

Hoofdstuk 2

Verpleegkundig handelen als kern van het verpleegproces

Samenvatting De methodiek van het verplegen heeft een probleem- en patiënt-georiënteerd karakter. De patiënt, de aard en complexiteit van de zorgvraag sturen het verpleegkundig handelen. Tussen de vaststelling van het probleem en het handelen zelf ligt een proces van overweging, oordeelsvorming en besluitvorming. In dat proces gaat de verpleegkundige op professionele wijze na wat de aard en complexiteit van het probleem is, wat ze verwacht van het resultaat van haar handelen en welke handelingen het doelmatigst leiden tot het gewenste resultaat. In het verpleegkundig proces zijn diverse fasen te onderscheiden: gegevens verzamelen, verpleegkundige diagnose(n) vaststellen, gewenste resultaten vaststellen, verpleegkundige interventies plannen, verpleegkundige interventies uitvoeren en evaluatie van de resultaten.

2.1 Fase van gegevens verzamelen

De eerste fase van het verpleegkundig proces bestaat uit gegevens verzamelen. Dat kan op verschillende manieren; in de eerste plaats door *observatie*. Met de zintuigen (gezicht, gehoor, tast en reuk) neemt de verpleegkundige doelgericht en planmatig de patiënt waar. Eventueel gebruikt zij hierbij instrumenten. Hierbij gaat het om het vaststellen van de actuele situatie: de (gezondheids)toestand, de gevolgen van gezondheidsverstoringen, het zelfzorgvermogen en het feitelijke zelfzorggedrag van de patiënt op dit moment. Daarnaast zal de verpleegkundige vragen stellen.

Verpleegkundige anamnese is de benaming van het gesprek dat de verpleegkundige met een patiënt voert om zich een totaalbeeld te vormen van diens (uitgangs) situatie. Doel van dit gesprek is na te gaan of er sprake is van functionele of disfunctionele gezondheidspatronen.

Een anamnesege gesprek met de patiënt - *autoanamnese* - moet altijd onder dezelfde voorwaarden van start gaan: de verpleegkundige moet tijd en ruimte vrijmaken om ononderbroken, ongestoord en met respect voor privacy een gesprek te kunnen voeren. Zij moet duidelijk het doel en de procedure van het gesprek uitleggen. Tevens moet zij aangeven wat er met de gegevens gebeurt en wat de rechten van de

patiënt zijn. Om een zinvolle dialoog aan te gaan, moet rekening worden gehouden met de culturele achtergrond, de taalbeheersing en het ontwikkelingsniveau van de patiënt.

Structuur bij de anamnese Een doelbewuste en systematische anamnese vraagt om een planmatige en gestructureerde aanpak. Traditioneel onderscheidt men op basis van een holistische mensvisie vier aspecten van het mens-zijn waarover de verpleegkundige gegevens verzameld door observatie en anamnese.

1. *Fysiek*. Toestand, functioneren en ontwikkeling van het lichaam, evenals het vermogen tot en de wijze van zelfzorg voor het lichaam of aspecten daarvan.
2. *Psychisch*. Kennis, inzichten, opvattingen, attitudes, emoties, denk- en leerprocessen, evenals het vermogen tot en de wijze van zelfzorg voor het psychisch functioneren.
3. *Sociaal*. Feitelijk bestaande relaties met individuen, groepen en de samenleving, evenals het vermogen tot en de wijze van het aangaan, onderhouden, ontwikkelen en verbreken van sociale relaties.
4. *Spiritueel*. Geheel van waarden en normen dat samenhangt met een levensovertuiging en/of religie, evenals het vermogen tot en de wijze van uiting geven aan deze waarden en normen.

Naast deze traditionele ordening is de ordening volgens de gezondheidspatronen van Gordon (1998) waarschijnlijk de meest bekende voor het verzamelen van gegevens, waarbij de eerdergenoemde vierdeling verder gespecificeerd wordt. Gordon heeft, om planmatig en gestructureerd anamnestiche gegevens te verzamelen, elf functionele gezondheidspatronen vastgesteld. Zij stelt dat alle mensen bepaalde functiepatronen gemeen hebben die bijdragen aan hun gezondheid, kwaliteit van leven en verwerkelijking van gestelde doelen. Deze patronen staan centraal in de verpleegkundige anamnese. Aan de hand van de beschrijving en beoordeling van de gezondheidspatronen kan de verpleegkundige functionele patronen (sterke vermogens en functies) en disfunctionele patronen (stagnerende functies en vermogens) vaststellen. In zelfzorgtermen gesproken, krijgt men zicht op het gezonde zelfzorggedrag en de zelfzorgtekorten (verpleegproblemen of verpleegkundige diagnosen).

