
Diagnosen, interventies & resultaten

Els Albersnagel
Ype van der Brug

Derde druk



Noordhoff Uitgevers



Diagnosen, interventies en resultaten



Diagnosen, interventies en resultaten

Els Albersnagel-Thijssen

Ype van der Brug

Derde druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K-designers
Omslagillustratie: Photodisc

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan: Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

Met betrekking tot sommige teksten en/of illustratiemateriaal is het de uitgever, ondanks zorgvuldige inspanningen daartoe, niet gelukt eventuele recht-hebbende(n) te achterhalen. Mocht u van mening zijn (auteurs)rechten te kunnen doen gelden op teksten en/of illustratiemateriaal in deze uitgave dan verzoeken wij u contact op te nemen met de uitgever.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

3 4 5 / 11

© 2007 Wolters-Noordhoff bv Groningen/Houten, The Netherlands.

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 verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-84945-0
ISBN 978-90-01-60682-4
NUR 897

Woord vooraf

Voorwoord bij de 1e druk

Dit boek is te beschouwen als een Nederlandse tegenhanger van de Amerikaanse literatuur over verpleegkundige diagnostiek, resultaten en interventies. Dat wil zeggen: geschreven vanuit en voor de Nederlandse situatie. Het biedt een gedetailleerde weergave van het primaire proces, waarbij een koppeling wordt gemaakt met bruikbare classificaties. Samen met *Regie van het primaire proces* (Schoemaker, Albersnagel & Aukes, 1999) vormt het de kern van de serie Excellent Verplegen.

Het traject van 'idee tot product' heeft een periode van drie jaar bestreken. In deze drie jaar is er een aantal belangwekkende documenten verschenen, zoals het *Eindrapport van de Commissie kwalificatiestructuur voor verpleging en verzorging*, het *Stappenplan voorbehouden handelingen*, de *Ontwerp WCC-standaardclassificatie van diagnostische termen voor de verpleegkunde* en het *Vooronderzoek Verpleegkundige interventies, classificaties en definities*. Deze uitgaven weerspiegelen de voortdurende ontwikkelingen, juist op het specifieke gebied van het primaire proces. In *Diagnosen, resultaten en interventies* worden deze ontwikkelingen verwerkt en gekoppeld aan theoretische en praktische inzichten.

Het boek wil laten zien dat het beroep van verpleegkundige boeiend en dynamisch is en voortdurende intellectuele uitdagingen biedt. Cognitieve processen worden inzichtelijk gemaakt, waardoor zelfsturing van het leren mogelijk wordt. Plezier krijgen in verpleegkunde als extra stimulant voor zelfgestuurd leren, is een belangrijke doelstelling. Wij zien dit boek dan ook niet als een eindpunt, maar als een opmaat naar een verdere inhoudelijke verdieping van het beroep.

Bij de opbouw van het boek zijn we uitgegaan van de basiskennis waarover de verpleegkundige op kwalificatieniveau 5 moet kunnen beschikken. Basiskennis van het vak verpleegkunde is kennis die voorwaarde is om het beroep te kunnen uitoefenen. Het rapport van de Commissie kwalificatiestructuur is leidraad geweest bij het schrijven. Wanneer de student/verpleegkundige zich de inhoud van dit boek eigen heeft gemaakt, zal deze qua cognitieve, interactieve en reactieve vaardigheden voldoen aan de deelkwalificatie 'plannen van verpleegkundige zorg' en is het fundament gelegd voor 'preventie en gvo' en de deelkwalificaties over zorgcategorieën. De deelkwalificaties 'coördinatie en continuïteit van zorg' en 'kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering' vormen voor een belangrijk deel de inhoud van *Regie van het primaire proces*.

De doelgroepen zijn studenten en docenten aan de hbo-v en aan post-hbo-opleidingen en verpleegkundigen in de praktijk die zich op de hoogte willen stellen van de nieuwe ontwikkelingen rond diagnosen, resultaten en interventies.

De docentenhandleiding bij dit boek geeft aanwijzingen voor gebruik, verdiepingsstof, suggesties voor aanvullende literatuur, sheets en extra oefeningen.

Hoewel dit boek in samenspraak tot stand is gekomen, zijn er voor beide auteurs eigen aandachtsgebieden geweest. De hoofdstukken 1, 4 en 6 zijn voornamelijk het werk van Ype van der Brug, de hoofdstukken 2, 3 en 5 van Els Albersnagel.

Weesp, februari 1997
Els Albersnagel-Thijssen
Ype van der Brug

Voorwoord bij de derde druk

Nieuw in deze derde druk is het gebruik van rollen. Het Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) Roles Framework (2005) is leidraad voor de rollen van de verpleegkundige. Wereldwijd vormt deze rollenstructuur een populaire standaard voor de opleiding van artsen, medisch specialisten en andere gezondheidszorgdisciplines. Verpleegkundigen werken altijd samen met artsen. Gebruik van dit framework voor de opleiding van verpleegkundigen maakt het mogelijk om de competenties van verpleegkundigen in te vullen en naast die van artsen en andere disciplines te zetten. Invulling van de competenties gebeurt door de verpleegkundige vanuit het perspectief van verpleegkunde, door artsen gebeurt dit vanuit het perspectief van geneeskunde.

Het CanMEDS Roles Framework is afgeleid van via onderzoek vastgestelde maatschappelijke behoeften aan gezondheidszorg.

De rol van de verpleegkundig expert staat centraal voor de verpleegkundige. Deze rol maakt gebruik van de competenties die horen bij de rollen van onderzoeker, belangenbehartiger, manager, teamwerker en professional. Tevens zijn deze rollen essentieel om als verpleegkundige goed te kunnen functioneren. We willen laten zien dat je vanuit die andere rollen ook nog steeds bezig bent met de directe patiëntenzorg. Tegelijkertijd kunnen de invulling van de rol van verpleegkundig expert en de andere rollen niet zonder een relatie met de methodische beroepsuitoefening. Daarbij worden de verschillen tussen de kwalificatieniveaus 4 en 5 scherper aangezet. Verpleegkundigen worden uitgedaagd om het verschil te tonen en mee te bewegen met de steeds complexere zorgvragen.

Ieder hoofdstuk eindigt met reflectievragen die appelleren aan het hbo-denken, kortom: toepasbaar bij alle deelgebieden en differentiaties binnen de hbo-verpleegkunde. Dit wordt nog versterkt door een koppeling met de website www.diagnoseninterventiesenresultaten.noordhoff.nl waarin verrijkingsstof voor de student en docent is opgenomen. De docentenhandleiding bevat competenties, achtergrondinformatie, powerpoint-presentaties, casuïstieken, aanvullende opdrachten en suggesties voor proeven van bekwaamheid. Op de website wordt zo een voorschot genomen op de vierde, volledig herziene druk.

Amsterdam, augustus 2006

Inhoud

Inleiding 11

1 Organisatie van verpleegkundige kennis 15

- 1.1 Veelzijdigheid van de praktijk 17
 - 1.1.1 Taakgebieden 21
 - 1.1.2 Competenties 22
 - 1.1.3 Relaties tussen taakgebieden en competenties 25
 - 1.2 Gemeenschappelijke basis 25
 - 1.2.1 Gemeenschappelijke methode 26
 - 1.2.2 Gemeenschappelijk aandachtsgebied 29
 - 1.3 Kenmerken van verpleegkundige kennis 33
 - 1.3.1 Aard en omvang 33
 - 1.3.2 Groei 36
 - 1.3.3 Actualiteit 36
 - 1.3.4 Snelle beschikbaarheid 37
 - 1.4 Organisatie van kennis 38
 - 1.5 Classificaties 43
 - 1.5.1 Classificaties in de gezondheidszorg 43
 - 1.5.2 Classificaties en het achtcomponententraject 46
 - 1.5.3 Multidisciplinaire classificatie: ICF 47
 - 1.5.4 Verpleegkundige classificaties: NANDA, ICNP en CDV 55
 - 1.5.5 Achtergronden standaardisatie en classificatie 63
 - 1.6 Reflectie 67
- Samenvatting 71

2 Besluitvorming 73

- 2.1 Het nemen van besluiten 75
 - 2.1.1 Verpleegkundige besluitvorming 76
 - 2.1.2 Individuele variaties in besluitvorming 79
 - 2.2 Functies van het geheugen 81
 - 2.2.1 Het geheugen als opbergplaats 82
 - 2.2.2 Het geheugen als werkplaats 83
 - 2.2.3 Het geheugen als vindplaats 83
 - 2.3 Ontwikkeling van denkstructuren 84
 - 2.3.1 De preklinische fase 86
 - 2.3.2 De beginnersfase 89
 - 2.3.3 De gevorderde fase 90
 - 2.3.4 De expertfase 90
 - 2.4 Methodieken voor besluitvorming 93
 - 2.4.1 Gemeenschappelijke componenten in klinische besluitvorming 93
- Samenvatting 96

3 Gegevens verzamelen 99

- 3.1 Waarom gegevens verzamelen? 101
- 3.2 Welke gegevens verzamelen? 102
- 3.3 Wanneer gegevens verzamelen? 105
 - 3.3.1 Gegevensverzameling vóór de eerste ontmoeting met de patiënt 105
 - 3.3.2 Gegevensverzameling tijdens de eerste ontmoeting 107

- 3.3.3 Gegevensverzameling gedurende de periode dat de patiënt gebruikmaakt van verpleegkundige hulp 109
- 3.3.4 Gegevensverzameling tijdens de afronding van de verpleegkundige zorgverlening 111
- 3.4 De bronnen 112
- 3.5 Soorten gegevens die noodzakelijk zijn 113
 - 3.5.1 Bevindingen van de verpleegkundige en ervaringen van de patiënt 113
 - 3.5.2 Ruwe gegevens en gevolgtrekkingen 114
- 3.6 Waar zijn gegevens te verkrijgen? 115
- 3.7 Hoe worden gegevens verzameld? 117
 - 3.7.1 Kritisch denken 117
 - 3.7.2 Communiceren 118
 - 3.7.3 Observeren 119
 - 3.7.4 Meten 121
- 3.8 De verpleegkundige anamnese 122
 - 3.8.1 De eerste anamnese: voorbereiding 123
 - 3.8.2 Het eerste contact 126
 - 3.8.3 De eigenlijke gegevens 128
 - 3.8.4 De verslaglegging 131
 - 3.8.5 Bijzondere typen anamnese 131
 - Samenvatting 134
- 4 Diagnose stellen 135**
 - 4.1 Diagnose 137
 - 4.1.1 Uitgangspunten 138
 - 4.1.2 Diagnose binnen de gezondheidszorg 141
 - 4.1.3 Diagnose binnen de verpleegkunde 142
 - 4.1.4 Potenties en problemen 144
 - 4.1.5 PES: notatie en inhoud 145
 - 4.2 Diagnose stellen 152
 - 4.2.1 Informatie verzamelen 153
 - 4.2.2 Aanwijzingen zoeken 157
 - 4.2.3 Clusteren 159
 - 4.2.4 Hypothesen vormen 162
 - 4.2.5 Hypothesen toetsen 164
 - 4.2.6 Toekenning van de diagnose 167
 - 4.3 Een toepassing: op bezoek bij familie Van Binsbergen 171
 - Samenvatting 177
- 5 Interventies 181**
 - 5.1 Taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen 183
 - 5.1.1 Kerntaken 184
 - 5.1.2 Verantwoordelijkheden 185
 - 5.2 Voorbehouden handelingen 186
 - 5.2.1 Wat zijn voorbehouden handelingen? 186
 - 5.2.2 Wie zijn zelfstandig bevoegd? 187
 - 5.2.3 Onder welke voorwaarden mag een verpleegkundige voorbehouden handelingen uitvoeren? 188
 - 5.3 Interventies en verrichtingen 192
 - 5.3.1 Interventies voor de verpleegkunde 192
 - 5.3.2 Verrichtingen binnen de medische beroepen 194
 - 5.3.3 Verrichtingen binnen de paramedische beroepen 196
 - 5.3.4 Naar een classificatie van verrichtingen binnen de gezondheidszorg 196

- 5.3.5 Onderscheid tussen een verrichting en een interventie 198
- 5.4 Factoren die de selectie van relevante verpleegkundige handelingen kunnen beïnvloeden 200
 - 5.4.1 Prognose en beoogde resultaten 201
 - 5.4.2 Karakteristieken van verpleegkundige diagnose 202
 - 5.4.3 Onderzoek 203
 - 5.4.4 Acceptatie door de patiënt 206
 - 5.4.5 Haalbaarheid 208
 - 5.4.6 Persoonlijke eigenschappen van de verpleegkundige 209
- 5.5 Interventies selecteren: VAKK 211
 - 5.5.1 Verzamelen van informatie (V) 211
 - 5.5.2 Analyse (A) 214
 - 5.5.3 Kwaliteitscontrole (K) 214
 - 5.5.4 Keuze (K) 215
- 5.6 Handelingen, verrichtingen en interventies uitvoeren 216
 - 5.6.1 Algemene aandachtspunten 216
 - 5.6.2 Eisen aan zorgvuldig handelen 216

