jou wordt verwacht dat je steeds weer kunt beoordelen 'hoe het gaat' met je patiënten en daar adequaat op reageert. Feitelijk is dat het grote nut van klinisch redeneren in de verpleegkundige beroepspraktijk.

Hoe gaat het?

Deze vraag wordt continu door allerlei mensen aan elkaar gesteld. In de dagelijkse omgang is de reactie vaak: Oh, goed hoor, het gaat lekker. Of iets dergelijks. Het is meestal een 'sociaal wenselijk' antwoord. De vraag 'Hoe gaat het?' is eigenlijk niet meer dan een alledaagse gespreksopener.

In de zorg heeft deze vraag echter een andere bedoeling. Zorgverleners willen immers inzicht hebben in de gezondheidstoestand van een patiënt voordat ze tot de feitelijke zorgverlening overgaan. De verpleegkundige interpretatie van 'hoe het gaat' is uiterst belangrijk voor het verloop van het zorgproces. Zeker in die situaties waarin de patiënt dit (tijdelijk) zelf niet goed (meer) kan aangeven, treden wij op als zijn zaakwaarnemer, als 'advocaat van de patiënt'. Wij als verpleegkundigen, die vaak zo dicht bij de patiënt staan, zijn zorgsituatie zo goed kennen en zijn vertrouwen hebben, zijn daar bij uitstek de aangewezen hulpverleners voor. Het vermogen om te kunnen oordelen 'hoe het gaat', raakt de kern van onze professie.

Klinische toestand

Naast het leveren van verpleegkundige zorg aan de patiënt hebben verpleegkundigen te allen tijde een zeer belangrijke, zowel morele als juridische verantwoordelijkheid om de klinische toestand van de patiënt te bewaken. Iedere patiënt is verschillend en kan weer anders (mentaal en fysiek) reageren op zowel de ziekte als het ziekzijn en/of de behandeling. Verpleegkundigen zijn daarom altijd alert op 'hoe het gaat' met hun patiënt. Gaat het goed of gaat het niet goed? Wat is er – mogelijk – aan de hand? Wat is het probleem? Wat moet er gebeuren? Als dit soort vragen je bekend voorkomen, geeft dat aan dat je bezig bent met beroepsgericht klinisch redeneren en dat je je vakinhoudelijke kennis actief in praktijk brengt!

Time-out-praktijkmodel



Om het klinisch redeneren te leren en te oefenen is het Time-out³-praktijkmodel ontwikkeld. Dit model is ontwikkeld op basis van jarenlang onderwijskundig experimenteren (fieldlabs) en praktijkervaring met het beroepsgerichte klinisch redeneren. Het model koppelt de basisberoepsvaardigheden (observeren, analyseren en communiceren) aan de vakinhoudelijke zorgfocus in trias: welbevinden, functies en functioneren van de patiënt. Het geheel vormt een leidraad om te oefenen

3 Een 'time-out' is een term die bij teamsporten gebruikt wordt voor het onderbreken van de wedstrijd ten behoeve van tactisch overleg. In de verpleegkundige beroepspraktijk wordt dikwijls hard gewerkt en is er helaas vaak weinig tijd voor bedside onderwijs en leren in het algemeen. In dit boek gebruiken we de term Time-out om aan te geven dat we juist voor onderwijs en leren de tijd even stil moeten zetten. Een time-out om na te denken over de patiënt kan heel leerzaam en verstandig zijn.

met realistische casuïstiek om je zo het klinisch redeneren 'eigen' te maken. Van het Time-out-praktijkmodel is een applicatie gemaakt. Je vindt deze applicatie op de website bij het boek. Zie hoofdstuk 5: Aan de slag!

Definitie

Het Time-out-praktijkmodel is een praktische tool om op school en/of in de verpleegkundige beroepspraktijk op een eenduidige, gestructureerde en beroepsgerichte manier te leren klinisch redeneren en/of ermee te oefenen. Het is een praktisch onderwijsinstrument voor zowel schoolop-leiders als praktijkopleiders en studenten. Het Time-out-praktijkmodel kan zowel op school als op de werkplek gebruikt worden om patiëntencasuïstiek te bespreken en daarvan te leren.

Doel

Het Time-out-praktijkmodel is een gestructureerde en eenduidige leidraad in het leren klinisch redeneren, specifiek ontwikkeld voor het klinisch onderwijs door en voor verpleegkundigen. Verpleegkundigen leren elkaar klinisch redeneren: samen leren door klinisch redeneren. Het Time-out-praktijkmodel heeft als doel het vergroten en versterken van:

- de drie basisberoepsvaardigheden: observeren, analyseren, communiceren;
- de biomedische kennisbasis: fysiologie, anatomie, pathofysiologie, farmacologie, psychologie;
- het zorginzicht patiëntgerichte zorg.



Figuur 3 Time-out voor klinisch redeneren over de klinische toestand van de patiënt.



Figuur 4 Time-out is een model om op school en/of in de verpleegkundige beroepspraktijk op een eenduidige, gestructureerde en beroepsgerichte manier te leren klinisch redeneren.

Reflecteren

Het Time-out-praktijkmodel is een gestructureerde en eenduidige leidraad in het leren klinisch redeneren. Geen leerproces is compleet zonder reflectie. Reflecteren vormt de vierde vaardigheid binnen het Time-out-praktijkmodel. Reflecteren is vooral jezelf kritische vragen stellen. Daarom vraag je jezelf na iedere casus: wat heb ik geleerd van deze situatie? Heb ik leervragen en wat doe ik daarmee? Bedenk wel: het vergt soms enige tijd om deze vragen op een zelfkritische en functionele manier te beantwoorden.

Door reflectie kun je nieuwe kennis toevoegen. Je bent zelfsturend in je leerproces met betrekking tot klinisch redeneren. Bij verpleegkundige professionaliteit hoort dat je je handelen aan de orde kunt stellen in verschillende overlegvormen, bijvoorbeeld een patiëntbespreking of in leersituaties zoals supervisie of intervisie. Door te reflecteren kun je je kennis en basisvaardigheden verbreden en verdiepen.



Figuur 5 Reflecteren is 'in de spiegel kijken'. Reflecteren is stilstaan bij een zorgsituatie om ervan te leren. Ga zorgvuldig na wat je geleerd of bijgeleerd hebt en deel dit met anderen!

4 DRIE BASISBEROEPS- VAARDIGHEDEN

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de drie basisberoepsvaardigheden van klinisch redeneren: observeren, analyseren en communiceren.



Figuur 6 Drie basisberoepsvaardigheden: observeren, analyseren en communiceren in de praktijk. Verpleegkundigen observeren en analyseren continu de klinische toestand van hun patiënt en delen hun bevindingen met de patiënt, de arts en andere betrokken verpleegkundigen. Het doel is altijd: het leveren van goed doordachte en optimale patiëntgerichte zorg.

4.1 Observeren

Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je:

- continu alert en waakzaam bent op veranderingen in de klinische toestand van de patiënt;
- relevante klinische observaties signaleert en interpreteert, rekening houdend met de medische achtergrond, de behandelwensen en grenzen; de ziekte of aandoening(en), medicatie en behandeling(en) van de betreffende patiënt;
- de algehele klinisch toestand en/of de patiënt al dan niet vitaal bedreigd is kunt diagnosticeren en onderbouwen.

Beroepsmatig observeren doet een verpleegkundige eigenlijk altijd bij ieder patiëntencontact. Dat is niet iets wat je stop kunt zetten of niet kunt doen. Het doel van observatie is het bewaken en het diagnosticeren van de klinische toestand van de patiënt. Observatie is een belangrijke basis voor het beschrijven van het klinische beeld en de differentiële diagnoses. Het klinisch beeld is de beschrijving van hoe een ziekte of aandoening zich openbaart bij de patiënt. Het klinisch beeld maak je concreet met observaties en metingen. Veel gezondheidsprofessionals noemen dit hun 'klinische blik'. Het is de kunst om deze klinische blik helder, correct en eenduidig onder woorden te brengen.

We zijn sterk geneigd om de vraag 'Hoe gaat het' met een of twee woorden te duiden. Bijvoorbeeld: het gaat goed! Of: het gaat niet goed. Tja, het kan soms erg lastig zijn om in slechts een of twee woorden aan te geven 'hoe het gaat' met de patiënt. Soms is het in één oogopslag duidelijk en vaak ook niet. Je conclusie 'hoe het gaat' betreft jouw mening over de actuele situatie van de patiënt. Maak hierbij liefst gebruik van eenduidige en heldere gradaties zoals:

- Goed
- Redelijk
- Matig
- Niet goed

Onderbouw je bevindingen

Realiseer je dat het alleen maar aangeven dat 'het niet goed gaat' of iets van dien aard weinig zin heeft. Daar wordt meestal niet echt naar geluisterd. Alleen het roepen van zoiets wordt gezien als speculatief en ondeskundig. Er wordt van zorgprofessionals verwacht dat ze duidelijk kunnen formuleren en beargumenteren wat er niet goed gaat en waarom je dat vindt. Andersom geldt trouwens ook: als iemand ergens iets van vindt, wil je helder horen wat, hoe en waarom.

Het is altijd, en zeker in de gezondheidszorg, het beste om met feiten te komen. Onderbouw je mening met kennis van zaken en met concrete en controleerbare feiten: klinimetrie, gevalideerde scoresystemen et cetera. Een uiterst belangrijk principe daarin is: METEN = WETEN. Spreek heldere klare taal en verval niet in aannames of vaagheden.

Praktisch geldt het volgende:

- Wees altijd alert – waakzaam op klachten en niet-pluissignalen.
- Gebruik geschikte anamnese-methoden om klachten of niet-pluissignalen nader uit te vragen: SCEGS, ALTIS.
- Meten is weten: verzamel, indien mogelijk, basisklinimetrie-gegevens: AF, HF, NIBP, saturatie en temperatuur.
- Beoordeel, indien mogelijk, of er een (groot) verschil is met eerder gedane metingen.
- Beoordeel met behulp van de (M)EWS-score of de patiënt vitaal bedreigd is.
- Verzamel, indien mogelijk, recente bloedwaarden en/of gegevens met betrekking tot specifieke monitoring.
- Leg je bevindingen vast.

Interpreteren

- Interpreteer de klinische observaties als een geheel en patiëntgericht. Past het bij je patiënt (met zijn/haar medische achtergrond), bij de ziekte of aandoening, de omstandigheden en de gebruikte medicatie?
- Let op logische en onlogische combinaties van uitkomsten (bij hoge temperatuur past een hoge hartfrequentie).
- Beredeneer 'wat er – mogelijk – aan de hand is': bedenk differentiële diagnoses en een werkdiagnose.

Klinische observaties in vijf niveaus

Klinische observatie is de verzamelnaam voor allerlei klachten, niet-pluissignalen, symptomen, metingen et cetera. Er zijn heel veel verschillende observaties met allemaal hun eigen specifieke nut en waarde. Sommige zijn nogal subjectief, maar toch van waarde omdat ze simpel uit te voeren zijn. Zo is de observatie 'kleur' vrij subjectief. Maar juist de kleur van de huid (rood, geel, bleekgraauw, blauwpaars) kan diagnostisch heel veel zeggen. Andere observaties zijn veel objectiever, maar ook weer invasiever. Het gaat er echter altijd om dat we ze interpreteren als geheel en ook in de context van de patiënt.



Figuur 7 Het bewaken en diagnosticeren van de algehele klinische toestand wordt gedaan op basis van klachten, niet-pluissignalen, klinimetrie, scoresystemen, bloedwaarden, specifieke monitoring.



1. Klachten, niet-pluis signalen

Klachten en niet-pluissignalen (niet te verwarren met het niet-pluisgevoel) zijn vaak de eerste opvallende uitingen dat er 'iets' niet goed gaat. Niet-pluissignalen zijn niet goed meetbaar en in getallen uit te drukken. Ze worden daarom vaak als *subjectief* gezien. Toch kunnen ze de vroegsignalen zijn van een onderliggende niet-gediagnosticeerde ziekte of aandoening, een complicatie, klinische achteruitgang en dergelijke. Daarom zijn het toch belangrijke aanwijzingen die serieus genomen moeten worden. Via specifieke anamnesemethoden is het mogelijk om klachten en niet-pluissignalen nader uit te vragen. Algemene anamnesemethoden zijn bijvoorbeeld: SCEGS (psychosociaal interview) en ALTIS (uitvragen van pijnklachten). Deze methoden staan beschreven in deel II van dit boek.