Bij opname van een patiënt bestaat de anamnese uit het optekenen van de basisgegevens en een kort lichamelijk onderzoek. Daarna worden de elf functionele gezondheidspatronen doorgenomen en beoordeeld op functionaliteit of disfunctionaliteit. Samen leveren deze de verpleegkundige basisgegevens op, die gebruikt worden als uitgangswaarden waarmee alle veranderingen gedurende de opname of het verpleegproces vergeleken kunnen worden. Om de gegevens later juist te kunnen interpreteren, is het nodig dat bij alle patronen objectieve en subjectieve gegevens worden verzameld. Het gaat daarbij niet alleen om wat de verpleegkundige waarneemt, maar ook wat de beleving van de patiënt is. Ook de mening van de patiënt over mogelijke oorzaken is van groot belang.

Binnen een anamnese is het noodzaak de gegevens van de patiënt zoveel mogelijk te objectiveren: laat de patiënt zo volledig mogelijk zijn en maak in de anamnese bijvoorbeeld gebruik van de volgende standaardvragen:

- Wat verergert uw klacht en wat doet uw klacht verminderen?
- Kunt u de kwaliteit en kwantiteit van uw klacht omschrijven?
- Waar treedt de klacht precies op en tot waar in uw lichaam voelt u de pijn uitstralen?
- Op welke tijdstippen doet de klacht zich voor?

Observeer gericht (bijvoorbeeld wat betreft conditie, wondjes, oedeem of blauwe plekken) en observeer klinisch (objectiveer). Dit wil zeggen: laat de informatie die de patiënt geeft volgen door onderzoek. Vraag je daarbij af of de gegeven antwoorden overeenkomen met de eigen observaties en inschattingen. Aan het eind van de anamnese vraagt de verpleegkundige of er volgens de patiënt nog onderwerpen of problemen onbesproken zijn gebleven en of hij eerder gegeven antwoorden en informatie nog wil aanvullen of corrigeren.

De klinische bruikbaarheid van de elf gezondheidspatronen van Gordon (1998) als structuur wordt ondersteund door de wereldwijde toepassing ervan. Om uiteindelijk tot de juiste verpleegkundige diagnose te komen, is het gebruik van een dergelijke structuur onontbeerlijk in de meeste settingen. Er zijn echter ook situaties waarbij een andere methode de voorkeur geniet. Binnen de spoedeisende zorgverlening is bijvoorbeeld de ABCDE-methode ('airway', 'breathing', 'circulation', 'disability' en 'exposure/environment') (Alkemade, 2010) een bewezen kwalitatief bruikbaar instrument, om de situatie van een patiënt snel en objectief in kaart te krijgen. De twee principes van deze methode zijn: 'Treat first what kills first' - behandel de meest levensbedreigende aandoeningen eerst, volg het ABCDE en ga pas verder naar de volgende stap als alle stoornissen binnen een onderdeel behandeld zijn - en 'Do no further harm': maak de toestand van het slachtoffer niet erger dan die is, doe geen dingen die je niet kunt en voer geen onnodige handelingen uit. Daarnaast worden in de praktijk veelal F en G toegevoegd: 'Full set of vital signs' en 'Get help'.

Naast observatie en autoanamnese kan de verpleegkundige ook gegevens verzamelen door informatie in te winnen bij:

- familie van de patiënt; men spreekt in dit verband vaak van de significante of betekenisvolle ander (het gaat dan om een *heteroanamnese*);
- collega-verpleegkundigen;
- de arts en andere betrokken disciplines;
- reeds vastgelegde informatie vanuit voorgaande dossiers;
- overdrachten van de wijk-/thuisverpleegkundige, andere instellingen of afdelingen (indien de patiënt reeds in verpleegkundige zorg was).