6 Prognose, beoogd resultaat en evaluatie 225

- 6.1 Prognose 228
 - 6.1.1 Kenmerken 229
 - 6.1.2 Gebieden van verandering 231
 - 6.1.3 Richting van de verandering 232
 - 6.1.4 Route van de verandering 237
- 6.2 Beoogde resultaten 239
 - 6.2.1 Soorten zorgresultaten 240
 - 6.2.2 Functies van zorgresultaten 242
 - 6.2.3 Vuistregels voor de resultaatbeschrijving op papier 244
 - 6.2.4 Gestandaardiseerde verpleegkundige zorgresultaten 245
 - 6.2.5 Functies van gestandaardiseerde zorgresultaten 249
 - 6.2.6 Vinden van resultaatgebieden 250
- 6.3 Prognose en resultaat genereren 251
- 6.4 Evaluatie 254
 - 6.4.1 De functie van evaluatie 254
 - 6.4.2 Stappen bij het evalueren 256
 - 6.4.3 Modifieren of stoppen 259

Begrippenlijst 265

Literatuur 271

Bijlagen

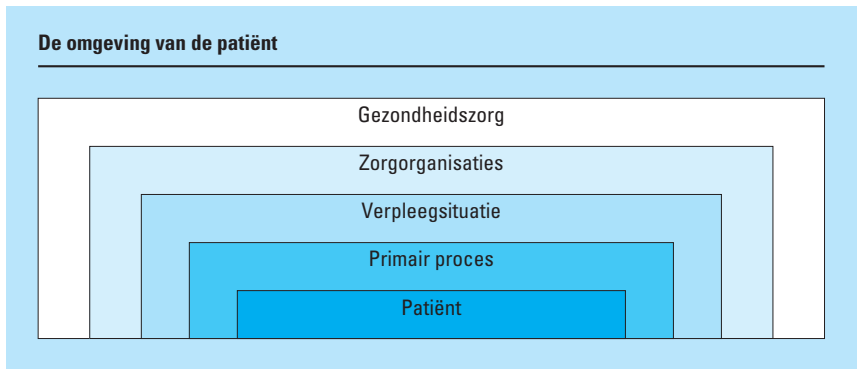
- Bijlage 1 ICF: classificatie op het eerste niveau 279
- Bijlage 2 ICF: Functies, activiteiten en participatie op het tweede niveau 286
- Bijlage 3 ICF op detailniveau (de inhoud van pagina 48-49) 286
- Bijlage 4 NANDA-informatie en informatie uit het Handboek Carpenito rondom het gezondheidsprobleem angst 289
- Bijlage 5 Omschrijvingen van de hoofdgroepen uit de CDV 294
- Bijlage 6 Indeling van de CDV op 3-cijferniveau 296
- Bijlage 7 Een selectie van diagnostische termen uit de CDV 301
- Bijlage 8 NANDA-classificatie 305

Bijlage 9	Anamnesevragen	310
Bijlage 10	Standaard zorgplan	313
Bijlage 11	Enkele NIC-interventies	315
Bijlage 12	Lijst van zorgresultaten: Nederlands-Engels	319

Register		325
-----------------	--	-----

Inleiding

In de beroepsuitoefening van verpleegkundigen zijn twee aandachtsgebieden te onderscheiden, te weten het aandachtsgebied gericht op de directe zorg voor de patiënt – het primaire proces – en de aandacht die is gericht op de condities in de directe omgeving – de verpleegsituatie. Deze beide aandachtsgebieden zijn te plaatsen binnen de context van de (zorg)organisatie en van de gezondheidszorg als geheel, zoals de volgende figuur laat zien.



Centraal in dit boek staat het verpleegkundig handelen in directe relatie tot de patiënt: het primaire proces. Volgens het eindrapport van de Commissie kwalificatiestructuur moet de verpleegkundige het directe contact met de patiënt beschouwen als het belangrijkste element in haar werk.

Opbouw

De thematische invalshoek vanuit het primaire proces komt ook tot uitdrukking in de opbouw van het boek. De eerste twee hoofdstukken leggen het fundament onder de veelzijdige en ingewikkelde verpleegkundige praktijk.

Hoofdstuk 1 richt zich op ordening van buitenaf: classificatie. Besproken wordt het thema van organisatie van verpleegkundige kennis om deze in de praktijk te hanteren. Er worden classificaties behandeld die dienen als ordeningsprincipe om grip te krijgen op de ingewikkelde praktijk. De Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF), voorheen ICIDH, wordt gebruikt als voorbeeld van ordening van kennis in een classificatie.

Hoofdstuk 2 richt zich op ordening van binnenuit, in het hoofd van de verpleegkundige: leren en onthouden. Het cruciale belang van weloverwogen besluitvorming wordt aangegeven. Geschetst wordt dat voor het nemen van gefundeerde besluiten niet alleen veel kennis nodig is, maar ook adequate ordening van deze kennis. Duidelijk wordt

dat kennis alleen niet voldoende is, maar dat deze dient te worden aangevuld met ervaringen uit de patiëntenzorg. De ontwikkeling van beginner naar professional wordt beschreven in het kader van doelgericht leren van theorie en praktijk. Het hoofdstuk besteedt tevens aandacht aan de manier waarop de verpleegkundige besluitvorming totstandkomt, en wat de invloed van gevoel en intuïtie daarbij is. Ten slotte wordt het VAKK-model besproken: verzamelen van informatie (V), analyse (A), keuze (K) en kwaliteitscontrole (K). Het zijn vier bestanddelen die vrijwel altijd in VAKKundige besluitvorming terugkomen.

Na de fundering – de hoofdstukken 1 en 2 – komen we aan bij het gebouw: het achtcomponententraject. Dit traject wordt achtereenvolgens in de hoofdstukken 3 tot en met 6 uitgewerkt.

In *hoofdstuk 3* staat het verzamelen van gegevens centraal. De nadruk ligt op gegevens verzamelen als continue factor in het hulpverleningstraject. Vragen als waarom, wanneer, hoe en waar gegevens verzamelen, worden beantwoord, en ook aan welke bronnen gegevens kunnen worden ontleend. Tevens is er aandacht voor de omgeving van de patiënt als bron van gegevens. Ten slotte wordt een specifieke vorm van gegevensverzameling behandeld: de verpleegkundige anamnese.

In *hoofdstuk 4* komt het stellen van de diagnose aan bod. Kwesties als concept, structuur en context van de diagnose krijgen aandacht en ook het onderscheid tussen een omschrijving van de actuele gezondheidstoestand en de verpleegkundige diagnose. Uitgebreid wordt aandacht besteed aan de route van patiëntengegevens tot diagnoseformulering. Het gebruik van de termen uit classificaties voor het samenstellen van de diagnose wordt geïllustreerd. Aan het slot wordt een besluitvormingsmethodiek gepresenteerd die het stellen van de diagnose moet ondersteunen. Hierbij worden relaties gelegd met het VAKK-model.

In *hoofdstuk 5* komen handelingen, verrichtingen en interventies aan de orde. Er wordt aandacht besteed aan het onderscheid hiertussen en aan het nut van dit onderscheid. Ook worden de mogelijkheden voor classificatie besproken. De verrichtingen die zijn vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de voorbehouden handelingen, maken eveneens deel uit van dit hoofdstuk. Om het inzicht in de selectie van interventies te vergroten, worden factoren besproken die dit proces kunnen beïnvloeden. Ten slotte wordt ook hier de VAKKundige besluitvorming bij het interventie selecteren uitgewerkt.

Tot slot komen in *hoofdstuk 6* prognose, resultaat, evaluatie en modificeren of afsluiten van de hulpverlening aan de orde. Deze drie componenten uit het achtcomponententraject worden in één hoofdstuk besproken vanwege hun onderlinge overeenkomsten en overlap. Ze beschrijven, in tegenstelling tot diagnose en interventie, niet de actualiteit, maar een situatie in de toekomst. Met de prognose wordt een weloverwogen voorspelling gegeven van het verloop en van de uitkomst van het gezondheidsprobleem. Met de prognose hebben patiënt en verpleegkundige een kader van waaruit de beoogde resultaten van

zorg vastgesteld kunnen worden. Met de beoogde resultaten wordt kernachtig op papier gezet wat er zal zijn bereikt op een bepaald moment in de zorgverlening. Voor evaluatie van de voortgang in het proces van verplegen worden indicatoren en meetcriteria beschreven die een observeerbare toestand, gedraging of zelf gerapporteerde waarneming door de patiënt beschrijven. Door evaluatie weet je of de patiënt in de richting van de beoogde resultaten gaat, je herkent wanneer beoogde resultaten zijn behaald en je weet of de interventies leiden naar de beoogde resultaten.

Praktijkvoorbeelden

Patiënten met wisselende ziekten, stoornissen, beperkingen en mate van participatie komen aan de orde in praktijkvoorbeelden. Hierbij is dankbaar gebruikgemaakt van beschrijvingen van anderen. Bij de keuze van de voorbeelden hebben we zorg gedragen voor een evenwichtige verdeling van de zorgcategorieën over het boek.

Voor hoofdstuk 1 is als openingscasus een verstandelijk gehandicapte gekozen; voor hoofdstuk 2 een patiënt met een (langdurende) psychiatrische ziekte; voor hoofdstuk 3 een patiënt in de thuissituatie; voor hoofdstuk 4 een patiënt die in een gezondheidszorginstelling is opgenomen in verband met een onderzoek, een behandeling of een chirurgische ingreep; voor hoofdstuk 5 opnieuw een patiënt met een psychiatrische ziekte, maar nu belicht vanuit het perspectief van de verpleegkundige, en voor hoofdstuk 6 ten slotte een chronisch somatisch zieke. De overige zorgcategorieën komen in korte schetsen en in voorbeelden verspreid over het boek aan bod. De lezer kan aan deze praktijksituaties vuistregels ontlenen voor toepassing in andere, nieuwe situaties.

Hoewel de schrijvers zelf een voorkeur hanteren voor het woord patiënt, worden zorgvrager, cliënt, klant en bewoner als alternatieven gehanteerd.

Leeswijzer

Vaste onderdelen in ieder hoofdstuk zijn:

- *Praktijkvoorbeelden*, zoals openingscasus en praktijkfragmenten in lopende tekst;
- *Tussenvragen*, als oefeningen om de stof eigen te maken;
- *Boxen*, met verrijksstof;
- *Rollen*, gerelateerd aan de centrale rol van zorgverlener;
- *Reflectievragen*.

Organisatie van verpleegkundige kennis

1

- 1.1 Veelzijdigheid van de praktijk
 - 1.2 Gemeenschappelijke basis
 - 1.3 Kenmerken van verpleegkundige kennis
 - 1.4 Organisatie van kennis
 - 1.5 Classificaties
 - 1.6 Reflectie
- Samenvatting

OPENINGSCASUS

René, het relaas van een zwerftocht door hulpverleningsland

René, daar was iets mee. Hij was laat met alles en leerde niet praten. Daarnaast gaf hij problemen, hij was altijd zo dwars. Voor de huisarts was de oorzaak een vraagteken.

Van een wijkverpleegkundige Ouder & Kindzorg kregen we adviezen die ons hielpen overeind te blijven. Een voorlichtingsavond die ze organiseerde over opvoedingsproblemen bracht ons in contact met andere ouders, dat gaf steun.

Toen het niet meer ging bracht ze ons in contact met een speciale afdeling van het RIAGG. Een verpleegkundige van die afdeling kwam thuis kijken en zei: 'Dit gaat niet langer, hier moet iets gebeuren.' René werd onderzocht in het ziekenhuis, maar ze konden niets vinden en de oorzaak is me nog steeds niet helemaal duidelijk. Via de kinderarts kwam ik bij een psychiater en psycholoog van de afdeling Kinderpsychiatrie. Daar moest hij spelen, dan kon ik weer naar huis.

Steeds heen en weer met bussen, een ramp. René was onhoudbaar, schreeuwde moord en brand. Zelf leerde ik goed op zijn signalen te reageren. Ik las in zijn ogen wat hij wilde, of hij nam me bij de arm om iets aan te wijzen. Zo ging dat.

Hij werd opgenomen in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. René werd steeds moeilijker, agressiever. Zijn gedrag was soms volkomen onvoorspelbaar. In een driftbui kon hij alles in elkaar trappen. Eerst kreeg hij zware medicijnen. Daar waren wij tegen. Daarna werd hij af en toe vastgelegd op een bed

dat speciaal voor hem op de afdeling stond. Ze zeiden dat het vastleggen steeds van korte duur was en dat hij het niet erg vond, er af en toe zelfs om vroeg. Dan ging hij op het bed zitten en stak z'n armen uit om vastgegespt te worden. De groepsleiding had het er moeilijk mee, want ze waren dol op René. Ze moesten hem echter tegen zichzelf beschermen als hij die drang had. Ik vond het niet leefbaar meer. Ik zag zijn ogen. Zo ongelukkig. Daar heb ik het heel moeilijk mee gehad. In die tijd begon hij op zijn tong te bijten, steeds kleine stukjes eraf. Bloeden, vreselijk. We vroegen ons af waar zijn pijngrens lag.