Somatische niet-pluissignalen		Mentale niet-pluissignalen	
Hoorbare ademhaling	Jeuk	Somber	Theatraal
Niet in volzinnen kunnen praten	Oedeem	Lusteloos	Hulp afwijzend
Kortademig - benauwd	Opgezet buik	Apathisch	Klagend
Gebruik hulpademhaling	Verminderde eetlust	Angstig	Zelfingenomen
Hoesten; productief	Gewichtsafname	Boos	Afhankelijk
Cyanose	Braken	Dreigend	Geremd
Pijn op de borst	Diarree	Overspannen	Dwangmatig
Bleek-gauwe kleur	Obstipatie	Wanhopig	Eentonig
Duizelig	Uitvalsverschijnselen	Geagiteerd	Beweeglijk
Collaberen	Koude rilling	Verward	Regressief
Blauwe plekken	Koorts	Gekweld	Teruggetrokken
Snel moe; uitgeput	Koude extremiteiten	Oninvoelbaar	Delirant
Transpireren/klamme huid	Petechiën	Achterdochtig	Suf, slaperig, sloom
Gestuwde halsvenen	Droge huidturgor	Ontremd	Vergeetachtig
Verhoogde bloedingsneiging	Donkere urine	Eufoor	Zonderling
Spierkrampen	Stinkende urine	Dysfoor	
Pijn	Incontinentie urine		
	Geelzucht		

Tabel 2 Voorbeelden van somatische en mentale niet-pluissignalen.

Niet-pluissignalen uit de omgeving

Ook uit de directe omgeving van de patiënt kan veel 'afgelezen' worden. Denk hierbij aan de verwaarlozing van het huishouden (etensresten, niet gedane afwas, stank, vuilnis, vuile kleding) en niet goed onderhouden huis en tuin, te veel voorraden van een bepaald product en te weinig van de rest (hamsteren), een stressvolle omgeving, een (te) koude of te warme omgeving, een ongezonde omgeving, gevaarlijke of bedreigende omgeving et cetera. Al dit soort signalen kunnen een aanwijzing zijn van een onderliggende klinische problematiek.



2. Basisklinimetrie

Klinimetrie zijn die observaties die gelden als objectieve metingen/bepalingen die je wel getalmatig kunt waarderen. Meten is weten! Onder basisklinimetrie verstaan we de standaardmetingen waarmee relatief eenvoudig de toestand van de (vitale) lichaamsfuncties in kaart gebracht wordt. Deze klinimetrie staat uitgebreid beschreven in deel II van dit boek.

Basisklinimetrie	Wat willen we zien?
Reactiepatroon AVPU	Alert
Ademfrequentie	12-14/minuut
Saturatie – SpO ₂ %	>95%
Arteriële bloeddruk (NIBP)	120/80 mmHg
Systolische druk	110-140 mmHg
Diastolische druk	70-85 mmHg
Gemiddelde druk (MEAN)	60-90 mmHg
Polsdruk	40-50 mmHg
Hartfrequentie	60-100/minuut
Pulsaties	Regelmatig
Hartritme	Sinusritme
Diurese	1 ml/kg/uur
Capillaire refilltijd	2-3 seconden
Kerntemperatuur	36,5 – 37,5°C

Tabel 3 Basisklinimetrie



3. Scoresystemen

Scoresystemen zijn doorgaans uiterst nuttige instrumenten om iets heel specifiek op een methodische en eenduidige manier te beoordelen en te kwantificeren. Soms voor heel specifieke situaties, soms voor algemener gebruik. Belangrijk is wel dat ze interprofessioneel gevalideerd zijn. Een groot aantal van deze scoresystemen staan beschreven in deel II van dit boek.

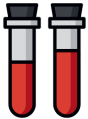
(M)EWS Early Warning Score							
score	3	2	1	0	1	2	3
Ademfrequentie		<9		9-14	15-20	21-30	>30
Hartfrequentie		<40	40-50	51-100	101-110	111-130	>130
Systolische druk	<70	70-80	81-100	101-120		>200	
Bewustzijn				A	V	P	U
Temperatuur		<35.1	35.1-36.5	36.6-37.5	>37.5		
A = alert V = reactie op aanspreken P = reactie op pijn U = geen reactie op pijn							
 = acute verwardheid of agitatie							
Indien saturatie < 90% ondanks therapie: 3 punten scoren							
Indien urineproductie < 75ml gedurende afgelopen 4 uur: 1 punt scoren							
Indien ongerustheid over de klinische conditie: 1 punt scoren							
> 3 PUNTEN IS VITAALE BEDREIGDE PATIËNT							

© ProActive Nursing

Figuur 8 Het diagnosticeren van de vitaal bedreigde patiënt wordt gedaan met de (M)EWS-score.

Een paar voorbeelden van specifieke scoresystemen:

- NRS-score, Numeric Rating Scale of VAS-score, Visuele Analoge Schaal (Pijnscore);
- (M)EWS Early Warning Signs van de vitaal bedreigde patiënt;
- (M)OWS (Obstetrische Early Warnings Signs);
- GCS (Glasgow Coma Scale);
- SIRS-criteria (sepsis);
- qSOFA en SOFA (prognose sepsis);
- DOS-score (Delir Observatie Schaal);
- SNAQ-score (voedingstoestand);
- Apgarscore (pasgeborene);
- PEWS (Pediatric Early Warning Signals);
- Modified Aldrete (PACU ontslag);
- RASS of Richmond Agitatie- en Sedatie Schaal (ICU);
- CAM-ICU Confusion Assessment Method (ICU).



4. Bloedwaarden

Bloedwaarden zijn de uitkomsten van een bloedtest. Bij een bloedtest wordt er een bloedmonster genomen, meestal via een venapunctie of via een vingerprik, dat wordt geanalyseerd in een laboratorium. De uitslagen hebben een belangrijke diagnostische waarde. Bloedwaarden zijn vaak ingedeeld in drie categorieën: hematologie, klinische chemie en arteriële bloedgasanalyse. Al deze bloedwaarden staan beschreven in deel II van dit boek.

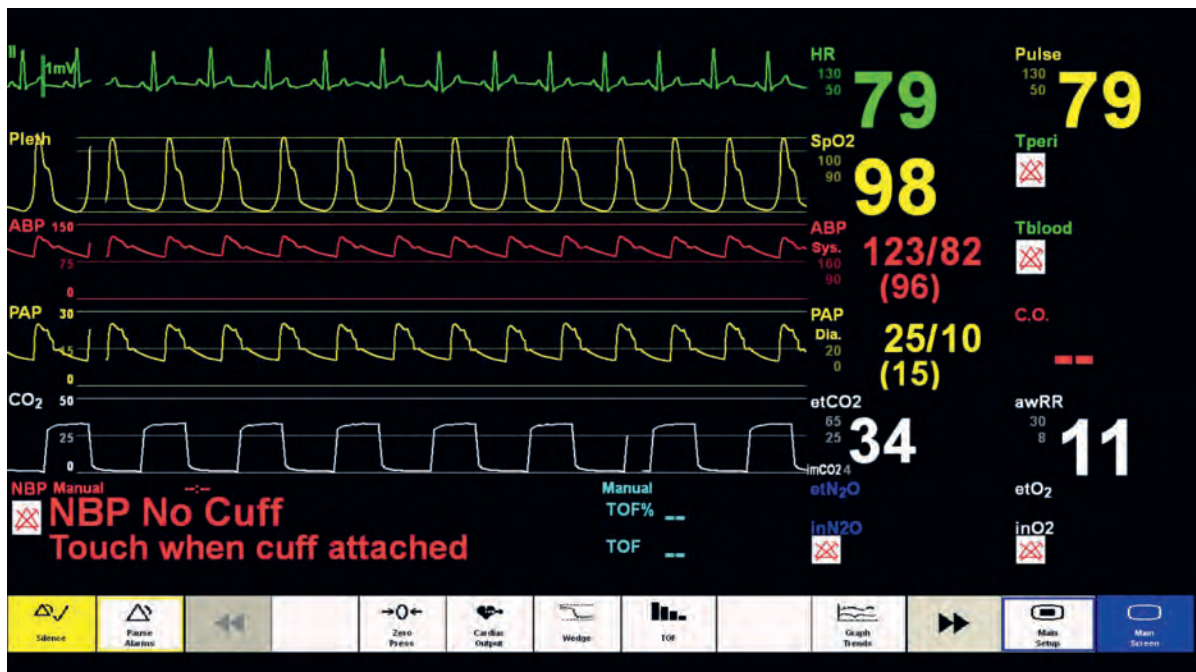
Hematologie	Referentiewaarde	Omschrijving
Hemoglobinegehalte (man)	8.5 - 11.0 mmol/L	Eiwit in erytrocyt, zuurstoftransport
Hemoglobinegehalte (vrouw)	7.5 - 10.0 mmol/L	Eiwit in erytrocyt, zuurstoftransport
Hematocriet	0.40 - 0.50	Percentage cellen in plasma
HbA1c	<53 mmol/mol (<7%)	Versuikering Hb
Erytrocyten aantal (man)	4.5 - 6.0 x 10 ¹² /L	Rode bloedcellen, zuurstoftransport
Erytrocyten aantal (vrouw)	3.9 - 5.4 x 10 ¹² /L	Rode bloedcellen, zuurstoftransport
MCV	80 - 100 fl	Gemiddeld celvolume van erytrocyten
Reticulocyten aantal	25 - 110/nl	Jonge erytrocyten
Leukocyten aantal	4.0 - 10.0 x 10 ⁹ /L	Witte bloedcellen, afweerfunctie
Trombocyten aantal	150 - 400 x 10 ⁹ /L	Bloedplaatjes, stolselvorming
INR/ PT	0.8 - 1.2	Stollingstest coumarinegebruik
APTT	22 - 33 seconden	Stollingstest
Fibrinogeen	2 - 4 g/L	Stollingstest
D-dimeer	<500 µg/L	Stollingstest
CRP	<10 mg/L	Acuut fase eiwit, infectieparameter
BSE	<15 mm/uur	Bezinkingssnelheid, infectieparameter
Arteriële bloedgassen	Referentiewaarde	
pH	7.35 - 7.45	Zuurgraad
pCO ₂	35 - 45 mmHg	Kooldioxidespanning
Bicarbonaat	22.0 - 26.0 mmol/L	Elektrolyt en zuurbuffer
pO ₂	75 - 100 mmHg	Zuurstofspanning
SaO ₂	>95%	Arteriële zuurstofsaturatie Hb
Klinische chemie	Referentiewaarde	
Natrium	135 - 145 mmol/L	Elektrolyt, positief ion
Kalium	3.6 - 5.1 mmol/L	Elektrolyt, positief ion
Calcium	2.20 - 2.60 mmol/L	Elektrolyt, positief ion
Chloride	98 - 108 mmol/L	Elektrolyt, negatief ion
Bicarbonaat	22.0 - 26.0 mmol/L	Elektrolyt, negatief ion, zuurbuffer
Glucose nuchter	3.0 - 6.0 mmol/L	Koolhydraat, energiebron
Glucose na maaltijd	4.0 - 10.0 mmol/L	Koolhydraat, energiebron
Osmolariteit	280 - 300 mOsmol/kg	Kristallijne osmotische druk
Albumine	35 - 50 g/L	Bloedeiwit, colloïde osmotische druk
Totaal eiwit	65 - 80 g/L	Totale hoeveelheid plasma-eiwitten
Kreatinine (man)	65 - 110 µmol/L	Afbraakproduct spierstofwisseling
Kreatinine (vrouw)	50 - 100 µmol/L	Afbraakproduct spierstofwisseling
Ureum	3.0 - 7.0 µmol/L	Afbraakproduct eiwitstofwisseling
eGFR	>90 ml/min/1,73m ²	Glomerulaire filtratiesnelheid
ASAT	<40 U/L	Enzym, niet specifiek
ALAT	<45 U/L	Enzym lever
Gamma GT	<50 U/L	Enzym lever, galwegen
Alkalische fosfatase	<35 - 120 U/L	Enzym lever, galwegen, bot
Amylase	<100 U/L	Enzym pancreas
LDH	<250 U/L	Enzym lever
CPK	<200 U/L	Enzym algemeen, niet specifiek
CKmb	<10.0 µg/L	Enzym hartspier
Bilirubine	<20 µmol/L	Galkleurstof, afbraakproduct Hb
Troponine (I of T)	<0.1 (I)/ <0.3 (T) µg/L	Marker hartspier
NTproBNP	<740pg/ml	Hormoon hartspier
Lactaat	<2.2 mmol/L	Zuurrest

Tabel 4 Belangrijke bloedwaarden met hun referentiewaarde.



5. Uitgebreide en specifieke monitoring

Voor de intensieve en continue bewaking van de patiënt wordt een patiëntmonitor gebruikt. Bijvoorbeeld voor het monitoren van de vitale functies bij patiënten tijdens en na operaties of op de medium care- of intensive care-afdeling, maar ook steeds vaker in een common care-setting of een ambulante setting. Met behulp van de patiëntmonitor kunnen meerdere functies en waarden tegelijk worden bepaald en op een kleurendisplay worden weergegeven. Om deze vitale functies te verkrijgen, is de patiënt via sensoren en meters aangesloten op de monitor, bijvoorbeeld een bloeddrukmanchet, ECG-kabel of SpO₂-vingersensor. Op een intensive care kan de bloeddruk van de patiënt ook op een invasieve manier via een zogenoemde arteriële lijn bewaakt worden. De bewakingsmonitor wordt voor elke patiënt op maat ingesteld. Het apparaat geeft een alarmsignaal als de hartslag, de bloeddruk of het zuurstofgehalte hoger of lager is dan de waarde die is ingesteld. Een groot aantal van deze vormen van monitoring staan beschreven in deel II van dit boek.