Ook het meten van vitale functies is gegevensverzameling. Alles wat bijdraagt aan het vormen van een totaalplaatje van de patiënt in zijn situatie is van belang. De gegevens bevatten aanwijzingen voor (mogelijke) gezondheidsproblemen, oorzakelijke factoren en risicofactoren.

Ten slotte nog een opmerking over het onderscheid tussen *objectieve* en *subjectieve gegevens*: in tegenstelling tot wat je wellicht verwacht, heeft dit niets te maken met de verifieerbaarheid van de gegevens. Het enige criterium is of het gegeven door de verpleegkundige is vastgesteld, dan wel door de patiënt is aangegeven. De observatie dat de patiënt een gebogen houding heeft en oogcontact ontwijkt, is een voorbeeld van een objectief gegeven. Dat de patiënt zegt zich machteloos en minderwaardig te vinden, is een voorbeeld van een subjectief gegeven. Objectief en subjectief observeren vinden gedurende het gehele verpleegkundig proces plaats (zie hoofdstuk 3).

Tot besluit presenteren we een beknopte casus die per fase wordt uitgewerkt.

Verzamelde gegevens

Mevrouw Visser is 74 jaar oud en gehuwd. Zij is vannacht acuut opgenomen, nadat zij thuis was gevallen. Haar man heeft het alarmnummer gebeld en mevrouw is door de ambulance opgehaald. Op de SEH wordt een gebroken heup geconstateerd. Mevrouw zal later op de dag geopereerd worden.

Haar vitale gegevens zijn als volgt: temperatuur 37,4 °C, hartfrequentie 78/minuut, tensie 140/75 mm Hg. Mevrouw vertelt dat zij 1,64 m lang is en 83 kg weegt. Op dit moment kan zij niet zelfstandig staan. Wanneer zij zich beweegt, vertrekt haar gezicht en wrijft ze veel over haar been.

Haar echtgenoot is aanwezig. Zodra hij even verdwijnt, roept zij hem. Hij vertelt dat zijn vrouw de laatste maanden rusteloos en vergeetachtig is, maar dat zij hierin goed te corrigeren is door haar karweitjes te laten doen. De huisarts is hiervan op de hoogte en heeft (naar zeggen van de echtgenoot) medegedeeld dat mevrouw misschien wel dement wordt.

Ook hier komt mevrouw Visser onrustig over; ze kijkt verstoord om zich heen en blijft bewegen, ondanks de pijn. Ze heeft tranen in haar ogen, kreunt, slikt en zucht veel. Tussendoor dut zij weg. Bij navraag vertelt ze vannacht niet te hebben geslapen. Mevrouw stelt herhaaldelijk vragen over de operatie: hoe laat deze plaatsvindt, of de arts voor die tijd nog langskomt en of na de operatie haar pijn over zal zijn en wanneer zij dan weer kan lopen.

2.2 Fase van diagnosticeren

Op basis van de verzamelde gegevens, metingen, observaties en de medische anamnese is het mogelijk om vast te stellen in welke situatie de patiënt zich bevindt en waar interventies op ingezet dienen te worden. Binnen de gezondheidspatronen van Gordon (1998) spreken we dan ook wel over potentiële of actuele gezondheidsproblemen (een gesignaleerd disfunctie). Op basis van deze gegevens kan de verpleegkundige vervolgens verpleegkundige diagnosen stellen.

De *verpleegkundige diagnose* kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Zowel NANDA International (NANDA-I; voorheen North American Nursing Diagnoses Association), als de American Nurses Association (ANA) hanteert een eigen definitie. Volgens NANDA-I is een verpleegkundige diagnose een ‘klinisch oordeel over de ervaringen/reacties van een individu, gezin of gemeenschap op actuele of potentiële gezondheidsproblemen en/of levensprocessen [en] verschaft de basis voor de selectie van verpleegkundige interventies om resultaten te bereiken, waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijkheid heeft’ (NANDA International, 2014, p. 593). Het gaat dus, eenvoudig gezegd, om de omschrijving van een probleem als conclusie van de verzamelde gegevens ten behoeve van de te bepalen zorgverlening.