Hij is vervolgens tijdelijk in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Dat was helemaal vreselijk. Hij lag er afgezonderd in een klein kamertje met alleen een bed en een stoel. We waren ten einde raad. Het tongbijten werd in het begin alleen maar erger. Ze gaven hem medicatie om de ernstige onrust te onderdrukken. Hij kreeg echter een zeldzame complicatie. Bloeddruk, temperatuur... alles was in de war en jojode tussen goed en slecht. Hij kwam op een intensive care van een algemeen ziekenhuis. Hectische toestanden. Verpleegkundigen renden af en aan, allerlei slangen, pompen, monitoren en andere ingewikkelde apparatuur. Ze vreesden voor zijn leven. Maar René sloeg zich er door.

Toen alles weer rustig was, ging hij terug naar de instelling voor verstandelijk gehandicapten. Daar werkte inmiddels een nieuwe verpleegkundige, Puck. Op eens kregen we hoop. Ze had ook in de psychiatrie en de psychogeriatric gewerkt met mensen met niet alledaags gedrag. Puck had ervaring, was deskundig en origineel. Analyseerde de driftbuien, zocht dingen op en overlegde met allerlei andere hulpverleners. Uiteindelijk maakte ze samen met ons een plan van aanpak. Dat deed ze ook voor enkele andere cliënten. Het ging een tijd goed. Puck kon lezen en schrijven met René. Ze coachte ook anderen die minder deskundig waren, of gewoon minder goed om konden gaan met het gedrag van René. Toen kwam er een reorganisatie. Het team viel uit elkaar. Puck ging weg, anderen volgden. Uitzendkrachten deden hun best, maar er was te weinig stabiliteit. Dit alles had zijn weerslag op René. De driftbuien begonnen weer. René moest opnieuw vastgelegd worden. Iedereen vond het vreselijk. Ellen, een groepsleidster, raakte compleet overspannen, ze kon het niet verdragen dat ze René niet kon helpen. René kon er niet blijven. Ze vonden een plaats in een inrichting met een speciale afdeling voor jongens als René, met heel moeilijk gedrag. Een groepsleider kwam het ons thuis vertellen. Hij was aangedaan. Ze waren ondanks de driftbuien gek met René, dat deed ons wel goed.

René, daar was iets mee. Zo begint een moeder haar verhaal. Een verhaal van een moeizame zoektocht naar oorzaken en adequate benaderingswijzen. Een verhaal ook dat een illustratie is van een omzwenning door het land van de hulpverlening. Zo komen René en zijn ouders in aanraking met de thuiszorg, het ziekenhuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten en een psychiatrisch ziekenhuis. In al die situaties komen ze in contact met verpleegkundigen en de veelzijdigheid van hun werk. Ondanks de veelzijdigheid van de verpleegkundige praktijk zal in dit hoofdstuk blijken dat het fundament van de verpleegkundige zorgverlening feitelijk hetzelfde is: een weloverwogen manier van werken gebaseerd op verpleegkundige kennis. Kennis die adequaat georganiseerd moet worden. Een classificatie kan hierbij een hulpmiddel zijn.

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de volgende vragen:

- Hoe veelzijdig is het takenpakket (het *wat*) van de verpleegkundige?
- Hoe veelzijdig is de context (het *waar*) waarin de verpleegkundige beroepsuitoefening plaatsvindt?
- Waarin varieert het niveau (het *hoe*) van de beroepsuitoefening?
- Wat is er gemeenschappelijk aan de verpleegkundige beroepsuitoefening?
- Welke kenmerken zijn er aan verpleegkundige kennis te onderscheiden?
- Wat is het belang van adequate organisatie van kennis?
- Wat zijn belangrijke classificaties en indelingen voor verpleegkundigen?
- Waarom brede interesse voor classificaties?

■ ■ ■ 1.1 Veelzijdigheid van de praktijk

Uit de casus komt via het verhaal van de moeder de veelzijdigheid van de verpleegkundige praktijk naar voren. René en zijn ouders komen in uiteenlopende settings in contact met verpleegkundigen. René wordt opgenomen, maar ook zijn ouders hebben op bepaalde momenten behoefte aan verpleegkundige hulp: gedrag dat ze niet kunnen begrijpen of accepteren, emoties die af en toe te veel worden. Wanneer het goed gaat met René, zou het ook wel eens goed kunnen gaan met zijn ouders, die de problemen rond René dan ook weer beter aankunnen. Zowel René als zijn ouders zijn *zorgvragers*. De term ‘zorgvrager’ heeft niet alleen betrekking op een individu, maar ook op een groep of gemeenschap, zie tabel 1.1.

Zorgvragers

Tabel 1.1 **Matrix van deelgebieden**

			Omschrijving kern van deelgebied
Preventieve zorg (voorkomen)	Somatische aandoeningen	Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen	Centraal staan primaire preventie en secundaire preventie van dreigende gezondheidsproblemen, het bevorderen van gezond gedrag en het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren. Naast specifiek verpleegkundige en medische zorg is sprake van sociaal-maatschappelijke zorg. Doelgroep: jeugdgezondheidszorg bij kinderen 0-19 jaar en hun ouders; volwassenen 19 jaar-overlijden.
Acute zorg (behandelen)	Somatische aandoeningen	Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen	Infectieziektebestrijding en algemene preventieve gezondheidszorg. Dominante zorg/preventie en proactie. Centraal staat voorkomen en behandelen van acute, levensbedreigende situaties. De medische zorg is hierin voorwaardelijk. Doelgroep: mensen met een levensbedreigende aandoening; geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Dominante zorg/ triage en stabiliseren.

Tabel 1.1 **Matrix van deelgebieden** (vervolg)

			Omschrijving kern van deelgebied
Intensieve zorg (behandelen + begeleiden)	Somatische aandoeningen	Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen	De ziekte, de behandeling van de ziekte en de consequenties van de ziekte voor het directe functioneren staan centraal. Bij deze zorgcategorie is per definitie sprake van sterke invloed van medische zorg en therapeutische interventies op de aard van de verpleegkundige zorg. / <i>CD-dominant/genezing-dominante zorg</i> . Doelgroep: mensen met somatische of psychische aandoeningen in de behandelfase.
Chronische zorg (begeleiden + ondersteunen)	Somatische aandoeningen	Psychische aandoeningen en gedragsstoornissen	Kwaliteit van leven, tertiaire preventie, omgaan met de handicaps en sociale inclusie staan centraal. Verpleegkundige zorg speelt een grote rol en de medische zorg en therapeutische hulp worden vooral ondersteunend en voorwaardelijk aan eerstgenoemde ingezet. / <i>CF-dominant/kwaliteit van leven dominante zorg</i> . Doelgroep: mensen met lichamelijke handicaps, mensen met chronische ziekten zoals diabetes, hartfalen, COPD, mensen met chronisch psychiatrische aandoeningen, mensen met een verstandelijke handicap, ouderen met leeftijdsverwante problematiek zoals dementie, ouderen met niet specifiek geriatrische aandoeningen zoals overgewicht, gevolgen van een hartinfarct en een beroerte, artrose, kanker en reumatoïde artritis.

In het geval van René zijn het de ouders die een appèl doen op de wijkverpleegkundige. De adviezen van de wijkverpleegkundige helpen de ouders lange tijd, maar blijken op termijn niet afdoende. Verwijzing naar een verpleegkundige in een andere *functie* (sociaal psychiatrisch verpleegkundige) volgt. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige zet de verwijzing naar het ziekenhuis in gang. Daar werken niet alleen nurse practitioners, verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende opleidingsniveaus, maar ook andere *professionals* zoals medisch-specialisten, physician assistants, fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en psychologen.

Professionals

Professional: een beoefenaar van een beroep in de individuele gezondheidszorg. (RVZ, 2000)

René werd onderzocht door een kinderarts, psychiater en psycholoog. Na de geboden zorg vanuit de thuiszorg (wijkverpleegkundige), het RIAGG oftewel de Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (sociaal psychiatrisch verpleegkundige) en het ziekenhuis (o.a. kinderarts) volgt uiteindelijk opname bij weer een andere *zorgaanbieder*: een instelling voor verstandelijk gehandicapten. René blijft hier echter niet, hij wordt in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen.

Zorgaanbieder

Tussenvraag 1.1

Zoek op internet naar aanbieders van zorg die van belang kunnen zijn voor René en zijn ouders. Start je zoekopdracht met het trefwoord 'gezondheidszorg'. Welke trefwoorden kies je daarna? Vergelijk de trefwoorden en de resultaten met die van een medestudent. Inventariseer plenair belangrijke websites voor de gezondheidszorg.

In de psychiatrie en in de zorg voor verstandelijk gehandicapten werken ook verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen hebben niet uitsluitend kennis nodig van gedragsproblemen, maar ook van lichamelijke problemen. Zo kan het tongbijten van René onder meer voedingsproblemen en infectie tot gevolg hebben.

Als de nadruk op lichamelijke problematiek ligt, worden patiënten doorgaans in een algemeen ziekenhuis opgenomen. Hier is de opname-duur van patiënten meestal korter dan in een psychiatrisch ziekenhuis, instelling voor verstandelijk gehandicapten of verpleeghuis. Hoewel de omgeving van de patiënt sterk bepaald wordt door medische technologie, komt ook hier psychosociale problematiek voor.

Tabel 1.2 Verdeling verpleegkundigen kwalificatieniveau 4 en 5 in 2004

	Niveau 4	Niveau 5
Ziekenhuizen	54.900	21.400
Geestelijke gezondheidszorg	10.800	5.400
Gehandicaptenzorg	19.200	2.800
Verpleeg- en verzorgingshuizen	9.200	3.400
Thuiszorg	8.100	7.800
Overige (o.a. zelfstandigen)	3.700	6.200
Totaal	105.900	47.000

Bron: LEVV, 2005.

Complexiteit

De *complexiteit* van de situatie waarin verpleegkundige zorg vereist is, kan eveneens wisselen. Zo is er de relatieve rust van het voorspelbare, trage verloop van een ziekte, met ruimschoots tijd voor overleg om juiste interventies te kiezen. De interventies kunnen bestaan uit vaste routines die zijn neergelegd in protocollen, waarbij het foutenrisico gering is, zonder dat gebruikgemaakt wordt van geavanceerde apparatuur. Maar het kan anders, zoals op de intensive care waar René ook een periode verblijft. De reactietijd is meestal kort. Er worden hoge eisen gesteld aan beslissingssnelheid en handelingssnelheid. Veelal is onmiddellijk handelen immers noodzakelijk in verband met de kritische, wisselende en soms onvoorspelbare toestand van de patiënt. Handelingen kunnen behoorlijk ingewikkeld zijn, terwijl de kans op bijwerkingen of complicaties een voortdurende dreiging is. Maar ook in situaties die niet levensbedreigend, maar redelijk stabiel en voorspelbaar zijn, is de complexiteit niet altijd laag. In het geval van René zijn de gedragsproblemen ook wisselend, niet altijd voorspelbaar en moeilijk behandelbaar. Complexiteit wordt dus bepaald door de kenmerken van de zorgvrager, de omgeving en de handeling.

Verantwoordelijkheid

Als René terug komt in de instelling voor verstandelijk gehandicapten maakt Puck een zorgplan. Puck neemt haar *verantwoordelijkheid* voor de coördinatie en de continuïteit van zorg. ‘Verantwoordelijkheid is de mate waarin de verpleegkundige aanspreekbaar is op haar beroepsmatig handelen en op de gevolgen daarvan voor het beroepsmatig handelen van anderen. De verantwoordelijkheid kan beperkt zijn tot het eigen takenpakket, maar zich ook uitstrekken tot (het werk) van anderen’ (Leistra e.a., 2000, p. 16).

Transfer

Puck brengt iets extra's. Ze heeft ervaring in de psychiatrie en de psychogeriatric. Puck weet kennis en kunde opgedaan in eerdere verpleegsituaties te vertalen in de unieke situatie van René. Dit wordt *transfer* genoemd. ‘Transfer’ is de mate waarin een verpleegkundige in staat is om de combinatie van kennis, vaardigheden en attitude toe te passen in uiteenlopende beroepsmatige situaties (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Puck is zich bewust dat het gebied van de verpleegkundig kennis zich meer en meer ontwikkelt. Ze kijkt als het ware ook buiten de eigen setting, en haalt de buitenwereld binnen. Ze stelt de gangbare benadering ter discussie, observeert René systematisch, vraagt de ouders, bestudeert recente literatuur, vraagt informatie aan andere deskundigen. Puck wordt door de moeder omschreven als een coach. De combinatie van kennis, vaardigheden en gedrag, oftewel haar competenties, zijn van een ander niveau dan die van de andere teamleden.