Figuur 9 Uitgebreide invasieve bewaking van de vitale functies: in getal en in curve.

Sommige specialismen hebben hun eigen specifieke observaties. Een paar voorbeelden:

- neurologische observaties;
- dialyse-observaties;
- obstetrische observaties;
- cardiologische observaties (hartritmebewaking);
- hemodynamische profielen (invasieve bloeddrukken, ICU);
- beademingsparameters (ICU);
- NIDCAP-parameters (NICU).

4.2 Analyseren

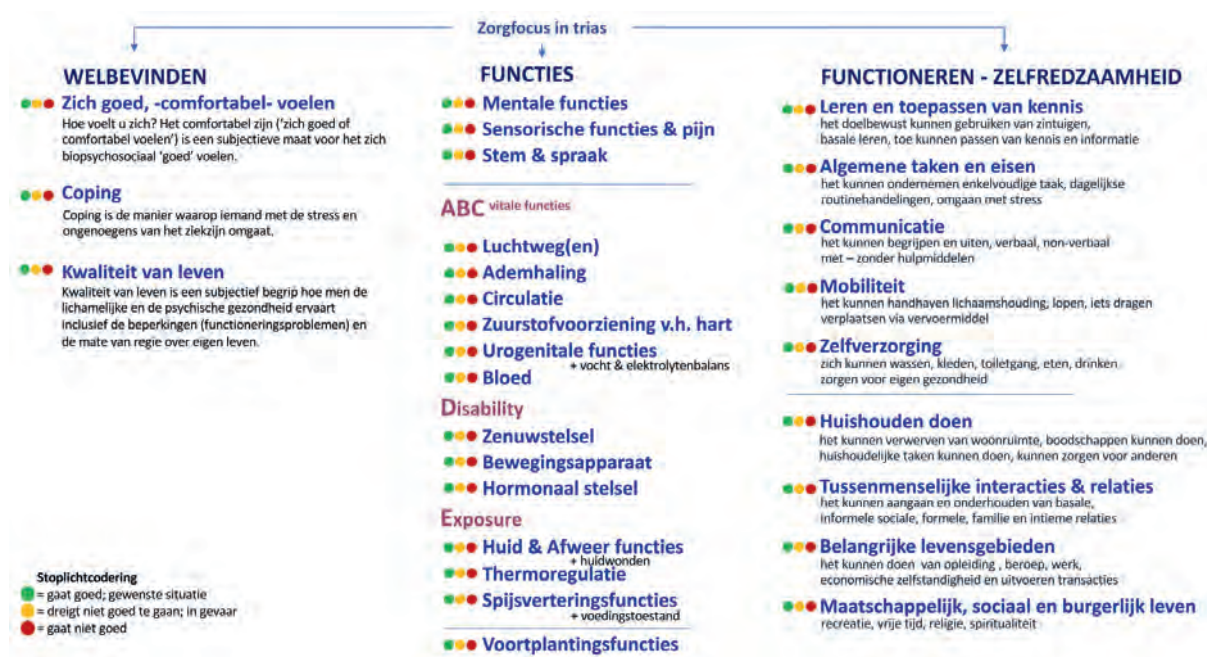
Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je kunt analyseren:

- wat goed gaat, in gevaar is of niet goed gaat met betrekking tot de ICF-zorgthema's en/of de ABCDE vitale functies;
- wat de mogelijke klinische problemen zijn (stoornissen, disfuncties, beperkingen, participatieproblemen en interacties).

Het zien van een probleem is de eerste stap op weg naar de oplossing ervan. Hoewel het verleidelijk is om bij patiëntproblemen direct over mogelijke oplossingen na te denken, is het veel beter om eerst na te denken over het probleem op zich. Wat is er echt aan de hand? Welke interacties zie je? Pas na een grondige probleemanalyse kun je de passende en patiëntgerichte oplossing aandragen.

Probleemoverzicht

Om de klinische toestand op een overzichtelijke manier inzichtelijk te kunnen maken, wordt de International Classification of Functions (ICF) van de WHO gebruikt. In het geval dat de patiënt vitaal bedreigd is, gebruiken we de ABCDE-methodiek. In figuur 10 zijn de lichaamsfuncties in de ABCDE-volgorde weergegeven. Het geheel vormt een dashboard van de klinische toestand van de betreffende patiënt. Wat gaat goed en wat gaat niet goed, wat is bedreigd? Waar zitten de klinische problemen, stoornissen en beperkingen? Welke gunstige of ongunstige interacties zijn er onderling in de problematiek?



Figuur 10 Het dashboard van de klinische toestand, met behulp van het stoplichtensysteem kun je op eenvoudige wijze probleemoverzicht creëren.

Zorgfocus in trias

Het dashboard van de klinische toestand is ingedeeld in de drie speerpunten van patiëntgerichte zorg: welbevinden, lichaamsfuncties en het functioneren van de patiënt. We noemen dit de 'zorgfocus in trias'. Onder elke kolom staan de specifieke zorgthema's. Al deze zorgthema's staan uiter-

aard niet op zichzelf. Er is een groot onderling verband in het goed functioneren, maar ook in het disfunctioneren van deze zorgthema's (interacties).

Interacties

Een goede gedegen analyse levert soms een verrassende kijk op de onderlinge samenhang in de problematiek, stoornissen, disfuncties, beperkingen en participatieproblemen op, die uiteindelijk leidt tot op die specifieke persoon gerichte zorg. Interacties kunnen gunstig zijn (compensatiemechanismen), maar ook ongunstig (probleemversterkend). De interacties zijn vaak dynamisch, specifiek en staan niet altijd in een voorspelbare een-op-eenrelatie tot elkaar. De interactie kan in alle richtingen plaatsvinden (kruisverbanden). Analyseer de aanwezige klinische problemen daarom zoveel mogelijk in hun onderling verband en mogelijke gunstige of ongunstige interacties.



Figuur 11 De drie speerpunten in de zorg vormen een drie-eenheid en dienen ook als zodanig benaderd te worden. Een klinisch probleem binnen een bepaald zorgthema zal vroeger of later zijn effect hebben op een ander. Inzicht in de interacties is van groot belang voor patiëntgerichte zorg.

Praktisch geldt het volgende:

- Creëer probleemoverzicht met behulp van de ICF-zorgthema's. Dit doe je door alle zorgthema's af te gaan en aan te kruisen waar je problemen (voor)ziet.
- Aansluitend formuleer je wat het probleem is: de stoornis, het functioneringsprobleem of de beperking.
- Kijk heel goed naar het geheel en eventuele interacties in de problemen.
- Noteer je bevindingen.

Wat is het probleem?

Alleen het aangeven wat goed gaat en wat in gevaar is of niet goed gaat, is niet voldoende. Er wordt van je verwacht dat je de problematiek inzichtelijk kunt maken, oftewel dat je beknopt en helder kunt formuleren 'wat' het probleem of gevaar is.

Er zijn verschillende manieren om de patiëntproblemen bij deze zorgthema's te formuleren. Het doel is een korte en bondige probleemduiding. Zorg dat een ander je begrijpt. Vermijd jargon en allerlei onnodige afkortingen. Het inventariseren en formuleren doe je het liefst op basis van je parate kennis. Je kunt ter inspiratie ook dit boek raadplegen. In deel II van dit boek staan bij alle ICF-zorgthema's een groot aantal problemen, stoornissen, disfuncties, beperkingen en aandoeningen beschreven die je op weg kunnen helpen.

Je kunt eventueel ook gebruikmaken van:

- het *Zakboek Verpleegkundige diagnosen* van Carpenito. Nadeel is wel dat deze diagnosen alfabetisch geordend zijn en niet naar een zorgthema; een ander nadeel is dat een groot aantal van deze diagnosen niet interprofessioneel geformuleerd zijn;
- de Nationale Kernset Patiëntproblemen.⁴

4.3 Communiceren

Als verpleegkundige wordt er van je verwacht dat je klinisch leiderschap toont en dat je:

- je bevindingen tijdig deelt met de betrokken arts, verpleegkundigen en patiënt;
- de betrokkenen kunt informeren over de klinische toestand, klachten en problemen (met behulp van SBAR-methode);
- proactief en patiëntgericht meedenkt over welke acties en zorg nodig zijn in de situatie waarin de patiënt zich bevindt.

In de dagelijkse praktijk voer je regelmatig overleg over de klinische toestand van de patiënt. Klinisch overleg heeft vele vormen. Het kan een telefonisch (spoed)overleg zijn, een grote visite, een overdracht van dienst, een multidisciplinair overleg, een SIT-oproep et cetera. In al deze vormen van interprofessioneel klinisch overleg staat de klinische toestand van de patiënt centraal. Het doel van klinisch overleg is duidelijke afspraken maken over de zorg voor de patiënt.

Elkaar informeren en inspireren

Denk van tevoren goed na. Goede communicatie betekent ook dat je goed nadenkt over met wie, wanneer en waar je communiceert. Maar ook hoe je anderen bondig, concreet en respectvol informeert over 'hoe het met jouw patiënt gaat' en 'wat het (mogelijke) probleem is'. Het interprofessioneel klinisch overleg in acute situaties wordt vaak gevoerd in de vorm van de SBAR-methode. Indien zowel de zender als de ontvanger daarmee bekend is, verlopen de overlegmomenten vaak veel efficiënter, prettiger en duidelijker.

Proactief meedenken

Als verpleegkundigen staan we vaak dicht bij de patiënt en zijn daarom bij uitstek de aangewezen zorgprofessionals om de klinische toestand te bewaken, probleemgericht te denken en actief mee te denken in de zorg die past bij de betreffende patiënt. Jouw klinisch redeneren en klinisch leiderschap raakt de kern van onze professie van verpleegkundigen, namelijk het leveren van patiëntgerichte zorg. Zeker in die situaties waarin de patiënt (al dan niet tijdelijk) zelf niet goed (meer) kan aangeven wat er goed of niet goed gaat, treed je als verpleegkundige op als zijn/haar 'zaakwaarnemer', als 'advocaat van de patiënt'. Je denkt actief mee over wat het beste is voor de patiënt. Je zet in het belang van de patiënt je empathisch vermogen, je vakkennis, beroeps- en levenservaring en klinisch leiderschap in.

⁴ De Nationale Kernset Patiëntproblemen is bedoeld voor eenduidige taal binnen de Nederlandse verpleging en verzorging. Deze kernset bestaat uit patiëntproblemen, interventies, uitkomsten van zorg (zorgresultaten), observaties en meetinstrumenten. Kijk op www.nictiz.nl.

Praktisch geldt het volgende:

Bedenk met wie, wanneer, waar je wat wilt bespreken.

- Bedenk of je een telefonisch (spoed)overleg wilt of wilt overleggen tijdens de grote visite, tijdens de overdracht van dienst, een multidisciplinair overleg, een SIT-oproep.
- Informeer andere zorgprofessionals met behulp van de SBAR.
- Denk mee! Stel concrete vragen en doe concrete voorstellen.
- Leg je overleggen en de gemaakte afspraken vast.

Vijf categorieën van aanbevelingen

Het feit dat je problemen signaleert bij de patiënt wil uiteraard niet zeggen dat je die ook allemaal persoonlijk op moet of kunt oplossen. Meedenken wil ook zeggen dat je de expertise van andere zorgprofessionals kunt voorstellen. Ter inspiratie zijn de voorstellen – aanbevelingen die je kunt doen – ingedeeld in vijf categorieën: aanvullend onderzoek, interventies, consultering, begeleiden en zelfredzaamheid.

1. Meedenken en aanbevelingen doen ten aanzien van aanvullend onderzoek

Hierbij kun je denken aan:

- aanvullende anamnesevragen (bijvoorbeeld aan de hand van ALTIS, SCEGS, AMPLE);
- lichamelijk onderzoek/observaties (kijken, meten, luisteren, voelen, et cetera aan hoofd-hals, thorax, abdomen, rug, extremiteiten);
- specifieke scorelijst(en) (SNAQ, DOS, Lastmeter, ADL, EMV, Ramsey et cetera);
- laboratoriumonderzoek (bloed, sputum, liquor, slijm, feces, urine, wond et cetera);
- beeldvormend onderzoek (röntgen, echo, CT-scan et cetera);
- fysisch-diagnostisch onderzoek (ECG, EEG, scopie, doppler, scan et cetera).

2. Meedenken en aanbevelingen doen ten aanzien van interventies

Geef daarbij aan in welke specifieke vorm en of je de betreffende actie wil starten, stoppen, bijstellen of continueren.