Een verpleegkundige diagnose heeft de volgende kenmerken:

- het is een klinische uitspraak door een verpleegkundige;
- het is een analyse en een interpretatie van, alsmede een oordeel over de betekenis van een verzameling observaties;
- het beschrijft actuele of potentiële gezondheidsproblemen;
- het onderscheidt zich van een medische diagnose, doordat het geen label betreffende een ziekte of een disfunctionerend orgaansysteem bevat, maar een label betreffend menselijk reageren op actuele of potentiële gezondheidsproblemen;
- het geeft aan waarop de verpleegkundige interventies zich moeten richten.

Voordelen van het gebruik van verpleegkundige diagnosen:

- het vormt de basis voor probleemverheldering in de verpleegkunde;
- het leidt tot eenduidige benaming van verpleegproblemen;
- het levert een bijdrage aan de standaardisering van de zorg, methodiek- en theorieontwikkeling;
- indirect kunnen ze bijdragen aan de effectiviteit en kostenreductie van de zorgverlening.

Bij het stellen van een verpleegkundige diagnose moet altijd de relatie tussen het probleem, oorzaak en de bijbehorende klachten of verschijnselen beschreven worden. Zonder die relatie kunnen geen acties worden ingezet om het probleem op te lossen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de PES-structuur:

- gezondheidsprobleem (P);
- etiologie ofwel samenhangende factoren (E);
- ‘signs en symptoms’ ofwel klachten en verschijnselen (S).

De verpleegkundige diagnose wordt vervolgens aan de hand van de PES-structuur beschreven in het verpleegplan van de patiënt. Met behulp van de PES-structuur geven we vorm aan beschrijvende diagnostiek. Hiermee individualiseert men de verpleegkundige diagnose.

Probleem Een probleem is op te vatten als een gezondheidsgerelateerd(e) toestand of proces. We kunnen dan bijvoorbeeld spreken van een klacht, gezondheidsverstoring of reactie op ziekte. In deze diagnostische focus wordt gekeken naar het wat, het onderwerp, het oordeel, de lokalisatie, leeftijd, enzovoort. Een beschrijving van het probleem benoemt het probleem (het label) en definieert het vervolgens.

Etiologie Met etiologie wordt de ontstaansgrond bedoeld, ofwel de oorzaak van het probleem. Het zijn de mogelijke factoren die een probleem veroorzaken of in stand houden. Een oorzakelijke of samenhangende factor is bijvoorbeeld het gedrag van de patiënt, een element uit de omgeving of een interactie tussen of een combinatie van deze elementen. In de oorzakelijke of samenhangende factoren dienen facetten te worden benoemd die door de verpleegkundige beïnvloedt kunnen worden.

Signs and symptoms Met de ‘signs and symptoms’ ofwel kenmerken wordt een conditie aangegeven. Kenmerken die voorkomen bij een verpleegkundige diagnose worden bepalende kenmerken genoemd. We kunnen hierbij onderscheiden:

- objectieve kenmerken ofwel voor de zorgverlener waarneembare verschijnselen of klachten;
- subjectieve kenmerken ofwel door de patiënt ervaren verschijnselen of klachten.

Alleen bij actuele diagnoses kan gebruik gemaakt worden van de PES-structuur. Bij risicodiagnosen wordt gebruik gemaakt van de PE-structuur: er zijn etiologische factoren aanwezig die het risico op een probleem vergroten. Bij gezondheidsbevorderende diagnoses is de PS-structuur herkenbaar: de kenmerken (S) waaruit de bereidheid tot verbetering van een situatie (P) blijkt.

Verskillende gezondheidsproblemen of verpleegkundige diagnoses vertonen bij patiënten een voortdurende wisselwerking. Samenhang en wisselwerking tussen de problemen die zich voordoen bij en rond de patiënt moeten nauwgezet in de gaten worden gehouden. De accuraatheid van een diagnose kan bepaald worden wanneer een verpleegkundige de link kan leggen met bepalende kenmerken en gerelateerde factoren. Voor een patiënt kunnen meerdere diagnoses vastgesteld worden (NANDA-International, 2014).

De methode waarmee we besluiten nemen over het vaststellen van de diagnose, verloopt in acht stappen.