Uit het voorgaande blijkt dat het verpleegkundig beroep zich veelvormig manifesteert. Verpleegkundigen oefenen hun beroep immers uit:

- in relatie tot uiteenlopende zorgvragers;
- in diverse functies;
- bij verschillende zorgaanbieders, in diverse sectoren;
- voor uiteenlopende duur;
- in wisselende situaties.

Configuraties

Er zijn kortom vele varianten, het verpleegkundig beroep presenteert zich in diverse *configuraties*.

Informatie over de complexiteit, verantwoordelijkheid en transfer wordt gebruikt om het gewicht van het beroep van de verpleegkundige en de ingewikkeldheid van taken en taakgebieden aan te geven (Leistra e.a., 2000). In feite krijg je zo informatie over het vereiste niveau van de verpleegkundige beroepsuitoefening.

Tussenvraag 1.2

Verzamel tien verschillende personeelsadvertenties waarin een verpleegkundige wordt gevraagd. Zoek hiervoor in de landelijke dagbladen en tijdschriften. Selecteer vooral op diversiteit. Kies zelf criteria op grond waarvan je de vacatures vergelijkt. Hierbij kun je denken aan:

- de functie;
- de taken;
- de gevraagde competenties;
- het gevraagde niveau van verpleegkundige beroepsuitoefening (4 of 5);
- het arbeidsterrein;

- de groep zorgvragers waarmee je te maken krijgt (zorgcategorie);
- de gezondheidsproblemen waarmee je te maken krijgt;
- de ingeschatte complexiteit van de beroepsmatige handelingen;
- de verantwoordelijkheden;
- de professionals met wie je moet samenwerken.

Wissel je bevindingen vervolgens uit met je groepsgenoten, zodat de veelzijdigheid van de verpleegkundige praktijk verder gecompleteerd en geïllustreerd wordt.

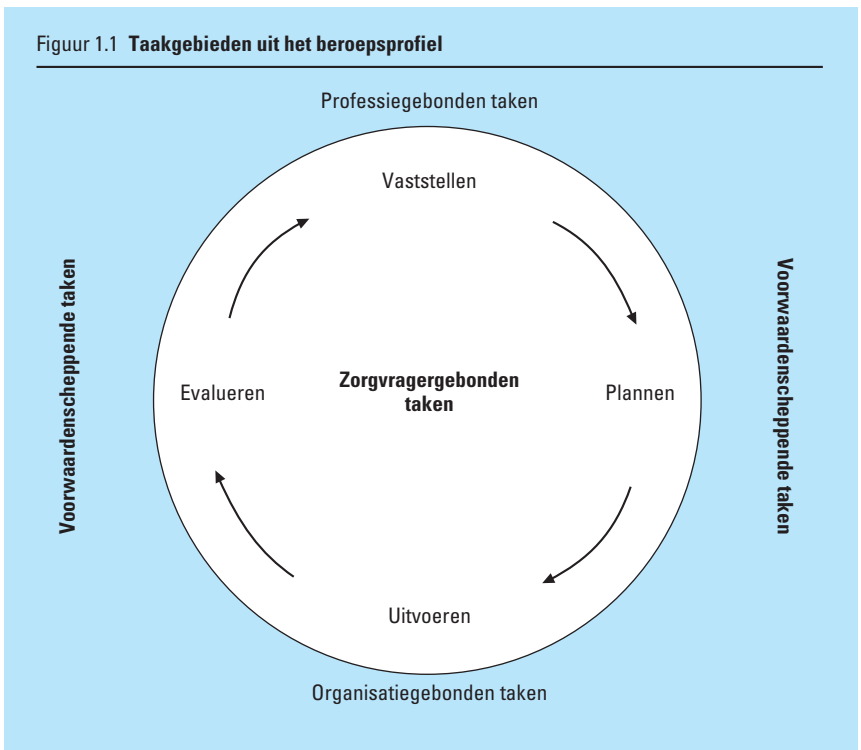
■ ■ ■ 1.1.1 Taakgebieden

'Wat'

In de casus van René worden verschillende verpleegkundige taken genoemd. Taken geven informatie over het 'wat': 'Wat doen verpleegkundigen?' Een taak verwijst naar datgene wat je doet, de handelingen, de werkzaamheden die verricht moeten worden. Voor een beschrijving van die taken wordt gebruik gemaakt van de indeling uit het *Beroepsprofiel van de verpleegkundige* (Leistra e.a., 2000), zie figuur 1.1.

In het beroepsprofiel wordt bij het beschrijven van de taken allereerst een onderscheid gemaakt tussen zorgvragergebonden en voorwaardenscheppende taken. Dit komt overeen met het onderscheid dat in een eerdere versie van dit boek is aangebracht, namelijk dat tussen patiëntgebonden handelingen en ondersteunende handelingen.

Figuur 1.1 Taakgebieden uit het beroepsprofiel



De zorgvragergebonden (of patiëntgebonden) taken bestaan uit vier taakgebieden:

- 1 vaststellen van de benodigde zorg;
- 2 plannen van de zorg;
- 3 uitvoeren van de zorg;
- 4 evalueren van de zorg.

De zorgvragergebonden taken staan centraal in de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Het gaat immers om het primaire proces. Hoewel doorgaans de nadruk ligt op de taken die gebonden zijn aan de directe patiëntenzorg, heeft een verpleegkundige ook een aantal taken die de voorwaarden scheppen voor de patiëntgebonden handelingen. Deze voorwaardenscheppende taken zijn opgedeeld in twee taakgebieden:

- 5 professiegebonden taken;
- 6 organisatiegebonden taken.

Bij de professiegebonden taken gaat het om het bevorderen van: de eigen deskundigheid, de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de professionalisering van de beroepsuitoefening. De organisatiegebonden taken richten zich op beleid (van de organisatie-eenheid), beheer (van de organisatie-eenheid) en samenwerken.

Taken zijn altijd afhankelijk van tijd en plaats. Afhankelijk van de heersende opvatting worden nieuwe taken en functies aan het verpleegkundig beroep toebedeeld, of er juist aan onttrokken. Een voorbeeld van dit laatste is de opkomst van de operatieassistent. Vroeger werd dit werk gezien als een onderdeel van het verpleegkundig beroep. In de ons omringende landen is dit nog steeds het geval; daar zijn verpleegkundigen die artsen assisteren tijdens operaties. Er komen echter ook taken en/of functies bij. Denk aan de opkomst van de nurse practitioner/de verpleegkundig specialist, de physician assistant en de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Maar ook aan de verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen en van oorspronkelijk verpleegkundige taken naar paramedici (RVZ, 2000).

Flexibel beroepsbeeld Verpleegkundigen moeten worden opgeleid met een *flexibel beroepsbeeld*. Gedrag, kennis en vaardigheden moeten wendbaar zijn. De praktijk is niet alleen veelzijdig, maar de vele veranderingen in de (organisatie van) zorg vragen ook verandering van de taakopvatting en taakin-vulling van verpleegkundigen.

■ ■ ■ 1.1.2 Competenties

‘Hoe’

Om de meest adequate zorg voor zorgvragers te realiseren gaat het uiteraard niet alleen om het ‘wat’, maar vooral ook om het ‘hoe’. Hoe de taken moeten worden uitgevoerd, wordt in toenemende mate verwoord in de voor de functie (rol of verantwoordelijkheid) benodigde competenties. Er bestaat echter geen eenduidige definitie van het begrip ‘competentie’. Het accent ligt vaak op het vermogen om taken (in een context) adequaat te kunnen uitvoeren. Dat vermogen verwijst dan veelal naar een samenhangend cluster van kennis, vaardigheden, houding en persoonlijkheid. Inhoudelijke kennis (van redenen en achtergronden), kritische reflectie en zelfstandig probleemoplossend gedrag mogen hierbij niet op de achtergrond raken.

Omschrijvingen van competenties

- 1 Competenties zijn een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie. Ze zijn contextueel. Een competentie is afhankelijk van de juiste inschatting en beoordeling van situaties om kennis en vaardigheden op het goede moment en op een goede manier te hanteren. Ze zijn synoniem voor bekwaamheid (uit *Beroepsprofiel van de verpleegkundige* (Leistra e.a., 2000) waarin wordt verwezen naar Grotendorst, 1998).
- 2 Een competentie is een cluster van vaardigheden, attitudes en onderliggende kenniselementen dat iemand in staat stelt om die taken te verrichten die een belangrijk bestanddeel uitmaken van een functie of rol (Parry, 1996).
- 3 Een competentie is de omschrijving van kennis, vaardigheid of persoonskarakteristiek waardoor de effectieve medewerker zich onderscheidt van een minder effectieve of niet effectieve medewerker (Guiver-Freeman, 2001).
- 4 Een competentie is een persoonskenmerk, beschreven in gedragsmatige termen, dat onderscheidend bijdraagt aan succesvol functioneren en daarmee aan het realiseren van de organisatiedoelen (Van der Heijden e.a., 2001).
- 5 Competent noemen we iemand die de bekwaamheid heeft om een taak goed te verrichten. Voor een competente uitvoering is het nodig te beschikken over (vak)kennis en vaardigheden. Deels zijn deze vaardigheden vakinhoudelijk van aard. Er zijn echter ook algemene vaardigheden zoals communicatievaardigheden, sociale vaardigheden of projectvaardigheden. Verder zijn houdingsaspecten van belang: de wil om de taak te verrichten, belangstelling, gemotiveerdheid, zorgvuldigheid en aandacht voor veiligheid. Ten slotte spelen ook persoonlijkheidskenmerken een rol. Het geheel noemen we een competentie (of bekwaamheid) om een taak uit te voeren (Nedermeijer & Pilot, 2000).
- 6 Competentie is een combinatie van kennis, vaardigheden (inzicht) en attitude die een organisatie (nodig) heeft om via de primaire processen de organisatiedoelen te realiseren (Volz & Aalbers, 1998).
- 7 Als beschrijving van een beroepscompetentie kiezen we: het vermogen en de wil van een persoon om effectief gedrag in een werksituatie te tonen. De competenties zijn de onderliggende kenmerken die het succes bepalen dat iemand heeft in de rol van zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Competentiebeschrijvingen moeten bevatten:
 - een beschrijving van de werksituatie;
 - een beschrijving van gedrag;
 - een criterium voor de effectiviteit van het gedrag (Pool e.a., 2001).

Essentieel is bij competenties dat de verschillende elementen zoals kennis, vaardigheid, houding en persoonlijkheid een samenhangend geheel vormen en *in samenhang nodig zijn* om de taak goed uit te voeren.

Tussenvraag 1.3

Margriet Guiver-Freeman (2001, p. 27–29) noemt een groot aantal mogelijke competenties. Deze variëren overigens behoorlijk in abstractieniveau, en daardoor ook in reikwijdte.

Kies samen met een medestudent een taak (of rol) van een verpleegkundige en schets bondig de context. Benoem vervolgens individueel welke ‘competenties’ je nodig hebt om de taak adequaat uit te voeren.

aanpassingsvermogen	innoverend vermogen	planmatigheid
accuratesse	interdisciplinair samen-	praktisch inzicht
adviesvaardigheid	werken	presenteren
ambitie		prestatiegerichtheid
analytisch vermogen	kennisoverdracht	proactiviteit
	kwaliteitsbewustzijn	probleemoplossing
		professionaliteit
beheersen van...		
behulpzaamheid	leidinggeven	
benaderbaarheid	lesgeven	reflectief vermogen
besluitvaardigheid	lichaamstaal	rekenvaardigheid
betrouwbaarheid	liefdevol	relativeren
	luisteren	representativiteit
coachen		risicobeheersing
communicatie-	marktgerichtheid	rust
vermogen	methodisch werken	
competitieve instelling	modegevoel,	samenwerking
coördinerend vermogen	goede smaak	scholingsbereidheid
creativiteit	moed	schriftelijke communi-
	multicultureel	catie
delegeren	bewustzijn	sensitiviteit
documenteren	multidisciplinair	servicegerichtheid
doelgerichtheid	werken	signaleren
dominantie		standaardiseren
doorzettingsvermogen	nieuwsgierigheid	stressbestendigheid
		technische kennis
empathie	omgevingsbewustzijn	
empowerment	onderhandelings-	vaardigheid in omgaan
evenwichtigheid	vaardigheid	met apparatuur
	ondernemerschap	veranderingsgezindheid
flexibiliteit	oplettendheid	verbanden zien
	opvoedend	visie
geduld	ordelijkheid	vreemde talen
	organiseren	
handigheid	overtuigingskracht	zelfbeeld
	overzien van bedrijfs-	zorgvuldigheid
implementeren	processen	zorgzaamheid
initiatief		

Vergelijk jouw lijst met die van een medestudent. Bediscussieer ze en probeer tot een gezamenlijke competentie top-10 te komen. Beargumenteer plenair waarom de gekozen ‘competenties’ belangrijk zijn. Ga vervolgens bij jezelf na of je beschikt over de competenties die plenair belangrijk worden gevonden. Bedenk tot slot manieren om de gewenste competenties te ontwikkelen of naar een hoger niveau te brengen.