Hierbij kun je denken aan:

- luchtwegmanagement/reanimatietechniek;
- beademing;
- zuurstoftherapie;
- infuustherapie;
- farmacotherapie;
- pijnmedicatie of pijnbehandeling;
- houding/ligging;
- katheters/sondes/drains;
- voeding/dieet/vochtbeleid;
- wondbeleid/verbanden;
- decubitusbeleid;
- (im)mobilisatiebeleid met/zonder hulpmiddelen;
- warmte-koudemanagement;
- isolatie/barrière/omgekeerde isolatie;
- bloedproducten (erytrocyten/plasma/trombocyten);
- nierfunctie-vervangende therapie;
- uitgebreide controles à ... minuten of à ... uur;
- opname/overplaatsing/ontslag;
- sedatie of palliatieve sedatie;
- psychotherapie;
- overig.

3. Meedenken en aanbevelingen doen ten aanzien van het consulteren van andere zorgprofessionals

Hierbij kun je denken aan:

- arts, medisch specialist;
- SIT-team;
- pijnteam;
- verpleegkundig specialist;
- gespecialiseerd verpleegkundige;
- medisch maatschappelijk werk;
- verloskundige;
- lactatiekundige;
- fysiotherapeut;
- ergotherapeut;
- diëtist;
- hygiënist;
- pedagogisch medewerker;
- tolk;
- dominee, imam, raadsman, pastor, rabbijn et cetera;
- overig.

4. Meedenken en aanbevelingen doen ten aanzien van welbevinden

Hierbij kun je denken aan:

- psychosociaal begeleiden/empathische ondersteuning;
- medicatie
- tender loving care (TLC);
- overig.

5. Meedenken en voorstellen doen ten aanzien van zelfredzaamheid en functioneren

Hierbij kun je denken aan:

- voorlichting/informatie/advies/instructie geven;
- stimuleren door voorstellen doen/aangeven van/advies geven et cetera;
- ondersteunen door middel van een handeling/techniek/therapie/hulpmiddel/pijnmedicatie et cetera;
- inschakelen van mantelzorger(s);
- overig.

5 AAN DE SLAG!

Klinisch redeneren is een denkvaardigheid die je niet even via een workshop, een masterclass of een boek aanleert. Vergelijk het met het leren bespelen van een muziekinstrument of het leren van een taal. Dat leer je vooral door het te doen, dus door veel te oefenen. Voor klinisch redeneren geldt min of meer hetzelfde. Ook dat leer je het beste door het te doen.

Website



Om goed te leren klinisch redeneren, is geschikt oefenmateriaal nodig. Alleen met behulp van goed geschreven casuïstiek kun je klinisch redeneren oefenen. Bij dit boek hoort een website waarop geschikte casuïstiek beschikbaar is. Het gaat om waargebeurde zorgsituaties. Een verzonnen casus uitwerken is doorgaans erg frustrerend, omdat er vaak gegevens ontbreken over klachten, niet-pluissignalen, klinimetrie en bloedwaarden.

Time-out-applicatie

Van het Time-out-praktijkmodel is een applicatie gemaakt die toepasbaar is binnen allerlei verpleegkundige specialismen en zorgsettingen. Deze Time-out-applicatie is bedoeld als leidraad om op een eenduidige en praktische manier patiëntbesprekingen te doen en daarvan te leren. Vragenderwijs wordt inhoud gegeven aan de drie basisvaardigheden van het klinisch redeneren: observeren, analyseren, communiceren. Door aansluitend goed te evalueren en te reflecteren worden kennis en expertise vergroot.

Een paar voorbeelden van toepassingen van de Time-out-applicatie:

- **Binnenschools:** online oefenen met patiëntencasuïstiek; liefst in werkgroepen van 3-4 studenten. Belangrijk is dat ze begeleid worden door een daartoe getrainde opleider.
- **Op de werkplek:** verpleegkundige teams kunnen oefenen met hun eigen werkplekcasuïstiek; liefst begeleid door een daartoe getrainde opleider.
- **Opleidingsportfolio:** studenten kunnen aantonen dat ze klinisch redeneren in praktijk kunnen brengen. Ze kunnen hun voorgeschreven aantal patiëntbesprekingen met behulp van deze applicatie uitwerken en als proeve van bekwaamheid opslaan in hun digitale opleidingsportfolio.

Kies casuïstiek die bij jou past

Leren klinisch redeneren met casuïstiek is, mits goed voorbereid, uitdagend en uiterst leerzaam. In het begin zul je vertrouwd moeten raken met de Time-out als onderwijsvorm. Begin daarom met korte, relatief eenvoudige en veelvoorkomende casuïstiek. Kies een realistische casus met een enkelvoudig ziektebeeld afkomstig uit een specifieke zorgsetting of stageafdeling. Het heeft geen zin om een neonatologie intensive care-casus te doen, terwijl je binnenkort op stage gaat in de thuiszorg. Multimorbiditeit is vanwege de vele dwarsverbanden vaak iets te uitdagend om mee te beginnen. Houd het, zeker in het begin, vooral overzichtelijk en behapbaar voor jezelf.

We raden je sterk af om een casus uit te werken die afkomstig is uit een totaal onbekend werkveld, met een onbekende patiëntencategorie of met een vaag of zeldzaam ziektebeeld. De gevolgen laten zich makkelijk raden. Daar wordt niemand wijzer van en het werkt alleen maar frustratie in de hand.

Een casus is een momentopname van een specifieke patiëntsituatie. Dit is meestal een kritiek moment. De tijd wordt als het ware even stilgezet. De casus is een soort snapshot uit de gehele

ziektegeschiedenis van een patiënt. De situatie van het moment wordt vervolgens besproken met een Time-out. Dit is de intercollegiale sociaal-didactische werkvorm om gezamenlijk na te denken over de problematiek en daarvan te leren.

Overdenk bij het uitkiezen van de casus het volgende:

- De patiënt moet representatief zijn voor de zorgsetting. Welke aandoeningen en ziektebeelden zie je veel? Kijk goed naar de (geanonimiseerde) persoonsgegevens van de patiënt en beoordeel of deze casuïstiek bij je (leerdoelen) past.
- Herken je duidelijke en concrete gegevens met betrekking tot het klinisch beeld, bijvoorbeeld: klachten, niet-pluissignalen, klinimetrie, scoresystemen, bloedwaarden, monitoringsgegevens?
- Begin niet te moeilijk.

Samen leren klinisch redeneren

Gebruik het Time-out-praktijkmodel als leidraad bij het klinisch redeneren. De Time-out is een sociaal-didactische leerwerkvorm voor het leren klinisch redeneren van verpleegkundigen. De primaire vraag in de Time-out is 'Hoe gaat het?' en 'Wat is jouw mening daarin als betrokken verpleegkundige?' Op deze uitgangsvraag volgen verdere redeneervragen. Om al deze vragen te kunnen beantwoorden, is een goede biomedische kennisbasis van (levens)belang. Maar dat niet alleen. Het vergt ook zeer zeker een niveau van geoefendheid. Kennis en vaardigheden die je niet gebruikt verbleken snel. Oefen je redeneer-skills dus regelmatig en doe een Time-out met elkaar onder het motto 'samen werken is samen leren'.

Doe dit samen met drie à vier deelnemers. Kies een passende en uitdagende casus. Lees eerst de casus door en wijs een gespreksleider en een notulist aan. Neem de generieke Time-out-vragen een voor een mondeling door en noteer je bevindingen en je reflectie in de Time-out-applicatie.

Time-out en portfolio

Bij de online casusbank is een digitale verslaglegging ontwikkeld. Onder elke casus is het mogelijk om een digitaal verslag van de Time-out in te vullen met jouw bevindingen en dit op te slaan in je eigen casuïstiekportfolio op je eigen computer of laptop.

Voorbeelden

In de online Time-out-casusbank zijn explainers en voorbeelden van toepassingen van de Time-out te vinden. Deze dienen primair als uitleg, maar vooral ook als inspiratie voor jouw klinisch redeneren.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Bakker, M. & Timmer, C. (2016). Klinisch redeneren. Brug tussen theorie en beroepspraktijk? *TVZ Tijdschrift voor Ziekenverpleging* no. 6.
- Baldew I.M. (2005). *Sherlock Holmes aan het ziekbed. Een frisse kijk op klinisch redeneren*. Koninklijke van Gorcum.
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3), 177-183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2007.06.004>
- Beurskens, S., Peppen, R. van, Stuttersheim, E., Swinkels, R. & Wittink, H. (2008). *Metten in de Praktijk. Stappenplan voor meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Casus Tuchtcollege. *Beslissing d.d. 26 februari 2016 naar aanleiding van de op 20 oktober 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg*.
- Covey, Stephen R. (2015). *The Seven Habits of Highly Effective People*. Mango Publishing Group.
- Dijk, E.J. van (2010). Denken in termen van triage. *Medisch contact*, 48, 2. www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/denken-in-termen-van-urgentie-bij-triage.htm, geraadpleegd 11 februari 2017.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2012). Self-determination theory. In P.A.M. Van Lange, A.W. Kruglanski, & E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 416-436). Sage Publications.
- Dochy F., Berghmans I., Koenen A.K. & Segers M. (2016). *Bouwstenen voor High Impact Learning*. Boom uitgevers.
- Dulmen, S., Weert, J. & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. Noordhoff.
- Exter, P., Steeg, G. & Baggen, V. (2013). Gestructureerde overdrachtsmethoden voor ambulancezorgverleners. *Ambulancezorg*, 3, 30-33.
- Gagné, M., & Deci, E.L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, Wiley Online Library
- Govaerts M.J.B., Bisscheroux T.J.H.I. & Merckx A.C.M. (2004). Docentenprofessionalisering door integratie van theoretisch leren, ervaringsleren, intervisie en reflectie. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 23(2), 91-99.
- Grinsven, V. & Westerik, H. (2009). *Rapportage na- en bijscholingsbehoeften verpleegkundigen*. DUO, Marketresearch/REED Business/HAN.
- Huisman-de Waal G., Dulmen S. van, Verkerk E.W., Kool T. & Vermeulen H. (2017). Verpleegkundige basiszorg. Maak je eigen korte Beter Laten-lijst. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 15(3-4), 8-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s12468-017-0025-5>
- Kassirer, J.P., Kopelman, R.I. & Wong, J.B. (2009). *Learning Clinical Reasoning*, 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Alison, L. Kitson, BSc, DPhil, RN, FRCN, FAAN (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, University of Adelaide.
- Klink, M., van der, Streumer, J. & Tjepkema, S. (red.) (2005). Zelfsturend leren op het werk. Thema-nummer *DEVELOP*. 2.
- Kuiper, M. & Jong, A. de (2017). *Klinische besluitvorming voor verpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Meer, J. van der & Laar, A. van 't (2001). *Anamnese en lichamelijk onderzoek*, 2e druk. Elsevier Gezondheidszorg.
- Murphy, J.I. (2004). Using focused reflection and articulation to promote clinical reasoning: An Evidence-Based Teaching Strategy. *Nursing Education Perspective*, 25(5), 226-231.
- Nightingale F. (2000). *Notes on Nursing. What it is, and what is not*. Dover Publications.
- Paans, W. (2011). *Denkwerker in de zorg, Methoden om tot een doordacht verpleegkundig oordeel te komen*. Boom Lemma.
- Pool, A. (2007) Het gebruik van casuïstiek binnen onderwijs en gezondheidszorg. *ONGE* 31, 177.

- Schoot, T. (2012). Misvattingen over patiëntgerichte zorg. *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs*, 6, 8-12.
- Spaendonck, K.P.M. van, Lisdonk, E.H. van de (1995). Het biopsychosociale ziektemodel: een proeve van onderwijskundige operationalisatie. In J. Pols, Th.J. ten Cate, E. Houtkoop, M.C. Pollemans & J.A. Smal (red.). *Gezond Onderwijs* 4, p. 272-276. Bohn Stafleu van Loghum.
- Straalen L. van & Schuurmans, M. (2016). Wat is klinisch redeneren? *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. http://dx.doi.org/10.1007/978-90-368-1109-5_2
- Tanner, C.A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Thijs, A., Fisser, P., & Hoeven, M. van der (2014). *21e eeuwse vaardigheden in het curriculum van het funderend onderwijs*. SLO.
- Timmer, C.G.J. (2021). *Situationeel begeleiden in de gezondheidszorg*. https://maken.wikiwijs.nl/123904/Situationeel_begeleiden#!page-4316437
- Vlaeminck H. (2005). Casuïstiek van sociaal werkers, schatkamer of trompe-l'oeil? *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 14(4), 5-14.
- Visser, C.L.F. (2018). *Exploring the affective component of interprofessional Education* [Proefschrift, VU Amsterdam].
- Whittingham, K.A. & Oldroyd, L.E. (2014). Using an SBAR: Keeping it real! Demonstrating how improving safe care delivery has been incorporated into a top-up degree programme. *Nurse Education Today*, 34(6), e47-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.11.001>
- Yadav, A., Lundeborg, M., DeSchryver, M., Dirking, K., et al. (2007). Teaching science with case studies: A national survey of faculty perceptions of the benefits and challenges of using cases. *Journal of College Science Teaching*, 37(1), 34-38.
- Yadav, A., Shaver, G.M. & Meckl, P. (2010). Lessons learned: Implementing the case teaching method in a mechanical engineering course. *Journal of Engineering Education*, 99(1), 55-69.