1. *Identificatie van het probleem.* Er moet een diagnose worden vastgesteld.
2. *Gegevensverzameling.* Inschatten en beoordelen van de gezondheidspatronen.
3. *Identificatie van criteria voor de beoordeling.* Bepalen welke aanwijzingen er zijn voor niet-functionele gezondheidspatronen.
4. *Identificatie van alternatieven.* Hypothesen formuleren.
5. *Vergelijking van alternatieven met de criteria.* De hypothesen toetsen aan de verzamelde gegevens (verifiëren, verhelderen, weerleggen of bevestigen) en bepaalde kenmerken en etiologische factoren ten opzichte van de diagnoses.

6. *Alternatiefkeuze*. De best passende diagnose kiezen.
7. *Implementatie van het alternatief*. De gekozen diagnose vaststellen.
8. *Evaluatie van de besluitvormingsstappen*.

Deze acht stappen kun je toepassen op het voorbeeld van mevrouw Visser en de uitwerking van het probleem van de onrust.

1. Wat is het werkelijke probleem? Is dat de onrust of is de onrust een verschijnsel van een ander probleem? Dat leidt tot de volgende voorlopige diagnosestelling (P). Label: motorische onrust? Definitie: toestand van voortdurend lichamelijke bewegen.
2. Uit de anamnese is bekend dat mevrouw Visser thuis rusteloos was, maar dat ze aanspreekbaar was en gecorrigeerd kon worden door haar karweitjes te laten doen, haar voor te lezen en met een vast dagritme. De motorische onrust is nieuw.
3. Op het ogenblik is mevrouw Visser beweeglijk en onrustig, ze wrijft voortdurend over haar been (S).
4. Pijn door val en breuk? Aandrang tot urineren? Dementieel syndroom? Je zou het probleem dus ook kunnen formuleren als pijn, aandrang tot urineren of voortschrijdend dementieel syndroom (E).
5. Je kunt deze hypothesen toetsen, door na te gaan of mevrouw Visser zojuist geürineerd heeft of dat haar incontinentiemateriaal droog is, en door na te gaan sinds wanneer ze dit gedrag vertoont.
6. Als blijkt dat haar incontinentiemateriaal nat is en zij geen volle blaas heeft, is mevrouw niet onrustig door een mogelijke aandrang tot urineren. Verder bevestigt haar echtgenoot dat zij dit gedrag vertoont sinds haar val, waardoor de mogelijke oorzaak van een dementieel syndroom ook minder waarschijnlijk is. Na deze factoren te hebben uitgesloten, besluit je te kiezen voor de diagnose: pijn (P), heupfractuur, val (E), motorische onrust, vertrekken van het gezicht, zuchten, wrijven over het been (S). Je verifieert bij mw. of zij pijn heeft.
7. Je beschrijft de diagnose zo, dat deze voor alle betrokkenen inzichtelijk is. De diagnose dient als uitgangspunt om het probleem op te heffen.
8. Je gaat na of je alle denkstappen juist hebt genomen en niets over het hoofd hebt gezien.

Verpleegkundige diagnose

Mevrouw heeft acute pijn (probleem), ten gevolge van een heupfractuur door een val (etiologie), wat blijkt uit het benoemen van pijn, de onrust en het vertrekken van haar gezicht ('signs'). Een tweede diagnose die kan worden opgesteld is: angst. Doorloop zelf de stappen van besluitvorming om deze te formuleren.

Geen verpleegkundige diagnose Tot slot zetten we nog op een rij wat *geen* verpleegkundige diagnoses zijn.