■ ■ ■ 1.1.3 Relaties tussen taakgebieden en competenties

Ongedeeld beroepsprofiel

Afhankelijk van factoren zoals het werkveld, de zorgvraag, het zorgaanbod of het niveau van deskundigheid kunnen bepaalde taken en competenties meer of minder gewicht in de schaal leggen. 'Voor de beroepsuitoefening betekent dit dat het beroep zich manifesteert in diverse configuraties van kerntaken en competenties. Aangezien er wordt uitgegaan van één *ongedeeld beroepsprofiel* en er tevens recht gedaan wordt aan de veelvormigheid in de praktijk, is bij de beschrijving van de competenties gekozen voor een brede insteek. De competenties zijn in een breed spectrum beschreven. De mate waarin een verpleegkundige over een competentie beschikt, zal echter kunnen verschillen' (Leistra e.a., 2000, p. 20).

Beroepsuitoefening is uiteraard ook afhankelijk van het talent van de individuele verpleegkundige. Talenten zijn de gedragsmatige uiting van begaafdheden van een individu en dus de mate waarin de verpleegkundige voldoet aan het voor de functie gewenste competentieniveau (vgl. Van der Heijden e.a., 2001, p. 103). De focus ligt op de persoon.

Tussenvraag 1.4

Bij welke taakgebieden horen de onderstaande competenties? Gebruik figuur 1.1.

De verpleegkundige kan:

- 1 het verzamelen van gegevens aanpassen aan de omstandigheden van de zorgvrager, het doel van de zorgverlening en de aard van de problematiek;
- 2 de samenhang en wisselwerking van de problematiek analyseren en hierin prioriteiten aangeven; waar nodig kan de verpleegkundige de problematiek van de zorgvrager herbenoemen, zodat de problematiek toegankelijk wordt voor beïnvloeding;
- 3 de mogelijkheden en vermogens van de zorgvrager en zijn context inschatten;
- 4 de beoogde resultaten formuleren, waarbij ze rekening houdt met de condities waaronder, de termijn waarop en de weg waarlangs dit gebeurt;
- 5 de keuze voor bepaalde interventies beargumenteren;
- 6 vitale functies bewaken;
- 7 het zorgproces tussentijds en na afloop evalueren;
- 8 de beoogde resultaten herformuleren indien de situatie verandert, oftewel het verpleegplan bijstellen.

■ ■ ■ 1.2 Gemeenschappelijke basis

In paragraaf 1.1 is gebleken dat de praktijk grillig en divers is. Ondanks de grote diversiteit die je in de praktijk kunt aantreffen, zul je als (beginnend) verpleegkundig beroepsbeoefenaar in alle zorgsituaties aan de slag kunnen. Om dit te realiseren zullen we de werkelijkheid toch

enigszins beheersbaar maken, door op zoek te gaan naar gemeenschappelijke elementen. Gelukkig zijn die er. Ondanks de verscheidenheid aan werkplekken, de veelsoortige omstandigheden die verpleegkundige aandacht vereisen en de verschillende accenten in behandeling is er een gemeenschappelijk fundament: de methode van werken. Die methode is gebaseerd op *verpleegkundige kennis*. Naast de methode zullen we ook proberen het gemeenschappelijke in de vraag naar verpleegkundige zorg te omschrijven.

■ ■ ■ 1.2.1 Gemeenschappelijke methode

Als je momentopnamen zou maken van het verpleegkundig handelen rondom René, kan een chaotisch beeld ontstaan. Je ziet een verpleegkundige bevragen, inspecteren, observeren, meten, informeren, adviseren, steun bieden of medicamenten toedienen. Bij nadere bestudering blijkt echter dat in deze handelingen samenhang zit. Het is geen aaneenschakeling van ad-hoc besluiten. Integendeel, planmatigheid is van groot belang. De verpleegkundige tracht weloverwogen te werken. Dit kan inzichtelijk worden gemaakt door het onderscheiden van acht componenten, namelijk:

- 1 gegevens verzamelen;
- 2 diagnose stellen;
- 3 prognose bepalen;
- 4 resultaat stellen;
- 5 interventie selecteren;
- 6 interventie uitvoeren;
- 7 resultaat evalueren;
- 8 modificeren of stoppen.

Deze acht componenten zijn als het ware bakens in het primaire proces, oftewel het hulpverleningstraject. Dit hulpverleningstraject krijgt vorm in *intensieve interactie* met de patiënt. In de terminologie van het beroepsprofiel kun je zeggen dat het om zorgvragergebonden (of patiëntgebonden) kerntaken gaat (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3 **Zorgvragergebonden taken in relatie tot de acht componenten**

Taakgebied	Componenten
A Vaststellen van de benodigde zorg	1 Gegevens verzamelen 2 Diagnose stellen 3 Prognose bepalen
B Plannen van zorg	4 Resultaat stellen 5 Interventie selecteren
C Uitvoeren van zorg	6 Interventie uitvoeren
D Evalueren van zorg	7 Resultaat evalueren 8 Modificeren of stoppen

We lichten de acht componenten toe:

Ad 1 Gegevens verzamelen

Het doel is om een soort gegevensbank te creëren van waaruit gedurende het gehele hulpverleningstraject geput kan worden. Deze gegevensbank moet uiteraard up-to-date zijn. Het verzamelen van gegevens is dan ook een continu proces.

Ad 2 Diagnose stellen

Bij deze component gaat het erom tot een verpleegkundige diagnose te komen. Bij het stellen van een diagnose tracht de verpleegkundige zo nauwkeurig mogelijk relevante facetten van de actuele gezondheidstoestand te omschrijven. Bij deze omschrijving volgt ze een vaste structuur. Ze noteert eerst het *gezondheidsprobleem* (het *label*; bijvoorbeeld gestoorde impulscontrole en zelfbeschadigend gedrag) en daarna de factoren die dit gezondheidsprobleem beïnvloeden, veroorzaken of instandhouden (bijvoorbeeld verandering van omgeving, afname van intelligentie of angst), de zogenaamde *gerelateerde factoren*. Bij het vaststellen van het gezondheidsprobleem (label) baseert de verpleegkundige zich op haar eigen bevindingen en de ervaringen van de patiënt, zoals pijnklachten. In Engelstalige literatuur wordt vaak gesproken van 'signs' en 'symptoms'. 'Signs' verwijzen naar tekenen die door de verpleegkundige geobjectiveerd kunnen worden en 'symptoms' naar de subjectieve ervaring (uitingen, klachten) van de patiënt.

Gezondheidsprobleem

Gerelateerde factoren

Signs en symptoms

Ad 3 Prognose bepalen

Verpleegkundigen proberen zich ook een beeld te vormen over de prognose. Het gaat hierbij om een voorspelling over het *waarschijnlijke verloop*. Deze informatie is van belang om te komen tot het formuleren van adequate beoogde resultaten, interventies en evaluaties. Er worden onder meer gegevens over onderliggende mechanismen van het gezondheidsprobleem, therapeutische mogelijkheden en sterke kanten van een patiënt geanalyseerd.

Waarschijnlijk verloop

Ad 4 (Beoogd) resultaat stellen

Het vaststellen van het beoogde resultaat is een belangrijk *stuuringsmechanisme* in het hulpverleningstraject. Het geeft inzicht in de doelen; interventies kunnen erop afgestemd worden en de uiteindelijke uitkomsten zijn beter te beoordelen.

Sturingsmechanisme

Ad 5 Interventie selecteren

Hoewel bij de voorgaande componenten waarschijnlijk al een globale indruk is ontstaan over de benodigde verpleegkundige interventie, wordt nu doelbewust gekozen.

Ad 6 Interventie uitvoeren

Aan de uitvoering van de interventie komt óók denkwerk te pas. Denk bijvoorbeeld aan de keuze van het moment, de duur en de intensiteit.

Ad 7 Evalueren

Het product en het proces van het traject worden geëvalueerd. Feitelijke resultaten worden met beoogde resultaten vergeleken.

Ad 8 Modifieren of stoppen

Evaluatie kan argumenten geven om de verpleegkundige hulpverlening te wijzigen. Zo kan bijvoorbeeld een andere interventie worden

gekozen en uitgevoerd. Het is uiteraard ook mogelijk dat de feitelijke zorgverlening ongewijzigd doorgaat, maar dat uitsluitend een verlenging plaatsvindt van de termijn waarbinnen de resultaten nagestreefd worden. Als in het geheel geen modificatie nodig is (de beoogde resultaten zijn behaald), wordt de hulpverlening afgesloten.

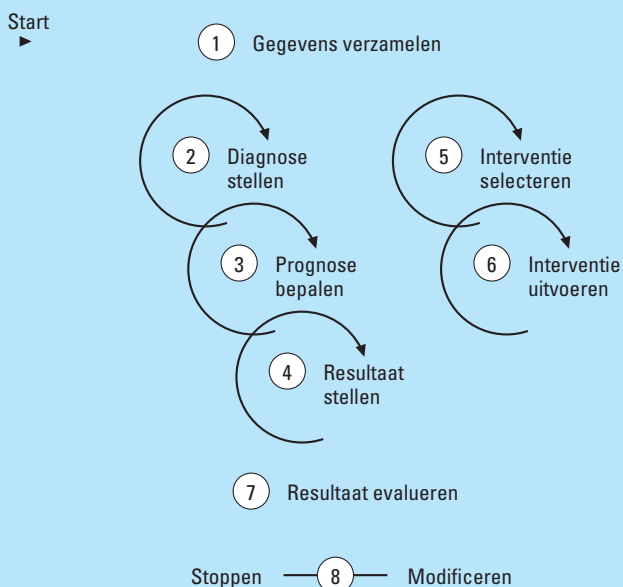
Tussenvraag 1.5

Analyseer voor jezelf een afgebakende periode waarin je te maken hebt gehad met een hulpverlener. Kies een kort hulpverleningscontact: zoals een bezoek aan een huisarts of tandarts. Ga na of het handelen van de betrokken hulpverlener te beschrijven is in termen van de acht componenten.

Je kunt de acht componenten in enge en in ruime zin opvatten. Bij het achtcomponententraject in enge zin gebruik je het als methode om een *afgebakend probleem* op te lossen. In ruime zin vormen de componenten een route voor een compleet hulpverleningstraject. In beide perspectieven is het essentieel om de acht componenten niet als een statisch geheel te zien. Het zijn als het ware acht draaiende panelen, die samen als één geheel zijn te zien (zie figuur 1.2). Het is een *model*. De complexe praktijk is dus gereduceerd om inzicht te bevorderen en informatie te ordenen.

Model

Figuur 1.2 Het achtcomponententraject als samenstel van cycli



Bron: Van der Brug & Van Mourik, 1995

Afzonderlijke processen

Het gaat dus om *afzonderlijke processen*, die tezamen als één geheel op te vatten zijn. In dit boek is het de bedoeling deze afzonderlijke processen in detail te bestuderen, zonder het geheel uit het oog te verliezen. Eén voor één worden de componenten onder de loep genomen, maar er wordt tegelijkertijd gewezen op de onderlinge verbanden.

■ ■ ■ 1.2.2 Gemeenschappelijk aandachtsgebied

De gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorg is:

- het bevorderen en instandhouden van gezondheid;
- het voorkomen van ziekte en handicap;
- het bijdragen aan genezing en herstel van ziekte;
- het verlichten van lijden en ongemak.

Bron: NRV, 1988

Aanbod

Verpleegkundigen die werkzaam zijn in verschillende settings hebben niet alleen een gemeenschappelijke methode van werken. Er is ook een gemeenschappelijk aandachtsgebied.

In de wirwar van variabelen die het *aanbod* van verpleegkundige hulp bepalen, is er echter altijd een constante, namelijk: gezondheid. De situaties waarin verpleegkundigen hun beroep uitoefenen, hebben vrijwel altijd te maken met *gezondheid*. In deze situaties worden verpleegkundigen geconfronteerd met een veelheid van factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden. Hierbij valt te denken aan biologische, psychologische, socioculturele, door de ontwikkeling bepaalde, door de behandeling gestuurde, persoonlijke en omgevingsbepaalde factoren. Dergelijke factoren kunnen *gezondheidsproblemen* tot gevolg hebben die verpleegkundige tussenkomst wenselijk maken.

Tussenvraag 1.6

Beschrijf kort een situatie waarin je niet kon voldoen aan maatschappelijke verplichtingen zoals naar school of naar je werk gaan in verband met gezondheidsproblemen. Ga vervolgens na met welke factoren deze gezondheidsproblemen te maken hebben.