Documenten

- Beroepsprofiel HBO opgeleide verpleegkundige 'regie en overzicht' (www.venevn.nl).
- Beroepsprofiel MBO opgeleide verpleegkundige 'een sterke combinatie van hoofd, handen en hart' (www.venevn.nl).
- Beroepsopleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0.
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional.
- Monitor Zorggerelateerd Schade 2015, 2019.

International Classification of Functioning, Disability and Health

Titels, gebezigde terminologie en inhoudelijke informatie in dit boek zijn in belangrijke mate gehanteerd conform de ICF, de Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO-FIC Collaborating Centre/RIVM.

Internet

Naast literatuur is er ook veelvuldig en dankbaar gebruikgemaakt van internet. Hoewel er vele kanttekeningen bestaan met betrekking tot de betrouwbaarheid van de informatie, blijkt internet – mits kritisch gebruikt – keer op keer een fantastische en onuitputtelijke bron van informatie. Bij de totstandkoming van dit boek zijn vooral Google en Wikipedia onmisbaar gebleken. Het zal, ondanks auteursrechten, niet lang duren voordat er inhoud uit dit boek op internet verschijnt; dan is die cirkel ook weer rond.

Het Time-out-praktijkmodel is ontwikkeld op basis van:

Probleemgestuurd opleiden, Ervaringsleren, Reflectie Korthagen, 70-20-10, EPA gerichtonderwijs, IPE Interprofessioneel Educatie, TBL, Team Based Learning, De wil tot weten, Socratisch gesprek, Sociaal constructivisme, SDT Self Determination Theory, Beroepscode Verpleegkundigen, Beroepsopleidingsprofiel verpleegkundigen, Notes on Nursing of Florence Nightingale.

DEEL II

KLINISCHE PROBLEMATIEK INZICHTELIJK



welbevinden



functies

functioneren

INHOUD DEEL II

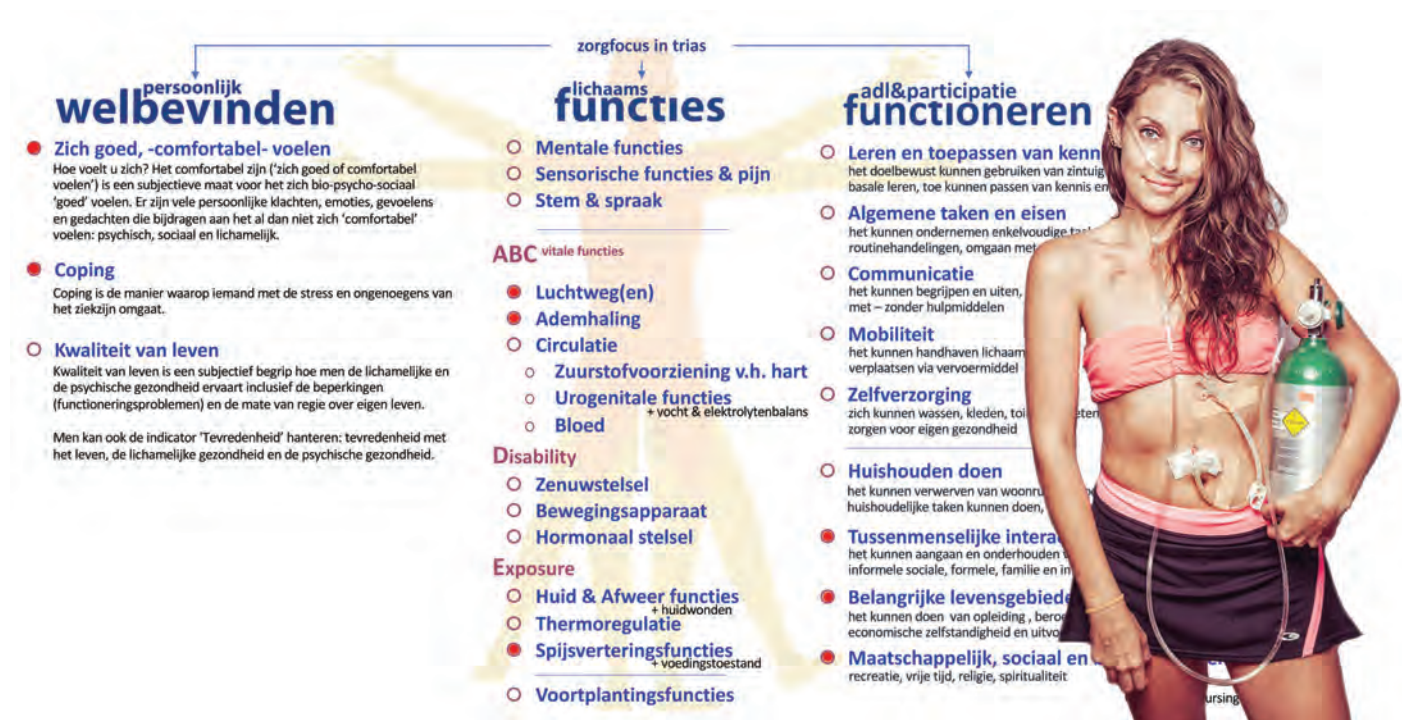
Klinische problematiek inzichtelijk	51
18 zorgthema's	53
Mindmaps	59
Zorgthema 1 Welbevinden	61
Zorgthema 2 Mentale functies	83
Zorgthema 3 Sensorische functies en pijn	129
Zorgthema 4 Stem en spraak	151
ABC Vitale functies	
Zorgthema 5 Luchtweg(en)	167
Zorgthema 6 Ademhaling	183
Zorgthema 7 Circulatie	217
Zorgthema 8 Zuurstofvoorziening van het hart	293
Zorgthema 9 Urogenitale functies	311
Zorgthema 10 Bloed	339
Disability functies	
Zorgthema 11 Zenuwstelsel	395
Zorgthema 12 Bewegingsapparaat	435
Zorgthema 13 Hormonaal stelsel	457
Exposure functies	
Zorgthema 14 Thermoregulatie	487
Zorgthema 15 Huid en afweer	509
Zorgthema 16 Spijsverteringsfuncties	547
Zorgthema 17 Voortplantingsfuncties	579
Zorgthema 18 Functioneren en zelfredzaamheid	645
Literatuur	663
Trefwoordenregister	667

KLINISCHE PROBLEMATIEK INZICHTELIJK

Dit boek draagt de titel 'Klinische problematiek inzichtelijk', maar wat is klinische problematiek eigenlijk? In het kort: klinische problematiek is het geheel aan mentale, sociale en/of lichamelijke functiestoornissen, beperkingen, interacties, complicaties, ongemakken en narigheden die een patiënt doormaakt, waar hij mee moet (leren) leven en waar hij mogelijk aan kan of zal overlijden. Klinische problemen kunnen voortvloeien uit een ziekte of aandoening, maar ook uit het bijgaande medisch beleid of uit de persoon zelf.

Probleeminzicht, een basisberoepsvaardigheid

Het goed kunnen signaleren en analyseren van de klinische problemen van een patiënt is een belangrijke basisberoepsvaardigheid van verpleegkundigen. Om de klinische problematiek bij de patiënt op een overzichtelijke manier inzichtelijk te maken, wordt de International Classification of Functions (ICF) van de WHO gebruikt. In het geval dat de patiënt vitaal bedreigd is gebruiken we de ABCDE-methodiek. In de onderstaande figuur zijn de lichaamsfuncties in de ABCDE-volgorde weer-gegeven. Het geheel vormt een dashboard van de klinische toestand van de patiënt. Wat gaat goed en wat gaat niet goed, wat is bedreigd? Waar worden de problemen, stoornissen en beperkingen voorzien? Welke gunstige of ongunstige interacties zijn er tussen de problemen?



Dashbord van de klinische toestand van Kim (25). In dit voorbeeld zie je een overzicht van de klinische problematiek van Kim. De met rood aangestipte zorgthema's ziet zij momenteel als probleemthema's in haar leven met cystic fibrosis, de PEG-sonde en zuurstoftank.

ICF

De ICF of voluit de International Classification of Functioning, disability and health is een interprofessionele classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de mens en de eventuele problemen die mensen daarbij ervaren te beschrijven. In 192 landen, waaronder Nederland, is de ICF aanvaard. De ICF wordt beheerd door de World Health Organization (WHO). De ICF biedt een internationaal en interprofessioneel schema en standaardtaal voor de beschrijving van iemands functioneren vanuit drie verschillende perspectieven:

1. *De mens als organisme*: voor het beschrijven van de lichaamsfuncties, de anatomische eigenschappen en de stoornissen van de diverse onderdelen van het lichaam.
2. *Het menselijk functioneren*: voor het beschrijven van wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten iemand uitvoert en welke beperkingen hierin zijn.
3. *Participatie*: voor het beschrijven of iemand mee kan doen aan het maatschappelijk leven op alle terreinen, zijn of haar daadwerkelijke deelname en eventuele problemen hierin.

Enkele belangrijke begrippen bij het werken met de ICF:

- **Functies**: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
- **Stoornissen**: klinische problematiek in de vorm van afwijkingen in of verlies van functies en anatomische eigenschappen.
- **Beperkingen**: moeilijkheden met functioneren en het uitvoeren van activiteiten.
- **Participatieprobleem**: probleem met het functioneren; de deelname aan het maatschappelijk leven.

ProActive Nursing gebruikt de ICF als leidraad bij het klinisch redeneren om de klinische toestand en problematiek bij onze patiënten inzichtelijk te maken. De ICF-classificatie is de basis van het dashboard op de vorige pagina.

Zorgfocus in trias

Het dashboard is ingedeeld in drie zorgfoci: welbevinden, lichaamsfuncties en het functioneren van de patiënt. We noemen dit de 'zorgfocus in trias'. Onder elke kolom staan de specifieke zorgthema's. Al deze ICF-zorgthema's staan uiteraard niet op zichzelf. Er is een groot onderling verband in het goed functioneren, maar ook in het disfunctioneren (interacties) van deze zorgthema's. Bij de ontregelde, kwetsbare mens komen welbevinden, lichaamsfuncties en het functioneren vroeg of laat in gevaar. Ziekten, aandoeningen en/of letsels, al dan niet acuut of chronisch ontstaan, hebben doorgaans vele negatieve gevolgen. Het is van groot belang dat zowel zorgverleners als de patiënten zien 'hoe', 'waar', 'wanneer' en 'waarom' deze problemen, disfuncties, stoornissen en beperkingen kunnen optreden. Pas dan kun je ze voorkomen of patiëntgericht benaderen.

18 ZORGTHEMA'S

In deel II van dit boek worden de achttien zorgthema's beschreven: wat ze inhouden en wat de klinische aandachtspunten of probleempunten zijn.

WELBEVINDEN



Zorgthema 1

Welbevinden staat voor de mate waarin iemand zich geestelijk, lichamelijk en sociaal goed voelt. Welbevinden gaat over lekker in je vel zitten, maar ook over gezond zijn en tevreden zijn met je leven. Welbevinden is de persoonlijke en subjectieve maat voor de kwaliteit van leven.

Klinische aandachtspunten:

1. zich goed – comfortabel – voelen;
2. coping;
3. kwaliteit van leven.

MENTALE FUNCTIES



Zorgthema 2

De mentale functies zetelen in de hersenen. Het betreft zowel algemene mentale functies zoals bewustzijn, slapen, energie en driften, als specifieke mentale functies zoals geheugen, taal, rekenen en de hogere cognitieve functies.

Klinische aandachtspunten:

1. algemene mentale functies;
2. specifieke mentale functies.

SENSORISCHE FUNCTIES EN PIJN



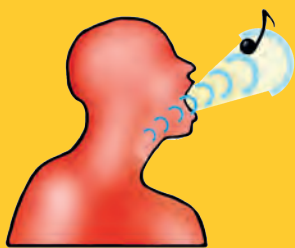
Zorgthema 3

De sensorische functies zijn er om allerlei prikkels in de omgeving te registreren. Deze prikkels gaan indien sterk genoeg naar het zenuwstelsel, waar ze verwerkt worden en betekenis krijgen. Zintuigen, zenuwstelsel en spieren werken dan samen om goed te sturen, te bewegen of te communiceren.

Klinische aandachtspunten:

1. sensorische functies;
2. pijn.