- *Zorgbehoeften.* Dit zijn geen verpleegkundige diagnoses, want ze beschrijven geen gezondheidsprobleem of -toestand. ‘Moet uitgezogen worden’, is bijvoorbeeld een veelgebruikte formulering om een behoefte aan zorg uit te drukken. De kernvraag is echter waarom de patiënt deze behoeften heeft. Wat is het onderliggende gezondheidsprobleem, de verpleegkundige diagnose?
- *Verpleegkundige zorgdoelen.* Een voorbeeld is ‘adequate voeding waarborgen’. Dit heeft iedereen nodig; de vraag is echter of er een tekort is. De diagnose zou dus kunnen zijn dat er een (dreigend) voedingstekort is. Een zorgdoel zegt niets over het gezondheidsprobleem van de patiënt.
- *Klachten of verschijnselen.* Dit zijn geïsoleerde klachten. Een verpleegkundige diagnose beschrijft een samenhangende verzameling klachten en verschijnselen. Alleen als de klacht ontvankelijk is voor verpleegkundige interventies, gaat het om een verpleegkundige diagnose.
- *Behandeling, onderzoeken of apparatuur.* Een katheter valt bijvoorbeeld niet onder het begrip verpleegkundige diagnose.
- *De diagnose van een ziekte of een medische diagnose.*

2.3 Fase van vaststellen van de gewenste resultaten

Na de fase van gegevensverzameling (fase 1) en het vaststellen en formuleren van verpleegkundige diagnoses (fase 2) komt fase 3: het beschrijven en vaststellen van resultaten. Nadat de verpleegkundige diagnose is gesteld, is het verleidelijk om direct tot handelen over te gaan. Het is echter nodig om eerst vast te stellen welke resultaten wenselijk en haalbaar zijn en deze te beschrijven. In overeenstemming met de patiënt bekijkt de verpleegkundige de gezondheidsproblemen die geïdentificeerd zijn in de fasen van gegevens verzamelen en diagnosticeren.

Als meerdere verpleegkundige diagnoses zijn vastgesteld, is het van belang om een prioritering aan te brengen. Ernstige problemen en problemen waarbij de kans bestaat dat ze andere problemen veroorzaken, hebben de hoogste prioriteit. Voor elk probleem worden een doel en gewenst resultaat vastgesteld. Afstemming met de andere disciplines is essentieel, als zij zich op dezelfde problemen richten of als problemen aan elkaar gerelateerd zijn.

Wanneer, medisch gezien, de behandeling gericht is op het acceptabel of draaglijk en hanteerbaar maken van een lichamelijke klacht, is het niet logisch wanneer een verpleegkundige als doel stelt dat de klacht verdwenen moet zijn. Het gewenste resultaat dat de verpleegkundige vaststelt moet meetbaar zijn. Het tijdsaspect, dus wanneer dit resultaat bereikt dient te zijn, wordt in het doel omschreven.

Een veelgebruikte methode om de diagnose te evalueren, is de SMART-methode (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden). Om dit doel specifiek

en meetbaar te maken, kan gebruik worden gemaakt van indicatoren. Als bij een patiënt met koorts temperatuurverlaging het doel is, is de meting van de lichaams-temperatuur een indicator. Daarnaast is het mogelijk gebruik te maken van indicatoren uit de classificatie van zorgresultaten van de Nursing Outcome Classification (NOC; Moorhead e.a., 2011). Dit levert tevens het voordeel op dat dezelfde terminologie, definities en waarden worden gebruikt.

Bij gebruik van het elektronisch patiëntendossier creëert het toepassen van deze standaarden de mogelijkheid om over langere tijd en meerdere patiënten te kijken naar de effecten van verpleegkundige zorg (zie ook hoofdstuk 6).

Functie van resultaatbeschrijvingen Het beschrijven van de verpleegkundige zorgresultaten heeft de volgende functies.

- Het maakt de verpleegkundige zorg inzichtelijk en doelgericht.
- De coördinatie van de verpleegkundige zorg en de onderlinge afstemming nemen toe. Zo weten patiënt, verpleegkundige, collegae en andere disciplines allen wat het gewenste resultaat moet zijn. Tegenstrijdigheden, hiaten of overlappingen in de zorg worden daardoor voorkomen.
- Het legt een rechtstreeks verband met de verpleegkundige diagnose en de verpleegkundige interventie, wat de keuze voor die interventie vergemakkelijkt en verduidelijkt.
- Het maakt gerichte evaluatie mogelijk (Moorhead e.a., 2011).

Typen resultaten Naar aanleiding van een verpleegkundige diagnose zijn verschillende resultaten mogelijk. Deze typen resultaten of resultaatklassen (Carnevali & Thomas, 1999) variëren van succesvolle tot minder succesvolle. Men kan wensen dat een probleem wordt voorkomen, beperkt, opgelost, verbeterd, gestabiliseerd of verzacht.