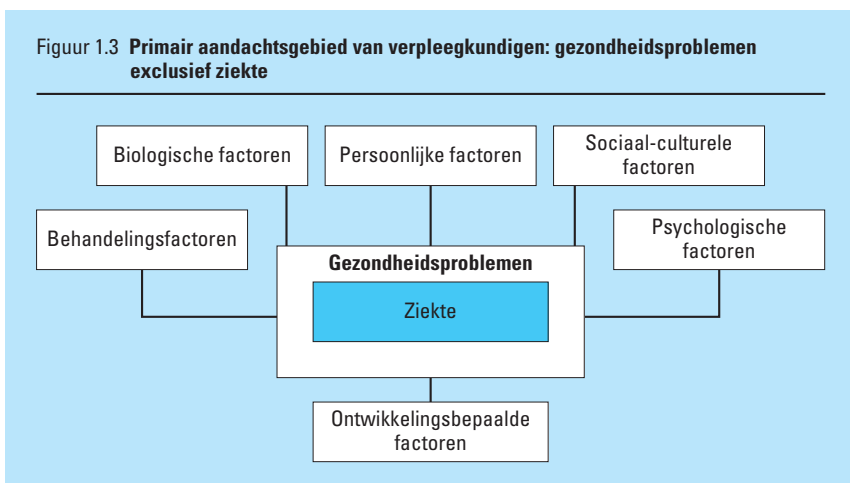
Het feit dat vaak diverse factoren zijn te onderscheiden in een situatie waarin gezondheid in het geding is, neemt overigens niet weg dat de *directe aanleiding* voor contact met een instelling/hulpverlener in de gezondheidszorg doorgaans wel tot één factor te herleiden is.

Casus 1.1

Frank Maatman leidt al jarenlang een leven gekenmerkt door stevig roken, vet eten, excessief drinken en gejaagdheid, met in het verlengde daarvan: frustraties, irritaties en verstoorde relaties. Partner, burens en ondergeschikten hebben al vele vergeefse pogingen gedaan om zijn lichamelijke conditie, gedrag en persoonlijkheid te interpreteren en te beïnvloeden. Als Frank Maatman een hartinfarct krijgt is dit het eerste directe contact met de gezondheidszorg: ziekenhuisopname en dus contact met verpleegkundigen en andere hulpverleners.

Om het aandachtsgebied van de verpleegkundige af te grenzen van andere beroepsbeoefenaren, zou een algemeen geaccepteerde definitie van ‘verplegen’ uitkomst kunnen bieden. Een complex verschijnsel als verpleging laat zich echter niet eenvoudig in een definitie vangen. Zeker niet in een definitie die zowel binnen als buiten de verpleging op brede steun kan rekenen. Opvattingen over de verpleegkunde zijn deels ook afhankelijk van de tijdgeest en de maatschappelijke omstandigheden. Er zijn talloze definities in omloop. Veel tijd en energie van theoretici en beleidsmakers is gaan zitten in pogingen om de essentie van de discipline vast te stellen. Volledige overeenstemming hierover is echter nog steeds niet bereikt. De discussie wordt hier niet overgedaan of afgerond. Dit zou voorbijgaan aan de bedoeling van dit boek.

Wat wij wel proberen, is aan te geven waar de verpleegkundigen zich in de praktijk doorgaans op richten. We doen met andere woorden een poging om het primaire aandachtsgebied van verpleegkundigen aan te geven, zie figuur 1.3.



Gezondheidsproblemen

Verpleegkundigen richten zich op *gezondheidsproblemen*. Dit is echter niet specifiek genoeg.

‘Gezondheidsproblemen’ vatten wij in dit boek ruim op. De term omvat aandoeningen, ziekte (acuut of chronisch), letsel, trauma, veroudering, stress, erfelijke afwijkingen, stoornissen, beperkingen, participatieproblemen (handicaps), lijden, gebrek, ongemak, afwijkende reacties en bestaansproblemen.

Ook artsen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten houden zich bezig met gezondheidsproblemen. Anders gezegd: het discriminerend vermogen is te gering. Daarom perken we het centrale aandachtsgebied verder in. Deze inperking is overigens afhankelijk van maatschappelijke, technologische, demografische, economische en politieke ontwikkelingen. Vaak wordt een belangrijke groep gezondheidsproblemen die in de geneeskunde centraal staat echter uitgesloten: *ziekte*. Verpleegkundigen richten zich dus doorgaans op gezondheidsproblemen, maar het accent ligt niet op ziekte.

Ziekte

Casus 1.2

Femke heeft ruim twee weken onverklaarbare koorts. Bloedonderzoek, urineonderzoek en lichamelijk onderzoek bij de huisarts geven geen duidelijkheid. Ze wordt opgenomen in het plaatselijke ziekenhuis. Voor haar is het de eerste keer. De internist vertelt haar dat hij de onderzoeken van de huisarts zal herhalen, maar nu uitgebreider. Als dat geen uitsluitel geeft, zullen röntgenologische onderzoeken plaatsvin-

den. 'Dan weten we vast al veel meer. Mochten we nog steeds onvoldoende informatie hebben, dan zoeken we gewoon verder met andere apparatuur, maar zover is het nog niet', aldus de internist. Femke is door die weken koorts echter erg vermoeid geraakt. Ook de onzekerheid knaagt aan haar. Ze ziet op tegen de onderzoeken en denkt steeds vaker dat ze een ernstige ziekte onder de leden heeft. Soms denkt ze een tumor te hebben en betast omzichtig haar lichaam op zoek naar afwijkingen. Ze wordt steeds angstiger.

Actuele gezondheidstoestand

In het geval van Femke is de oorzaak van de koorts niet bekend. Dit is geen uitzondering. Vaak is de medische diagnostiek nog niet rond bij opname in een ziekenhuis. Desondanks wordt een verpleegkundige geconfronteerd met het actuele lijden van de patiënt. Vaak zal ze al moeten interveniëren. De *actuele gezondheidstoestand* van Femke kenmerkt zich door: koorts, vermoeidheid en angst. Deze gezondheidsproblemen vormen het aandachtsgebied voor de verpleegkundige. Hoewel de actuele gezondheidstoestand ook voor de arts van belang is, staat deze minder centraal. Voor artsen vormt de actuele gezondheidstoestand veelal het beginpunt van hun diagnostiek. Voor verpleegkundigen is de actuele gezondheidstoestand vooral een *aangrijpingspunt* waarop hun zorgverlening afgestemd wordt. In het geval van Femke zullen verpleegkundigen de negatieve effecten van koorts proberen te verminderen, adviezen geven om de beschikbare energie zo gunstig mogelijk te verdelen en de angst trachten te reduceren. Artsen zullen vooral naar het verloop van de temperatuur vragen en de mate van vermoeidheid willen weten om te achterhalen wat de oorzaak is. Als ze weten wat het onderliggende ziekteproces is, zullen ze dit trachten te behandelen.

Aangrijpingspunt

Ook als de medische diagnostiek rond is, blijft voor verpleegkundigen de actuele gezondheidstoestand van belang. Stel dat het vermoeden van Femke juist is. Uit de onderzoeken blijkt dat ze een kwaadaardige tumor heeft. De arts richt zich op de behandeling en stelt chemotherapie voor. De verpleegkundige richt zich niet primair op de bestrijding van de tumor, maar op de *gezondheidsproblemen* die met de tumor en behandeling samenhangen. Concreet richt de verpleegkundige zich meer op (bedreigingen van) de actuele gezondheidstoestand. Chemotherapie kan namelijk allerlei nare bijwerkingen geven zoals: misselijkheid, braken, diarree, schade aan het mondslimvlies en haaruitval. Deze gezondheidsproblemen vereisen verpleegkundige tussenkomst. Neem bijvoorbeeld haaruitval. Dit kan het zelfbeeld enorm aantasten. Voor verpleegkundigen zal dit aanleiding zijn om het zelfbeeld juist op een subtiele wijze te versterken. Begeleiding van en advies aan naasten kan hierbij een onderdeel zijn.

Het volgende fragment komt uit de roman *Turks fruit* (1969) van Jan Wolkers, een liefdesgeschiedenis tussen Olga en een beeldhouwer (de ik-figuur). Olga heeft een hersentumor, de behandeling omvat onder meer chemotherapie. Als gevolg daarvan wordt ze kaal. Haar zelfbeeld loopt deuken op.

Door een pruik wordt het zelfbeeld weer enigszins opgepoetst. De kaalheid is te verbergen door de pruik, maar de sporen die de ziekte nalaat, zijn slechts ten dele uit te wissen.

‘Voor het einde van dat jaar was ze helemaal kaal. Het stond haar eigenlijk wel goed zoals ze nu was. Een halfdebiele almoeder die lijkt te lachen omdat ze halfblind is. Maar zij vond het verschrikkelijk. Ze wist niet waar ze blijven moest. Iedere keer als ik kwam had ze wel het kussen achter haar hoofd eroverheen willen trekken. Daarom kocht ik, nadat ik er met de dokter over gesproken had, een pruik voor haar. Ik leende er zeshonderd gulden voor die ik pas een jaar na haar dood heb kunnen terugbetalen. Hij was iets vuriger rood dan haar vroegere haar. Dolgelukkig was ze ermee. De eerste middag dat ze hem ophad, zat ze aan één stuk door aan haar hoofd te voelen.’

Voor verpleegkundigen staan gezondheidsproblemen centraal, maar ze richten zich in eerste instantie niet op de ziekte. Ziekten kunnen wel van invloed zijn op het ontstaan van het gezondheidsprobleem waar de verpleegkundige haar aandacht primair op richt. Neem *beperking in de lichamelijke verzorging*. Dit is een gezondheidsprobleem waar een verpleegkundige wat aan kan doen. Het is verpleegkundig relevant. De beperking in de lichamelijke verzorging is mogelijk een *gevolg* van of wordt beïnvloed door een ziekte zoals reumatische artritis. Ziekte is een type gezondheidsprobleem dat consequenties kan hebben voor andere gezondheidsproblemen.

Gevolg

Tussenvraag 1.7

Beargumenteer of onderstaande problemen primaire aandacht van verpleegkundigen vereisen.

schizofrenie	armoede	roekeloos rijgedrag
zelfmutilatie	beperking in de werkroutine	pijn bij borstvoeding
geluidsoverlast op werkvloer	spina bifida	gebroken pink
bedplassen	vrees voor de hel	blindheid
milieuvervuiling	verwarring seksuele identiteit	stigmatisering
impotentie	overmatige zelfkritiek	verveling

Een ruwe grens met het terrein van medici is nu getrokken. Een onomstreden afbakening is waarschijnlijk niet mogelijk. Het is ook de vraag of dat nodig is. Een afgrenzing van paramedici is nog lastiger. De gezondheidsproblemen waar verpleegkundigen en paramedici zich op richten, vertonen veel overlap. Het verschil ligt vooral in de reikwijdte en diepgang van het aandachtsgebied. Verpleegkundigen zijn meer te beschouwen als *generalisten*, terwijl paramedici in zekere zin meer specialisten zijn. Zij houden zich doorgaans *intensiever* bezig met een *beperkter* aantal gezondheidsproblemen. Bij fysiotherapeuten zijn dit vooral stoornissen van het bewegingsapparaat, bij ergotherapeuten beperkingen in vaardigheden als gevolg van stoornissen van het bewegingsapparaat en diëtisten houden zich bezig met voedingsproblemen.

Generalisten

Tussenvraag 1.8

Neem een werkplek in gedachten (bijvoorbeeld ziekenhuis, consultatiebureau, GGZ, school, bedrijf, polikliniek, methadonbus). Probeer te omschrijven:

- met welke gezondheidsproblemen je op die werkplek te maken kunt krijgen;
 - aan welke gezondheidsproblemen je vooral aandacht zou geven.
-

In de openingscasus van René kan het tongbijten als een gezondheidsprobleem worden beschouwd. Het tongbijten veroorzaakt echter ook weer andere gezondheidsproblemen zoals pijn en bloedingen. Tongbijten beïnvloedt voorts de voedsel- en vochtopname en geeft risico voor infectie. Zo wordt duidelijk dat de verpleegkundige praktijk veelzijdig is en complex kan zijn. Er kunnen zich immers diverse gezondheidsproblemen voordoen die ieder op zich samenhangen met een breed spectrum aan factoren. De omvang van het aandachtsgebied geeft een indicatie van de benodigde verpleegkundige kennis. In de volgende paragraaf nemen we die kennis nog eens onder de loep.

Het zal duidelijk zijn dat methodische vaardigheden en kennis van groot belang zijn om te identificeren:

- welke gezondheidsproblemen relevant zijn voor de verpleegkundige;
- welke gezondheidsproblemen primair de aandacht opeisen;
- welke factoren met gezondheidsproblemen samenhangen;
- welke tussenkomst van de verpleegkundige het meest geschikt is.

■ ■ ■ 1.3 Kenmerken van verpleegkundige kennis

De verpleegkundige praktijk kent vele verschijningsvormen. De ene keer is die voorspelbaar en eentonig, dan weer wordt die gekenmerkt door dynamiek, veelzijdigheid en onvoorspelbaarheid. Verpleegkundigen moeten besluiten nemen in uiteenlopende omstandigheden. Dit stelt eisen aan de verpleegkundige attitude, vaardigheden en kennis. De verpleegkundige kennis moet omvangrijk, verantwoord, actueel en (indien nodig) snel beschikbaar zijn.