STEM EN SPRAAK



Zorgthema 4

De stem is het geluid dat je maakt met de stembanden. Ingeademde lucht die de keel binnenstroomt, komt eerst langs het strottenhoofd, met de stembanden. De lucht verplaatst zich door het strottenhoofd en laat daarbij de stembanden trillen. Daardoor ontstaat geluid en kun je spreken en zingen. Wat en hoe je het zegt of zingt vang je zelf op met je eigen gehoor. De stem wordt ook wel gezien als het 'voertuig van de geest'.

Klinische aandachtspunten:

1. spraakproductie;
2. spraakspieren;
3. strottenhoofd;
4. stemgebruik;
5. spraakperceptie.

ABC vitale functies

De ABC vitale functies betreffen primaire levensfuncties: de luchtwegen, de ademhaling en de circulatie. Secundair gaat het ook om de zuurstofvoorziening van het hart, de urogenitale functies (inclusief de vocht- en elektrolytenbalans) en het bloed.

LUCHTWEGEN



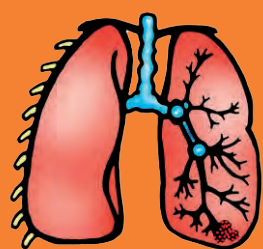
Zorgthema 5

De luchtwegen zijn de continu open verbinding tussen de buitenlucht en de longblaasjes. Ingeademde lucht stroomt in en uit via de hoge luchtweg: neusholte of mondholte, keelholte, strottenhoofd en trachea. De trachea splitst zich in de lage luchtwegen, (hoofd)bronchiën, vele bronchiën en bronchioli. Deze brengen de lucht van en naar de alveoli.

Klinische aandachtspunten:

1. hoge luchtweg;
2. lage luchtwegen.

ADEMHALING



Zorgthema 6

Ademhalen is het door middel van spierarbeid actief inhaleren en passief exhaleren van lucht. Zuurstof wordt opgenomen naar behoefte van het metabolisme en het geproduceerde kooldioxide wordt uitgescheiden. De ademhaling past zich voortdurend aan de drie variabelen aan: de activiteitenfactor, de stressfactor (infectie, trauma, ziekte) en de lichaamstemperatuur.

Klinische aandachtspunten:

1. ademprikkel;
2. ademarbeid;
3. gaswisseling;
4. pulmonale doorbloeding.

CIRCULATIE



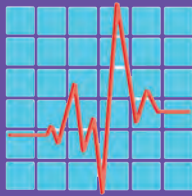
Zorgthema 7

De circulatie is het door middel van hartspierarbeid actief rondpompen en verdelen van bloed. De circulatie wordt verzorgd door het hart en een zeer dicht netwerk van bloedvaten, venulen en grote venen. De linkerkant van het hart pompt het bloed door de aorta, arteriën en arteriolen naar de capillaire netwerken van de organen, voorziet de cellen van voedsel en zuurstof en vervoert de afvalstoffen zoals onder andere kooldioxide als veneuze return weer via de rechterkant van het hart naar de longen.

Klinische aandachtspunten:

1. veneus aanbod;
2. hartritme;
3. pompfunctie;
4. arteriële stelsel;
5. microcirculatie.

ZUURSTOF- VOORZIENING VAN HET HART



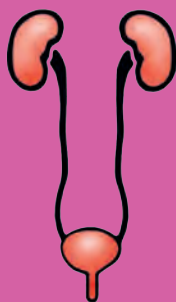
Zorgthema 8

De hartspier heeft continu veel zuurstof nodig om te presteren. Het aanbod van zuurstof en de hoeveelheid zuurstof die de hartspier (myocard) nodig heeft (behoefte) moeten voortdurend in evenwicht zijn. De doorbloeding van het myocard wordt verzorgd door drie grote coronairen (kransslagaderen): 1) LAD, 2) RCA en 3) LCX.

Klinische aandachtspunten:

1. zuurstofaanbod;
2. zuurstofbehoefte.

UROGENITALE FUNCTIES



Zorgthema 9

Het lichaam heeft voortdurend behoefte aan water met de daarin opgeloste stoffen zoals elektrolyten. Het lichaam bestaat ook voor het grootste deel uit water, dat voortdurend moet worden verversd. De water-zouthuishouding van het lichaam is erop gericht om de totale hoeveelheid water, de totale hoeveelheid elektrolyten, maar ook de onderlinge verhouding continu constant te houden.

Klinische aandachtspunten:

1. intake en behoefte;
2. osmolariteit;
3. totale watermassa;
4. nierfuncties;
5. mictie.

BLOED



Zorgthema 10

Bloed is een vloeibaar orgaan dat overal in het lichaam komt en vooral een belangrijke functie heeft in het transporteren van onder andere zuurstof, voedingsstoffen, hormonen, kooldioxide en warmte. Bloed bestaat uit twee hoofdcomponenten: water en cellen.

Klinische aandachtspunten:

1. bloedvolume;
2. zuurbasis-evenwicht;
3. zuurstoftransport;
4. stolling;
5. bloedwaarden.

Disability-functies

ZENUWSTELSEL



Zorgthema 11

Het zenuwstelsel heeft een coördinerende rol bij het verwerken van externe en interne zintuiglijke prikkels, de algemene en specifieke mentale processen, het aansturen van skeletspieren, het coördineren van beweging en het aansturen van interne organen.

Klinische aandachtspunten:

1. centraal zenuwstelsel;
2. perifeer zenuwstelsel.

BEWEGINGS- APPARAAT



Zorgthema 12

Het bewegingsapparaat is het geheel van botten, gewrichten, spieren en pezen. De skeletspieren worden via perifere zenuwen aangestuurd door het zenuwstelsel. Bij bewegen wordt onderscheid gemaakt in willekeurig bewegen en reflexmatig bewegen.

Klinische aandachtspunten:

1. neuromusculaire aansturing;
2. skeletspieren;
3. botten, pezen en gewrichten;
4. bewegingsfuncties.

HORMONAAL STELSEL



Zorgthema 13

Hormonen zijn chemische stoffen die een verspreide uitwerking op organen en weefsels hebben. Ze kunnen de orgaanfunctie stimuleren of afremmen. Hormonen worden vervoerd door het bloed en afgebroken in de lever en/of uitgescheiden in de urine. Ze spelen een grote rol in de langdurige en langzame handhaving van de homeostase.

Klinische aandachtspunten:

1. centrale regulatie;
2. lagere endocriene organen;
3. doel – effect.

Exposure-functies

THERMOREGULATIE-SYSTEEM



Zorgthema 14

Het constant houden van de lichaamstemperatuur is van vitaal belang. Door verbranding komt er bij de vorming van energie in de lichaamscellen veel warmte vrij die afgevoerd moet worden. Bij 37 °C verlopen allerlei lichaamsprocessen (enzymprocessen, stolling, zuurstofbinding, spiercontractie, enzovoort) optimaal.

Klinische aandachtspunten

1. warmteproductie;
2. warmteafgifte.

HUID EN AFWEER-FUNCTIES



Zorgthema 15

Het afweersysteem is het verdedigingssysteem van het lichaam dat indringers, maar ook veranderde eigen lichaamscellen (kankercellen) moet bestrijden. Huid en slijmvliezen vormen fysieke barrières tegen pathogene micro-organismen. Deze pathogenen bevatten antigenen, die herkend worden door leukocyten, die vervolgens pathogenen ook kunnen uitschakelen.

Klinische aandachtspunten:

1. huid en slijmvliezen (1^e linie);
2. aspecifieke afweer (2^e linie);
3. specifieke afweer (3^e linie).

SPIJSVERTERINGS-FUNCTIES



Zorgthema 16

De spijsvertering is een ingewikkeld proces dat begint in de mond en eindigt in de endeldarm. De duur van de spijsvertering varieert van 24 tot 72 uur, afhankelijk van wat je eet. Tijdens de spijsvertering wordt het voedsel omgezet in koolhydraten, eiwitten en vetten. De andere stoffen die overblijven worden afgebroken en afgevoerd.

Klinische aandachtspunten:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. intake en behoefte; | 4. absorptie; |
| 2. afbraak en vertering; | 5. verwerking; |
| 3. transport; | 6. defecatie. |

VOORTPLANTINGS-FUNCTIES



Zorgthema 17

Het voortplantingssysteem bestaat uit de geslachtsorganen en de geslachtshormonen die samenwerken ten behoeve van de voortplanting. Via de coïtus tussen man en vrouw kan een bevruchting van een eicel optreden waaruit een zwangerschap kan ontstaan. Na ongeveer 40 weken voldragen zwangerschap zijn moeder en kind klaar voor de geboorte.

Klinische aandachtspunten:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. seksualiteit; | 4. baring – partus; |
| 2. zwanger worden; | 5. ontzwangering. |
| 3. zwangerschap; | |

FUNCTIONEREN > ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE



Zorgthema 18

'Activiteiten en participatie' is een weergave van het functioneren in het dagelijks leven. Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen en participatie is iemands deelname aan het maatschappelijke leven. Zelfredzaam zijn betekent letterlijk 'jezelf kunnen redden' in het dagelijkse leven.

Klinische aspecten:

1. leren en toepassen van kennis;
2. algemene taken en eisen;
3. communicatie;
4. mobiliteit;
5. zelfverzorging;
6. huishouden;
7. tussenmenselijke interacties en relaties;
8. belangrijke levensgebieden;
9. maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven.

MINDMAPS

Van alle ICF-zorgthema's is een mindmap gemaakt met de klinische aandachtspunten. Deze kunnen je helpen bij het inzichtelijk maken van de klinische problematiek.

Mindmaps

De mindmaps zijn in feite een samenvatting van de klinische kennis over het betreffende zorgthema. Een mindmap is opgebouwd uit de klinische aandachtspunten die puntsgewijs de hoofdzaken weer-geven. Zie deze klinische aandachtspunten als checkpunten bij het beoordelen 'hoe het gaat' met een specifiek zorgthema van je patiënt. De klinische aandachtspunten zijn genummerd en staan van boven naar beneden in een bepaalde fysiologische volgorde. Van daaruit lees je naar rechts belangrijke opmerkingen over dat specifieke aandachtspunt. De mindmaps geven je geen exacte keuzes, antwoorden of kant-en-klaar geformuleerde diagnoses. Je zult te allen tijde de problematiek zelf inzichtelijk moeten kunnen maken en goed kunnen verwoorden, met de juiste terminologie. En daar is veel oefening en denkkracht voor nodig. Laat je niet ontmoedigen, al doende leert men.

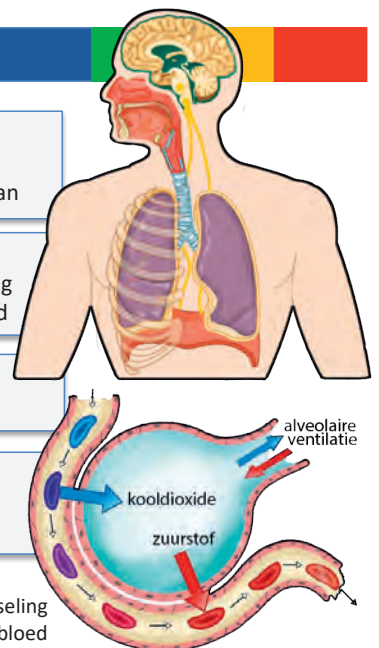


Ademhaling

Ademhalen is het door middel van spierarbeid actief inhaleren en passief exhaleren van lucht. Zuurstof wordt opgenomen naar behoefte van het metabolisme en het geproduceerde kooldioxide wordt uitgescheiden. De ademhaling past zich voortdurend aan de drie variabelen aan: de activiteitenfactor, de stressfactor (infectie, trauma, ziekte) en de lichaamstemperatuur.

Hoe gaat het → wat gaat goed, is in gevaar of gaat niet goed?

1. Adem prikkel	hersensham medulla oblongata nervus frenicus	→ gevoelig voor $p\text{CO}_2$ - pH - $p\text{O}_2$ en emoties → reguleert ademfrequentie en diepte → ruggenmergzenuw (C2-C4) stuurt diafragma aan
2. Ademarheid	diafragma tussenribspieren hulpademhaling	→ zorgt voor 70% van alveolaire ventilatie → verhogen de alveolaire ventilatie bij inspanning → verhoogt de alveolaire ventilatie bij ademnood
3. Gaswisseling	alveolocapillaire membraan	→ diffusie van CO_2 > bloed naar alveolus → diffusie van O_2 > alveolus naar bloed
4. Pulmonale doorbloeding	pulmonale circulatie ventilatie-perfusie VP mismatch	→ hart > bloed door longen naar linker harthelft → VP ratio = 1:1 > saturatie > 95% → shunting of dode ruimte ventilatie



alveolaire gaswisseling
diffusie > CO_2 eerst uit bloed en daarna O_2 in bloed

De mindmap is een hulpmiddel in het beoordelen 'hoe het gaat' met de ademhaling. Uiterst links zie je de vier klinische aandachtspunten van de ademhaling. In de bijpassende blokjes staan nadere van belang zijnde details en in de grijze blokjes lees je waarom deze details zo belangrijk zijn.