Het type resultaat kan van invloed zijn op de interventies. Immers, als men streeft naar het oplossen of laten verdwijnen van een probleem, worden andere interventies toegepast (bijvoorbeeld meer corrigeren van bepaalde gewoonten of zelfzorggedrag), dan wanneer men stabilisatie van de situatie nastreeft (negeren van gedrag of bewaken van grenzen).

Om tot een gefundeerde beschrijving van het gewenste resultaat te komen, is het goed een vaste besluitvormingsmethode toe te passen. Deze methodiek is vergelijkbaar met die van de diagnosestelling en ziet er als volgt uit:

1. *Identificatie van het besluit.* Er moeten resultaten vastgesteld worden.
2. *Gegevensverzameling.* Nagaan welke bepalende kenmerken en/of etiologische factoren van de diagnose te onderscheiden zijn.
3. *Identificatie van criteria voor de besluitvorming.* Dit betreft mogelijkheden en beperkingen van de patiënt, motivatie van de patiënt, meetbaarheid van patiëntengedrag, en de vereiste en beschikbare tijd.
4. *Identificatie van alternatieven.* Met de patiënt afwegen van de verschillende opties.

5. *Vergelijken van de alternatieven met de criteria.* Het met de criteria in overeenstemming brengen van de besproken opties.
6. *Kiezen van een alternatief.* Keuze van de best passende optie.
7. *Implementatie van het alternatief.* Vaststellen van de gekozen optie (het resultaat).
8. *Evaluatie van de besluitvormingsstappen.*

Samenvattend: een verpleegkundige diagnose, waarbij etiologische factoren, kenmerken en verschijnselen (disfunctioneel gedrag) worden omschreven, is de basis voor het vast te stellen resultaat. Het beschrijven van de resultaten via de verpleegkundige besluitvormingsmethode is een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot een verantwoorde keuze van een verpleegkundige interventie.

Doel en gewenst zorgresultaat

Een beschrijving van het doel met gewenste resultaat bij mevrouw Visser, naar aanleiding van de diagnose acute pijn, zou kunnen luiden: ‘Binnen een uur [realistisch, meetbaar] geeft mevrouw aan dat haar toestand wat de pijn betreft verbeterd [getypeerd] is. Dit blijkt uit een verlaagde pijnscore [meetbaar], verminderd vertrekken van het gezicht en ophouden met zuchten [observeerbaar].’

2.4 Fase van plannen

Wanneer het doel en het gewenste zorgresultaat zijn vastgesteld, worden de verpleegkundige interventies en activiteiten bepaald die nodig zijn om het doel en zorgresultaat te bereiken. De interventies richten zich op de etiologie of signalen. De interventies kunnen in vrije tekst beschreven worden, of er kan gebruik gemaakt worden van standaarden. Deze standaarden kunnen bestaan uit gedefinieerde sets van interventies bij geprotocolleerde zorg of uit gestandaardiseerde interventies en activiteiten volgens een classificatie, zoals de Nursing Interventions Classification (NIC; Bulechek e.a., 2010). Er bestaan ook classificatiesystemen die zorgresultaten en interventies beschrijven, zoals het Omaha-systeem (zie ook hoofdstuk 5).

Het spreekt voor zich dat het plannen van de gewenste zorgresultaten en de interventies in overeenstemming met de patiënt en het multidisciplinaire team gebeurt. De verpleegkundige intervenueert veelal op overlappende gebieden met artsen en paramedici (zoals fysiotherapeut en diëtist). Afstemming met het multidisciplinaire team is dan ook noodzakelijk. Ook door de arts gedelegeerde interventies maken deel uit van de interventies die de verpleegkundige vaststelt. De verpleegkundige zal haar activiteiten moeten kiezen uit de lijst van (veelal tegenstrijdige) alternatieven, op basis van haar verpleegkundige deskundigheid, de behandelstrategie en

Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige
beroepsuitoefening

de Graaf- Waar, H.I.; Speksnijder, H.T.

2014, IX, 89 p. 12 illus., Softcover

ISBN: 978-90-368-0847-7