■ ■ ■ 1.3.1 Aard en omvang

De verpleegkundige kennis bestrijkt een groot gebied. Binnen dit gebied kunnen de volgende deelgebieden onderscheiden worden:

- a de gezondheidsproblemen waar de verpleegkundige zich op richt;
- b de interventies van de verpleegkundige om de gezondheidsproblemen te voorkomen, dragelijk te maken, te verminderen of op te heffen;
- c de karakteristieken van het hulpverleningsaanbod;
- d de maatschappelijke context waarin de beroepsmatige arbeid plaatsvindt.

Ad a Gezondheidsproblemen

De verpleegkundige richt zich primair op gezondheidsproblemen (exclusief ziekte) van het individu, het gezin of de gemeenschap. Zoals het

voorbeeld van René laat zien, bestrijken gezondheidsproblemen een breed gebied: voedingsproblemen, taalstoornissen, het hanteren van driftbuien en zo verder.

Doorgaans zijn niet alle gezondheidsproblemen even actueel. Veelal wordt de verpleegkundige zorg primair op enkele *gezondheidsproblemen* gericht. Deze gezondheidsproblemen kunnen echter door een breed scala van *gerelateerde factoren* worden beïnvloed. Die factoren vormen gezamenlijk het onderliggende mechanisme voor het ontstaan, voortbestaan of de afname van het gezondheidsprobleem waarop de aandacht is gericht. Om adequate verpleegkundige interventies te kiezen, heeft de verpleegkundige kennis nodig van deze gerelateerde factoren. De *ervaringen* van de patiënt (zoals klachten) en *bevindingen* van de verpleegkundige kunnen de aanwezigheid van het gezondheidsprobleem aannemelijk maken. Het zijn als het ware indicatoren voor de aanwezigheid van een bepaald gezondheidsprobleem.

Voor de verpleegkundige is het van belang te weten welke klachten en welke bevindingen verwijzen naar het gezondheidsprobleem. Daarnaast moet zij weten hoe verschijnselen te objectiveren zijn. Voor het vaststellen van de bloeddruk moet de verpleegkundige op de hoogte zijn van de verschillende procedures om bloeddruk te meten en hun betrouwbaarheid. Daarnaast is kennis vereist om de uitkomsten van de metingen te interpreteren. Om de subjectieve ervaring, de klachten van de patiënt (*symptoms*) te achterhalen, zal de verpleegkundige over sociale vaardigheden moeten beschikken die voor een groot deel een afspiegeling zijn van psychologische en psychopathologische inzichten. *Zelfreflectie* is in dit kader ook van belang. Een belangrijke vraag is: 'zijn de (afwezigheid van) uitingen van de patiënt niet totstandgekomen als reactie op het handelen van de verpleegkundige?' Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een patiënt niet durft te klagen, geen kans krijgt om te klagen of zijn klacht vertekend presenteert om gehoord te worden.

Ad b Interventies

Bij het selecteren van een interventie is het van belang rekening te houden met (wetenschappelijke) theorievorming en empirisch onderzoek. Literatuur moet kritisch worden bestudeerd. Om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren, is verdere rationalisatie van het verpleegkundig handelen wenselijk. Kennis is nog vaak te eenzijdig gebaseerd op intuïtie, traditie, toepassing van eigen inzichten en niet-systematische observaties uit eigen klinische ervaring.

Daarnaast moeten verpleegkundigen uiteraard ook op de hoogte zijn van de huidige wettelijke eisen ten aanzien van handelingen die *voorbehouden zijn* aan in de *Wet BIG* (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) bevoegd verklaarde beroepsbeoefenaren: de voorbehouden handelingen.

Ad c Karakteristieken hulpverleningsaanbod

Het is niet alleen noodzakelijk dat een verpleegkundige weet wat haar eigen professionele rol inhoudt, maar het is ook van belang dat zij op de hoogte is van professionele rollen van verwante disciplines. Identificatie van gezondheidsproblemen en gerelateerde factoren, en de selectie van verpleegkundige interventies hierbij, vereisen niet alleen domeinspecifieke, maar ook *domeinoverstijgende kennis*. Een verpleegkundige moet kunnen beoordelen of zij de hulpvraag van de patiënt (volle-

Gerelateerde factoren

**Ervaringen/
bevindingen**

Zelfreflectie

Wet BIG

**Domeinoverstijgende
kennis**

dig) kan beantwoorden, of dat ze beter kan verwijzen naar bijvoorbeeld een medicus, fysiotherapeut, geestelijke of maatschappelijk werker. Het is voor de verpleegkundige daarom van belang dat zij kennis heeft van de gezondheidsproblemen die binnen deze disciplines centraal staan, de behandelingsmethoden die toegepast worden en de organisatorische inbedding ervan. In bovenstaande opsomming ligt besloten dat het wenselijk is dat hulpverleners elkaars vaktaal begrijpen.

Naast kennis van aanpalende disciplines is het gewenst dat verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van de karakteristieken van het aanbod aan gezondheidszorg in de omgeving. In paragraaf 1.1 is reeds beschreven dat iedere beroepspraktijk zo zijn eigen karakter, doelen en accenten heeft. Steeds vaker vindt aan het einde van een hulpverleningstraject weer diagnostiek plaats om een gepast vervolgtraject te adviseren. Voor een gestroomlijnde overgang van de ene voorziening naar de andere is kennis nodig van elkaars terminologie, aandachtsgebied, deskundigheid, opnamecapaciteit, opnamebeleid, werkwijze enzovoort.



Ad d Maatschappelijke context

Zorgbeleid

Zorgbeleid wordt voor een groot deel bepaald door maatschappelijke ontwikkelingen. Om het beleid binnen de zorg te kunnen plaatsen, zal een verpleegkundige daarom oog moeten hebben voor ontwikkelingen, normen en waarden in de maatschappij. Zo kunnen demografische, methodologische, technologische en politieke ontwikkelingen het zorgbeleid direct beïnvloeden. De toename van de gemiddelde levensduur en chronische ziekten heeft effecten op de hulpvraag, methodologische ontwikkelingen binnen de epidemiologie hebben consequenties voor de collectieve preventie, technologische vooruitgang brengt meer diagnostische en curatieve mogelijkheden met zich mee. Gezondheidsethische vraagstukken dringen zich hierdoor soms sterker op. De terugtrekkende overheid, beperkte middelen (schaarste), de informatisering en de internationalisering zijn zomaar een greep uit de maatschappelijke actualiteiten die de verpleegkundige zorg direct of indirect beïnvloeden.

Verpleegkundige zorg wordt voornamelijk betaald uit collectieve gelden. De maatschappelijke bereidheid hiervoor kan alleen blijven bestaan als de inhoud en de vorm van de dienstverlening aansluiten bij de maatschappelijke context. 'Wat de dokter zegt is wet' heeft flinke deuken opgelopen. Bevelsstructuren hebben plaatsgemaakt voor onderhandelingsstructuren met toenemende mondigheid en keuzevrijheid voor patiënten. Beroepsmatig gedrag moet niet conflicteren met de ruimere maatschappelijke context. Daarom is kennis over gezondheidsrecht, gezondheidsbeleid, organisatie, financiering, kwaliteitsdiscussies, beroeps- en arbeidsmarktontwikkeling van groot belang.

Tussenvraag 1.9

Kies een recent nummer van de tijdschriften *Verpleegkunde* en *TvZ, tijdschrift voor verpleegkundigen*. Probeer nu de thema's uit de tijdschriften onder te brengen bij een van de hierboven genoemde rubrieken (gezondheidsproblemen, interventies, karakteristieke hulpverleningsaanbod en maatschappelijke context).

■ ■ ■ 1.3.2 Groei

Doelmatigheid Rationalisatie

Uit bovenstaande is gebleken dat de maatschappelijke context niet alleen van invloed is op de reikwijdte, maar ook op de aard van de benodigde kennis. Zo dicteert de samenleving in zekere zin ook welke wetenschappelijke vragen er gesteld moeten worden. Binnen het huidige politieke klimaat vormt *doelmatigheid* een sleutelbegrip. *Rationalisatie* van verpleegkundig handelen wordt steeds belangrijker. De verpleegkundige kennis zal dan ook constant moeten groeien, vernieuwen en zich verfijnen. Kennis is eerder voorlopig en feilbaar dan definitief en absoluut. Kennis groeit door kritische reflectie op praktijkvoering, theorievorming en empirisch onderzoek. Groei van kennis binnen de verpleegkunde wordt mogelijk gemaakt door verschijnselen in de beroepspraktijk systematisch te benaderen. Hierbij kunnen intuïtie, praktijkinzichten, theorieën en statistische procedures gebruikt worden. Zicht op factoren die van invloed zijn op het gedrag van de patiënt, in ons voorbeeld René, kan slechts worden verkregen door systematische observatie van gedrag en de omgeving waarin dit gedrag voorkomt. Het opstellen van hypothesen op grond van deze observaties, het toetsen van deze hypothesen en vooral het adequaat doorgeven van resultaten, dragen bij aan de verdere uitbreiding van kennis die de basis vormt voor adequate zorgverlening.

■ ■ ■ 1.3.3 Actualiteit

Evidence-based-nursing

In de samenleving wordt in toenemende mate een beroep gedaan op de rationaliteit van het beroepsmatig handelen. De verpleegkundige kennis zal daarom moeten aansluiten bij actuele wetenschappelijke inzichten. Voor *evidence-based-nursing* is het nodig om bij interventies zoals patiëntenvoorlichting, angstreductie en decubituspreventie, gebruik te maken van recent onderzoek. Kennis verouderd immers snel. Het actueel houden van kennis en het op de hoogte blijven van vernieuwingen in eigen en aanverwante vakgebieden vragen om het bijhouden van relevante vakliteratuur. Verder zal een verpleegkundige, in

het kader van de Wet BIG, op de hoogte moeten zijn van in de instelling geldende protocollen.

Enkele evidence-based bronnen

MEDLINE	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez
Cochrane Database	http://www.cochrane.nl
TRIP	http://www.tripdatabase.com/
Effective Health Care bulletins	http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehcb.htm
Bandolier	http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/

■ ■ ■ 1.3.4 Snelle beschikbaarheid

Plotselinge gedragsverandering van een patiënt, zoals een driftbui van René, vraagt om een snelle en adequate reactie. Maar hoe reageer je dan? Vanuit leerpsychologische, systeemtheoretische of pedagogische inzichten? Je wilt de patiënt, zijn omgeving en jezelf optimaal beschermen en de frequentie en intensiteit van de driftbuien laten afnemen. Met welke interventie(s) bereik je deze resultaten? Waaraan geef je prioriteit? Is de interventie theoretisch en wettelijk verantwoord?

Tussenvraag 1.10

Sommige ziekenhuizen hebben een *evidence centre* opgericht, waar cliënci met vragen op een snelle manier worden geholpen.

Verken de mogelijkheden op:

<http://www.med.monash.edu.au/public-health/cce>

of voer een zoekactie uit via internet in een evidence-based databank.

Kennis behoort niet alleen correct opgeslagen te worden, maar moet ook op het juiste moment voorhanden zijn. De veelsoortige vragen van patiënten vereisen een flexibele instelling van de verpleegkundige. Ze moet gemakkelijk van het ene onderwerp naar het andere kunnen overschakelen. Bij onverwachte, kritische incidenten is bovendien de tijd die beschikbaar is om te reageren, beperkt. Onmiddellijke actie is vaak geboden. De daarbij nodige kennis moet daarom snel paraat zijn.

Adequate ordening

Adequate ordening van kennis is dus noodzaak.

Tussenvraag 1.11

Illustreer de constante verandering die zich binnen en rondom de verpleegkunde voltrekt aan de hand van één van de onderstaande manieren:

- Interview een verpleegkundige die minimaal 20 jaar geleden een verpleegkundige opleiding heeft gedaan, over de veranderingen in het vak.
 - Vergelijk gepresenteerde onderwerpen uit een recent nummer van *TvZ, tijdschrift voor verpleegkundigen* met een nummer van bijvoorbeeld 20 jaar geleden.
 - Ga na waaruit een scholing voor 'herintreders' bestaat.
-

■ ■ ■ 1.4 Organisatie van kennis

In deze paragraaf zullen we op tamelijk theoretisch niveau ingaan op de organisatie van kennis. Dat gebeurt net zo abstract als keukenontwerpers praten over de juiste inrichting van keukens. Maar door iets van hun ontwerpprincipes te begrijpen, kun je misschien je eigen keuken handiger inrichten. Ontwerpers van keukens en keukenapparatuur hebben niet alleen een visie op het werken in een keuken, maar maken ook gebruik van (wetenschappelijke) kennis over de logistiek van allerlei processen, zoals koken, afwassen, opbergen, ergonomische inzichten (relatie mens–machine), samenhang van verschillende functies: een keuken moet bijvoorbeeld functioneel/handig zijn, maar ook gezellig (samen eten, koffie drinken, ontmoetingsplaats).