Hoofdstuk 1 Klinische aandachtspunten

In hoofdstuk 1 wordt aan de hand van de mindmap uitgelegd wat de fysiologische aandachtspunten van de 'ademhaling' zijn, hoe deze werken of horen te werken. Dat zijn in dit geval:

1. ademprikkel;
2. ademarbeid;
3. gaswisseling;
4. perfusie.

Hoofdstuk 2 Klinische problematiek

In dit hoofdstuk vind je een inventarisatie van mogelijke klinische probleemsituaties passend bij de 'ademhaling'. De problematiek is geordend naar de zes klinische aandachtspunten van de mindmap. Let op: het zijn slechts overzichten van problemen, stoornissen, disfuncties en/of beperkingen. Deze lijsten zijn nooit helemaal compleet te maken. Voor zover mogelijk worden mogelijke oorzaken (etiologie) van deze klinische probleemsituaties dan wel functiestoornissen weergegeven.

Hoofdstuk 3 Klinische observaties

In het derde hoofdstuk bij elk zorgthema vind je telkens een overzicht van klinische observaties – signalen die relevant zijn in de toestandsdiagnostiek, in dit geval met betrekking tot de ademhaling. Bij enkele zorgthema's, zoals de ademhaling, wordt een specifieke parameter uitgelicht. In het geval van de ademhaling betreft dit de saturatie.

Hoofdstuk 4 Enkele klinische situaties

In het vierde hoofdstuk bij elk zorgthema staan voorbeelden van veel geziene en/of relevante situaties met ernstige functiestoornissen, in dit geval met betrekking tot de ademhaling.

ZORGTHEMA

1



WELBEVINDEN

1	Klinische aandachtspunten	64
2	Klinische problematiek	69
3	Klinische observaties	72
4	Enkele klinische situaties	77



ZORGTHEMA 1

WELBEVINDEN



Welbevinden staat voor de mate waarin iemand zich geestelijk, lichamelijk en sociaal goed, prettig, aangenaam of comfortabel voelt. Welbevinden gaat over lekker in je vel zitten, maar ook over gezond zijn en tevreden zijn met je leven. Welbevinden is een persoonlijke en subjectieve maat voor de kwaliteit van leven.

Hoe gaat het → wat gaat goed, is in gevaar of gaat niet goed?



1. Je goed voelen; comfortabel

Een aantal belangrijke aspecten om 'je prettig, aangenaam, comfortabel of goed te voelen'

- **Klachtenvrij zijn:** geen pijn, kramp, jeuk, kou, honger, dorst; niet benauwd, duizelig, misselijk etc.
- **Veiligheid:** je geborgen, veilig, welkom voelen
- **Eten en drinken:** je voldaan, verzadigd voelen, met smaak eten
- **Persoonlijke hygiëne:** je schoon, droog en continent voelen
- **Bewegen:** jezelf soepel kunnen bewegen en verplaatsen
- **Rust en slaap:** je uitgerust, fit, energiek voelen
- **Stemming:** je blij, opgewekt, niet gestrest voelen
- **Cognitief:** heldere geest, niet verward, je gehoord en begrepen voelen
- **Gezelschap:** je niet eenzaam voelen, vriendschap ervaren, contact hebben, familiebanden ervaren
- **Identiteit:** je kunnen uiten over wie je bent: gender, spiritueel, cultureel
- **Bejegening:** waardig, respectvol, gelijkwaardig
- **Intimiteit:** diepste gedachten en gevoelens kunnen delen
- **Autonomie:** controle hebben, zelfstandig en zelfredzaam zijn

2. Coping

Coping is de manier waarop je omgaat met de situatie, problemen, gebeurtenissen, gedachten en gevoelens. Er is geen goede of slechte manier. Vaak is er sprake van mengvormen in copingstijlen.

Copingstijlen: 1. actief aanpakken, 2. sociale steun zoeken, 3. vermijden en afwachten, 4. afleiding zoeken, 5. depressief reageren, 6. emotioneel expressief reageren, 7. wensdenken en geruststellen.

3. Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een subjectief begrip. Het zegt iets over hoe je je lichamelijke, psychische en sociale functioneren ervaart. Het kan daarnaast ook objectieve aspecten betreffen, bijvoorbeeld als het gaat om beperkingen.

'Tevredenheid' is een indicator van kwaliteit van leven en bestaat uit drie onderdelen: tevredenheid met het leven, met de lichamelijke gezondheid en met de psychische gezondheid.

Andere veelgebruikte indicatoren voor kwaliteit van leven zijn: ervaren gezondheid en beperkingen (functioneringsproblemen), regie over eigen leven

Deze mindmap geeft je inzicht in het 'persoonlijk welbevinden van de patiënt'.

Welbevinden betekent letterlijk 'zich goed - aangenaam - comfortabel - voelen'. Welbevinden staat voor de mate waarin iemand zich mentaal en sociaal goed voelt. Welbevinden gaat dus over 'lekker in je vel zitten', maar ook over je gezond voelen en tevreden zijn met je leven. Een goed of slecht welbevinden kan van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven van een mens. Welbevinden is volgens het woordenboek synoniem aan welzijn. Maar in het begrip welbevinden zit – meer dan in het begrip welzijn – het persoonlijk ervaren welzijn.

KLINISCHE AANDACHTSPUNTEN

Het persoonlijk welbevinden wordt door de patiënt gezien als een heel belangrijk 'iets'. Mensen willen zich goed voelen, geen gezondheidsklachten of ongemakken ervaren, goed – comfortabel – in hun vel zitten. Daar valt niets op af te dingen. Iedereen wil dit, ook kwetsbare en zieke mensen en mensen die zichzelf niet kunnen uiten.

Vaak wordt er in de praktijk andere terminologie gehanteerd voor het begrip welbevinden. Ook patiënten doen dat. Een patiënt zal nooit zeggen: 'Ik ervaar toch zo'n negatief welbevinden vandaag.' Patiënten gebruiken voor dit soort gevoelens en ervaringen heel andere bewoordingen dan zorg-professionals. Oprechte belangstelling, goede observatie, een goed empathisch vermogen en goede interviewtechnieken geven daarin uitkomst.

Welbevinden als zorgfocus

Uiteraard zien zorgprofessionals dit ook als een belangrijke zorgfocus. In de beroepspraktijk en op de werkvloer wordt het begrip 'welbevinden' (terminologisch gezien) echter niet zo vaak als zodanig gehanteerd. Toch zie je de laatste jaren een toenemende bewustwording en aandacht voor dit begrip als een focus van zorg op zich.

1. Zich goed voelen; comfortabel

Wat welbevinden precies is laat zich moeilijk omschrijven en verschilt ook nog eens van persoon tot persoon. Wat wel duidelijk is, is dat ziekzijn meestal een grote negatieve impact op het welbevinden heeft. Ziekzijn, acuut of chronisch en soms ook de behandeling (pijnlijk!?) kunnen ontzettend ont-regelend werken op het persoonlijk welbevinden. Het zijn echter niet alleen de fysieke ongemakken (pijn, benauwdheid, honger, dorst, misselijk) die een rol spelen in het al dan niet 'zich goed voelen', maar ook de mentale kant is van invloed. Hoe gaan mensen om met hun ziekzijn, de prognose, de behandeling? En waar maken ze zich zorgen over?

Welbevinden, welzijn en 'comfortabel zijn' worden in de praktijk vaak als synoniemen gehanteerd. Als iemand zegt 'ik voel me goed' of 'kiplekker', dan heeft dat doorgaans betrekking op zijn/haar persoonlijk welbevinden.

Hoe zie je hoe iemand zich voelt? Het kan er soms van afspatten, maar ook helemaal niet. In de dagelijkse praktijk lijkt het vaak alsof we in één oogopslag kunnen zien hoe het met de patiënt gaat. Voelt hij zich goed of niet? Het kan zijn dat de patiënt zelf zijn klachten uit en daarmee aangeeft dat het niet zo lekker gaat. Meestal zie je aan de gezichtsuitdrukking en de lichaamshouding met welke gemoedstoestand dit gepaard gaat.

Maar het is niet altijd zo duidelijk, soms draait dit alleen om een bepaald gevoel of indruk die je krijgt over het welbevinden van je patiënt. Er zijn ook patiënten die hun 'rotgevoel' of het feit dat ze zich niet zo goed voelen willen verstoppen. Soms willen ze daarmee stoer overkomen of willen ze niet zeuren. Een gevoel van welbevinden is heel persoonlijk en complex. In tijden van ziekte en ellende is dit vaak nog complexer. Gevoelens die we allemaal wel herkennen.



De term welbevinden wordt gezien als een containerbegrip voor alles wat betrekking heeft op een ander lastig te definiëren begrip: de kwaliteit van leven. Hoewel de term 'welbevinden' misschien nog wat onwennig klinkt, staan zorg en aandacht voor welbevinden altijd al hoog in het vaandel van zorgprofessionals. Uiteraard is er altijd al grote aandacht en respect geweest voor het welbevinden van de kwetsbare, zieke, zwangere, pasgeborene, eenzame, getraumatiseerde, uitgeputte, verwonde, gewonde, ontregelde, geopereerde, gedrogeerde, levensmoede en/of stervende mensen.

Het welbevinden van iemand is uiteraard erg persoonlijk. De een ervaart 'zich goed voelen' op een andere manier dan de ander. Andersom is ook waar: wanneer voelt iemand zich niet goed, comfortabel? We zijn immers niet allemaal hetzelfde. Toch zijn er veel algemene factoren te noemen die bijdragen aan het welbevinden van de patiënt. Hieronder is een inventarisatie gemaakt van positieve factoren.

Waardoor voelen mensen zich 'goed' of 'comfortabel'?

Mensen hebben vaak een complexe mix van ervaringen en gevoelens. Emoties en gevoelens kunnen elkaar ook in rap tempo afwisselen. Denk maar aan de bekende 'rollercoaster' of 'achtbaan aan emoties'. De onderstaande lijst geeft een indruk van positieve factoren die bijdragen aan het gevoel van welbevinden. Uiteraard zijn er nog vele andere en minder algemene factoren te bedenken. De lijst is bedoeld om duiding te geven aan het begrip welbevinden.

- **Klachtenvrij zijn** zich niet ziek voelen, geen pijn, jeuk, kramp, niet benauwd, duizelig, misselijk
- **Veiligheid** zich geborgen, veilig, welkom voelen
- **Eten en drinken** zich voldaan, verzadigd voelen, met smaak eten
- **Persoonlijke hygiëne** zich schoon, droog en continent voelen
- **Bewegen** zich soepel kunnen bewegen en verplaatsen
- **Rust en slaap** zich uitgerust, fit en energiek voelen
- **Stemming** zich blij, opgewekt en niet gestrest voelen
- **Cognitief** heldere geest, niet verward, zich gehoord en begrepen voelen
- **Gezelschap** zich niet-eenzaam voelen, familiebanden hebben, vriendschap ervaren
- **Identiteit** volledig kunnen uiten wie men is (gender, spiritueel en cultureel)
- **Bejegening** waardig, respectvol en gelijkwaardig
- **Intimiteit** diepste gedachten en gevoelens kunnen delen
- **Autonomie** controle hebben, zelfstandig en zelfredzaam zijn



Tabel 1.1 Factoren (genoegens) waardoor patiënten zich comfortabel kunnen voelen

De lijst is zeker niet compleet, niet gericht op bepaalde personen of groepen van personen. De genoemde factoren zijn ook niet in een hiërarchische volgorde opgesteld. Het een is immers niet belangrijker dan het ander. De meeste van deze items zullen wel voor zich spreken. Er is ook een contralaterale inventarisatie van factoren waardoor mensen zich 'niet goed' – 'onaangenaam' – 'oncomfortabel' voelen en stress ervaren (zie volgend hoofdstuk).

2. Coping, om kunnen gaan met problemen

Coping is de manier waarop iemand met de stress en ongenoegens van het ziekzijn omgaat. Stressvolle situaties worden meestal in drie stappen doorlopen:

Stap 1: het constateren van het probleem.

Stap 2: het beoordelen van het probleem. Hoe ernstig is het?

Stap 3: de reactie op het probleem, de coping. Hoe gaat men ermee om?

Ontwikkelen van een manier van omgaan met ziekzijn

Meestal is er al vanaf zeer jonge leeftijd een voorkeur voor een of meer stijlen ontwikkeld. Als een kind bijvoorbeeld verveling ervaart, kan het op verschillende manieren daarmee omgaan. Het kan gaan huilen, gaan slapen of op zoek gaan naar iets interessants. Afhankelijk van het effect zal het kind de strategie vaker gaan toepassen of juist niet meer. De reactie van de omgeving speelt hierbij ook een belangrijke rol. In de groei naar volwassenheid zal er ook een manier van omgaan met stresssituaties worden ontwikkeld.

Copingmechanismen

Copingmechanismen worden op verschillende manieren beschreven. Een veelgebruikte lijst in Nederland is de zogenoemde Utrechtse lijst, waarin zeven copingstijlen beschreven zijn. Sommige van deze mechanismen worden als een minder adequate manier van omgaan met stress gezien; ze worden vooral gebruikt door mensen met een meer emotiegerichte copingstrategie. Deze indeling kan worden gebruikt om vast te stellen hoe de patiënt en zijn naasten op een stressvolle situatie reageren en welke begeleiding daarbij past.

1. Actief aanpakken

Mensen die dit mechanisme hanteren, treden de problemen met opgeheven hoofd tegemoet. Ze gaan in de aanval en zijn daarin heel rationeel. Ze delen het probleem in stukjes op en zoeken voor elk stuk een oplossing. Dit is een van de effectiefste copingstijlen.

2. Sociale steun zoeken

Mensen die dit mechanisme hanteren, zoeken troost, een luisterend oor, begrip en steun bij anderen. Ze willen samen met anderen manieren bedenken om het probleem op te lossen. Dit is een van de effectiefste copingstijlen.

3. Vermijden en afwachten

Mensen die dit mechanisme hanteren, vluchten verstandelijk gezien weg van het probleem. Ze pakken het probleem niet aan, maar proberen het te vermijden of te ontkennen. Als dat niet lukt, nemen ze een afwachtende houding aan voor wat betreft de gevolgen.

4. Afleiding zoeken

Mensen die dit mechanisme hanteren, vluchten emotioneel gezien weg van het probleem. Door zich te richten op andere dingen proberen ze er niet aan te denken. Wanneer dit niet lukt, kunnen ze hun toevlucht nemen tot nicotine, drugs en alcoholmisbruik.

5. Depressief reageren

Mensen die dit mechanisme hanteren, laten zich overvallen door het probleem en zijn niet in staat om het probleem op te lossen. Deze mensen gaan piekeren, aan zichzelf twijfelen, zichzelf de schuld geven en worden depressief. Deze passieve copingstijl is niet effectief; het probleem wordt niet opgelost.

6. Emotioneel expressief

Mensen die dit mechanisme hanteren, raken door het probleem gefrustreerd, gespannen en kwaad. Ze reageren deze emoties af op hun omgeving. Agressiviteit en asociaal gedrag kunnen voorkomen. Deze copingstijl is niet effectief; het probleem wordt niet opgelost.

7. Wensdenken en geruststellen

Mensen die dit mechanisme hanteren, houden zich voor dat na regen weer zonneschijn komt of dat het probleem best meevalt; anderen hebben het immers nog veel zwaarder. Maar hoeveel moed ze zichzelf ook inspreken, het probleem wordt niet opgelost. Deze copingstijl is dus niet effectief.

Menging van mechanismen

Waarschijnlijk is er niet sprake van één duidelijke copingstijl, men heeft er vaak meerdere. De reactie op een probleem hangt natuurlijk voor een groot deel ook af van het specifieke probleem



waar men tegenaan loopt. Toch is er meestal wel een rode draad zichtbaar in de aanpak, een of meer copingstijlen die bij voorkeur gebruikt worden.

3. Kwaliteit van leven

De begrippen persoonlijk welbevinden en kwaliteit van leven liggen weliswaar dicht bij elkaar, maar zijn niet helemaal hetzelfde. In feite liggen ze in elkaars verlengde. Als een patiënt 'zich niet goed' voelt en allerlei klachten en zorgen heeft (mentaal, lichamelijk en sociaal), is er op dat moment blijkbaar geen welbevinden. Er is sprake van discomfort en dat vindt niemand prettig. Als zorgprofessionals signaleren we dat en proberen we inzicht te krijgen in wat de klachten en gevoelens precies zijn en daar adequaat mee om te gaan. Wie bieden praktische hulp (bijvoorbeeld in de vorm van medicatie) en we begeleiden de patiënt in het doorstaan van allerlei onaangenaamheden die de ziekte en de behandeling met zich meebrengen.

Kwaliteit van leven zegt iets over hoe een persoon zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale functioneren ervaart. Het kan daarnaast ook aspecten betreffen, bijvoorbeeld als het gaat om de beperkingen die men ervaart als gevolg van ziekte. Als indicator voor kwaliteit van leven wordt ook 'tevredenheid' gehanteerd. Deze bestaat uit drie onderdelen:

- tevredenheid met het leven;
- tevredenheid met de lichamelijke gezondheid;
- tevredenheid met de psychische gezondheid.

Andere veelgebruikte indicatoren voor kwaliteit van leven zijn:

- ervaren van eigen gezondheid;
- ervaren van beperkingen (functioneringsproblemen);
- regie hebben over het eigen leven.

Ondanks het feit dat een patiënt met aantoonbare fysieke beperkingen niet of nauwelijks kan functioneren, wil dat lang niet altijd zeggen dat de kwaliteit van leven van de betreffende persoon ook erg slecht is. De individuele verwachtingen over gezondheid, ambities die men niet meer of juist nog wel kan waarmaken, het mentale vermogen om met beperkingen om te gaan, de tolerantiedrempel voor ongemak en het kunnen omgaan met (chronische) ziekte zijn sterk medebepalend voor het ervaren van kwaliteit van leven. Zo kunnen twee verschillende personen hun leven met vergelijkbare gezondheidstoestand en beperkingen in functioneren geheel anders ervaren. Ondanks hun gelijke gezondheidstoestand hoeft hun kwaliteit van leven dus helemaal niet hetzelfde te zijn.

Kwaliteit van leven is altijd subjectief en wordt sterk beïnvloed door iemands persoonlijkheid, emotionele stabiliteit, het vermogen zich te uiten, sociale steun of het ontbreken daarvan en de hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen.

Gevolgen voor de kwaliteit van leven

Het hebben van een ziekte of het ondergaan van een behandeling heeft vaak grote gevolgen voor het dagelijks leven van patiënten.

Lichamelijke gevolgen

Tot de lichamelijke gevolgen behoren de hinder die de patiënt heeft van lichamelijke klachten en de mate waarin de patiënt beperkt is in zijn/haar zelfredzaamheid met betrekking tot de dagelijkse handelingen.

Mentale gevolgen

Tot de mentale gevolgen behoren psychische klachten zoals boosheid, angst en depressie die ook een negatieve uitwerking hebben op het persoonlijk welbevinden. Daarnaast omvatten mentale

problemen klachten die de patiënt ervaart door cognitieve disfuncties zoals concentratie- en geheugenstoornissen. Verlies van autonomie wordt als een zeer belangrijke factor gezien in een afgenomen kwaliteit van leven.

Sociale gevolgen

De sociale gevolgen kunnen de mogelijke veranderingen of beperkingen in persoonlijke relaties, sociale activiteiten en maatschappelijke participatie zijn.

Kwaliteit en kwantiteit van leven

Naast het streven naar een lang leven wordt de kwaliteit van leven een steeds belangrijker uitgangspunt. In het bijzonder geldt dit bij chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen in een uitzichtloze situatie, vaak gepaard gaand met soms zeer oncomfortabele lichamelijke ongemakken zoals pijn, misselijkheid, benauwdheid, jeuk et cetera. Ook blijken persoonlijkheidsfactoren, met name angst, een belangrijke rol te spelen in de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is echter meer. Het behelst de mate waarin mensen tevreden zijn met betrekking tot een grote diversiteit aan levensaspecten.

In het geval dat de patiënt vaker, langduriger en wellicht ook uitzichtlozer (geen hoop op verbetering van de situatie) ziek is, komt vroeger of later ook de (huidige en de te verwachten) kwaliteit van leven van de betreffende patiënt aan de orde. Het kan zijn dat een of meerdere zorgprofessionals (arts of verpleegkundigen) daar kanttekeningen (zinloos handelen) bij plaatsen, maar het kan ook zijn dat de patiënt of zijn/haar naasten vragen gaan stellen over de verwachtingen met betrekking tot de kwaliteit van leven. Er zijn daarentegen ook situaties bekend dat artsen soms, tegen beter weten in, willen doorgaan met behandelen en het perspectief met betrekking tot de kwaliteit van leven uit het oog verliezen. In die gevallen zijn het vaak een of meerdere verpleegkundigen die zich gaan afvragen of er nog wel sprake is van kwaliteit van leven. Het is (bijna) altijd een beladen onderwerp dat met de grootste zorgvuldigheid benaderd moet worden.

Om de zorg te verbeteren is het belangrijk dat zorgprofessionals en patiënten tijdig het gesprek aangaan over wat voor de patiënt belangrijk is. Ook wanneer er nog wel wordt ingezet op curatieve behandeling. Wat wil de patiënt wanneer deze behandeling toch niet blijkt te werken? Door te praten over wat kwaliteit van leven is voor de patiënt kan betere passende zorg worden aangeboden. Het is de bedoeling dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over de omstandigheden, de prognose, behandel mogelijkheden en de consequenties daarvan voor zijn of haar (toekomstige) persoonlijk welbevinden en kwaliteit van leven.

Behandelingsbeperking

Het kan dan zijn dat de patiënt afziet van verdere behandeling en/of kiest voor een behandelingsbeperking. De redenen om te besluiten tot een dergelijke behandelbeperking zijn heel persoonlijk en gekoppeld aan bepaalde omstandigheden. Ook kan een geloofsovertuiging van invloed zijn.

Een aantal voorbeelden:

- Ernstig zieke patiënten op hoge leeftijd en met zeer weinig kans op genezing kunnen besluiten dat zij geen reanimatie meer willen.
- Bij ernstig zieke patiënten kan de arts soms aangeven dat mechanisch (blijven) beademen niet zinvol is, omdat dit de kans op herstel niet zal verbeteren. Het (blijven) beademen zal het lijden van de patiënt alleen maar verergeren, zonder dat dit de kans op genezing vergroot. In dat geval wordt de behandelbeperking 'niet meer beademen' afgesproken.
- Bij een patiënt met een uitgebreid uitgezaaide kwaadaardige ziekte die niet meer op behandeling reageert, kan het zijn dat het niet zinvol meer is om nieuwe problemen (zoals infecties) nog te behandelen.
- Voor hoogbejaarde, lichamelijk kwetsbare patiënten kunnen nieuwe belastende behandelingen (zoals heropname op een IC-afdeling of nierfunctie vervangende behandeling) te zwaar en weinig zinvol zijn.

Als verpleegkundige ben je nauw betrokken bij de actuele gezondheidstoestand van je patiënt en vaak ben je eerste getuige van (soms acute) veranderingen hierin. Goed kunnen klinisch redeneren is dan ook een essentiële beroepsvaardigheid. Bij het klinisch redeneren spelen drie competenties een belangrijke rol: observeren, analyseren en communiceren.

ProActive Nursing: klinische problematiek inzichtelijk helpt verpleegkundigen om een professionele beoordeling te maken van 'hoe het gaat' met de patiënt en om diens klinische toestand inzichtelijk te maken. In het boek worden de 18 zorgthema's van de International Classification of Functions (ICF) van de World Health Organization (WHO) gecombineerd met de drie speerpunten van patiëntgerichte zorg: welbevinden, lichaamsfuncties en het functioneren van de patiënt. Zo wordt duidelijk wat goed gaat en wat niet, wat de klinische problemen, stoornissen en beperkingen zijn en welke interactie er is in de problematiek bij de patiënt. Voor elk van de 18 in dit boek behandelde zorgthema's is een praktische mindmap ontworpen waarin de belangrijkste klinische aandachtspunten zijn weergegeven.

In deze nieuwe druk is een deel toegevoegd over het speciaal ontwikkelde Time-out-praktijkmodel, waarmee je op een eenduidige, gestructureerde en beroepsgerichte manier leert hoe je klinisch redeneren toepast in de praktijk. Deel II, waarin de vakinhoudelijke biomedische kennisbasis rond de ICF-zorgthema's aan bod komt, is uitgebreid met drie nieuwe zorgthema's: Welbevinden, Mentale functies en Voortplantingsfuncties. De zorgthema's worden in deze druk in de volgorde van de ABCDE-methodiek behandeld. De mindmaps zijn uitgebreid, inhoudelijk herzien en opnieuw vormgegeven.

Bij dit boek hoort ook een website waarop je klinisch redeneren in de praktijk kunt brengen met behulp van de Time-out-applicatie en realistische casuïstiek.

Marc Bakker is verpleegkundige en opleider in hart en nieren en was onder andere werkzaam in de intensive care, spoedeisende hulp, cardiac care, anesthesie, recovery care, pediatrie, interne geneeskunde, oncologie, neurologie, orthopedie, chirurgie, psychogeriatric en psychiatrie. Hij is grondlegger van ProActive Nursing binnen de VUmc Academie en geeft al meer dan dertig jaar colleges, cursussen, workshops en masterclasses aan vele (hoge)scholen en zorginstellingen in Nederland, België en de Caraïben. Hij geniet landelijk aanzien als pionier en autoriteit op het gebied van het klinisch redeneren.

ISBN 978-90 8953 807 9



www.boomstudent.nl
www.boomhogeronderwijs.nl