Verpleegkundige kennis

De verpleegkundige praktijk stelt hoge eisen aan de omvang, de inhoud en de beschikbaarheid van de *verpleegkundige kennis*. Deze eisen betekenen dat het noodzakelijk is de verpleegkundige kennis adequaat te organiseren. Adequate organisatie van gegevens of objecten vergemakkelijkt het opslaan en opvragen ervan. Dit wordt zichtbaar in vrijwel elk segment van onze maatschappij: objecten worden geordend opgeslagen, zodat ze ook na enige tijd eenvoudig terug te vinden zijn. Bijvoorbeeld: onze eigen keuken richten we zodanig in dat alles ‘onder handbereik’ ligt; als je in een vreemde keuken moet werken en je kunt de koffie niet vinden, stagneert het vloeiende verloop van ‘het koffie zetten’. Het lijkt opeens alsof je twee linkerhanden hebt en je raakt misschien geïrriteerd: ‘Wat hebben ze het hier onhandig ingericht!’ Andere voorbeelden: het gros van de winkeliers zou binnen de kortste keren failliet gaan als ze hun producten niet zouden ordenen. Wie als bijverdienste wel eens in een supermarkt als ‘vakkenvuller’ heeft gewerkt, weet dat. Er bestaat een ‘wetenschap van vakkenvullen’: het uitgekiend uitstellen van producten zodat ze gekocht worden; zoals dure producten op oog- en grijphoogte, goedkopere producten lager, zodat je je moet bukken. Ook alledaagse gebruiksvoorwerpen weerspiegelen het belang van adequate ordening. Denk bijvoorbeeld aan telefoonboeken, woordenboeken, spoorboekjes, agenda’s, gereedschapskisten of bestekbakken.

Box 1.1 **Telefoonboek: adequate ordening?**

Het nieuwe lettertype en ontwerp van Crouwel voor het telefoonboek (geen gebruik van hoofdletters!), alweer enkele jaren geleden, was misschien esthetisch wel verantwoord, maar bleek in de praktijk volstrekt niet functioneel. PTT Telecom heeft het dan ook bij een volgende versie vervangen. Door de Groninger ontwerper Jan-Kees Schelvis is een nieuw lettertype ontworpen, het gebruik van hoofdletters is opnieuw ingevoerd en de namen zijn vetgedrukt. Door toepassing van deze nieuwe lettertypes en ontwerpprincipes pasten er meer tekens op één regel (naam, adres, postcode en telefoonnummer), terwijl de leesbaarheid en het gebruiksgemak werden verbeterd.

Om te beginnen iets over hoe mensen kennis op verschillende manieren kunnen opslaan. Stel je voor dat het menselijke geheugen een vat was waarin alle theoretische en praktische kennis willekeurig, ongeor-

dend terecht kwam: een stortplaats van kennis en ervaring. Dit zou een regelrechte (milieu)ramp zijn. Er kan dan geen relatie meer worden gelegd met reeds aanwezige kennis of met vergelijkbare praktijksituaties. Willekeurige opslag van kennis en ervaringen is moeilijk toegankelijk, vergelijkbaar met graaien in een vuilnisbelt. Er zou geen koppeling bestaan tussen situaties en gebeurtenissen van dezelfde soort. Iedere situatie lijkt dan volledig uniek. Daar zou een mens gek van worden.

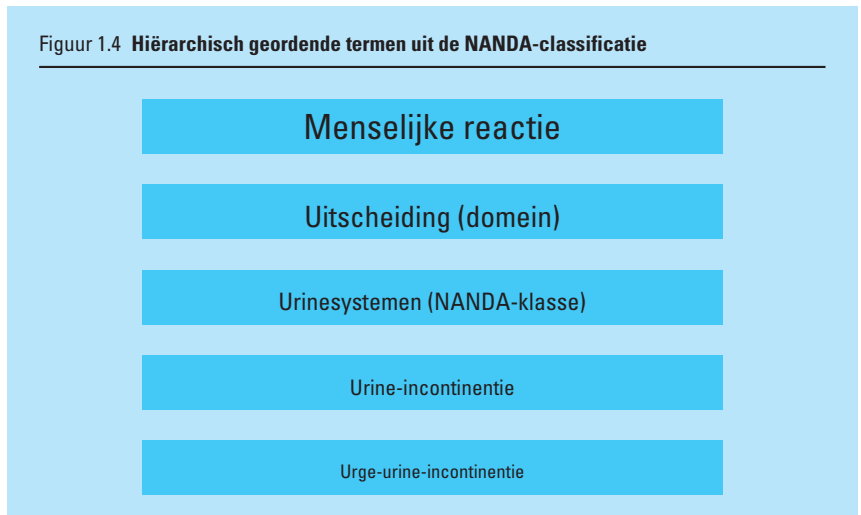
Iedere nieuwe situatie kan op relevante punten overeenstemmen met voorgaande, bekende situaties. Zodra we een situatie herkennen (dat wil zeggen: als 'bekend' interpreteren), weten we wat we moeten doen (gedrag), en dat geeft weer een gevoel van zekerheid. Omgekeerd geldt ook: om te kunnen inzien dat een vertrouwde (gedrags)respons ook geschikt is voor een nieuwe situatie, moeten mensen de beschikking hebben over een manier om situaties te rubriceren, te ordenen. Etiquetteregels werken op deze manier: je zegt 'u' (gedrag) tegen een oudere patiënt (situatie) en 'je' tegen een jongere patiënt. Maar wat is 'oud' (leeftijdscategorie) en wanneer vind je een bepaalde patiënt 'oud' en wanneer switch je van 'u' naar 'je' of omgekeerd? Dat hangt af van jouw interpretatie van 'deze patiënt en deze context'. Het is dus niet zo dat een situatie automatisch gedrag oproept, daar zit een interpretatie tussen: het gaat steeds om de interpretatie, de *definitie van de situatie*. Niet de situatie van de patiënt 'sec' (zo die al bestaat) bepaalt het gedrag van de verpleegkundige, maar haar definitie van de patiënt in zijn situatie. Kennis, de manier waarop kennis is opgeslagen, vaardigheden en taal spelen een cruciale rol bij het interpreteren van situaties en gedrag. Taal vormt een belangrijke ondersteuning bij categorisering en gedrag. Mensen ontwikkelen categorieën (klassen) om aan hun ervaringen zin te geven en ze te onthouden. Hoewel categorisering niet het enige middel is dat mensen ten dienste staat om hun ervaringen te 'beheersen' en later weer te gebruiken, is het wel het belangrijkste.

Het ligt voor de hand dat de mogelijkheden van het geheugen meer tot hun recht komen als informatie systematisch wordt opgeslagen. Nu zijn er allerlei manieren om informatie te ordenen. We staan daar even bij stil. Een ordening heeft pas nut, gebruikswaarde, wanneer het om een adequate, zinvolle ordening gaat. In een bibliotheek blijft het lastig zoeken als boeken consciëntieus geordend zijn volgens het geboortjaar van de auteur, op de kleur van het omslag of op het aantal woorden waaruit het bestaat. Dit zijn nutteloze manieren van ordening – die juist daarom wel weer komisch kunnen zijn, bijvoorbeeld een boekenkast met aparte planken met gele, rode en blauwe boeken... Een doorgaans als zinvol ervaren systematiek is die waarbij informatie in hiërarchisch geordende categorieën (klassen) ondergebracht wordt, zoals in figuur 1.4 staat afgebeeld.

Alle verschijningsvormen van 'urge-urine-incontinentie' zijn vormen van 'urine-incontinentie', alle vormen van 'urine-incontinentie' maken deel uit van het 'urinesysteem', alle 'subsystemen' van uitscheiding vallen onder het domein 'uitscheiding', en tot slot zijn alle 'domeinen' (en alles wat onder die domeinen valt) uiteindelijk 'menselijke reacties'.

Definitie van de situatie

Figuur 1.4 Hiërarchisch geordende termen uit de NANDA-classificatie



Tussenvraag 1.12

Bedenk (of zoek) met een medestudent twee voorbeelden van hiërarchisch geordende categorieën (dieren, planten, voertuigen, snoep) waarbij je om en om een categorie benoemt.

Transitief

We noemen deze relaties *transitief*. Dit wordt zo genoemd omdat uit het feit dat er een relatie tussen x en y en tussen y en z bestaat, volgt dat zij ook tussen x en z bestaat (bijvoorbeeld: Willem III is een voorouder van Juliana, Juliana is een voorouder van Willem-Alexander, dus Willem III is een voorouder van Willem-Alexander).

Symmetrisch

Daarnaast blijkt uit het voorbeeld van de NANDA (figuur 1.1) dat de relaties niet *symmetrisch* zijn. Niet alle 'menselijke reacties' vallen in het domein 'uitscheiding' (er zijn immers ook andere domeinen, zoals voeding, seksualiteit, veiligheid en bescherming) en niet alle vormen van 'urine-incontinentie' zijn 'urge-urine-incontinentie' (denk aan stress-urine-incontinentie en reflexurine-incontinentie). Een dergelijke transitieve, niet-symmetrische relatie vormt een hiërarchische ordeningsstructuur.

Box 1.2 Appels en peren en fruit...

Zijn hiërarchisch geordende klassen gedachtespinsels voor filosofische freaks, of weerspiegelen zij een alledaagse realiteit? Overtuig jezelf door de onderstaande twee eenvoudige proefjes te doen.

Proef 1

Wat is er mis met de volgende zinnen?

- Een man kan zieker zijn dan een mens.
- Krukken zijn minder gevaarlijk dan hulpmiddelen.
- Appels smaken beter dan fruit.
- Een gaas is goedkoper dan een verbandmiddel.

- e Medicijnen werken sneller dan penicilline.
- f Verpleegkundigen zijn intelligenter dan hulpverleners. (naar idee van Miller, 1993)

Bij het lezen van deze zinnen zal er onmiddellijk een gevoel van absurditeit ontstaan. Kennelijk hebben we een ingebouwd gevoel voor een logische ordening van begrippen. Zoals Miller bij de verklaring van het experiment aangeeft: een vergelijking kan niet gebruikt worden om deelklassen met een overkoepelende klasse te vergelijken. Met andere woorden: we vergelijken hier niet appels met peren (wat soms al lastig is), maar appels met fruit (wat absurd is). De absurditeit verdwijnt echter direct wanneer de overkoepelende klasse wordt ingeperkt met behulp van het woord *ander*. Van overlap tussen klassen is dan niet langer sprake, zoals uit de zinnen van proef 2 blijkt:

Proef 2

Waarom worden onderstaande zinnen als minder absurd ervaren?

- aa Een man kan zeker zijn dan een ander mens.
- bb Krukken zijn minder gevaarlijk dan andere hulpmiddelen.
- cc Appels smaken beter dan ander fruit.
- dd Een gaas is goedkoper dan een ander verbandmiddel.
- ee Andere medicijnen werken sneller dan penicilline.
- ff Verpleegkundigen zijn intelligenter dan andere hulpverleners. (naar idee van Miller, 1993)

De zinnen uit proef 2 worden direct als 'meer normaal' ervaren dan die uit proef 1. Het feit dat de 'intuïtie van absurditeit' bij de zinnen uit proef 1 onmiddellijk en automatisch optreedt, wijst er volgens Miller op dat het gaat om een psychologische realiteit die niet berust op het bewust en analytisch nadenken. Ter ondersteuning van deze stelling de onderstaande opdracht.

Hoe lang duurde het voordat het absurde van de zinnen a–f duidelijk werd op basis van:

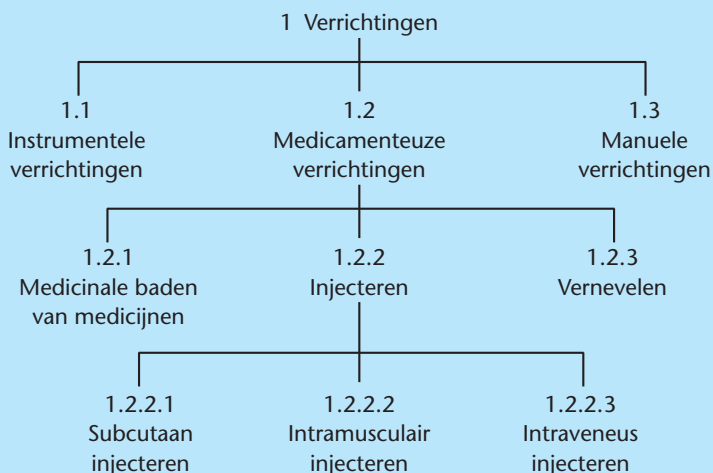
- 1 intuïtie?
- 2 analytisch denken? (naar Miller, 1993)

De psychologische realiteit van de hiërarchische ordening van klassen is volgens Miller diepgeworteld. Zij is onderdeel van het primaire interpretatieve mechanisme waarmee mensen, ongeacht hun hogere analytische vermogens, met de wereld en met zichzelf omgaan. Er zijn met andere woorden sterke aanwijzingen dat hiërarchische ordening van categorieën (klassen) een structureel principe is van het semantisch geheugen.

Box 1.3 Besparing van geheugenruimte door hiërarchische ordening

Hoewel voorzichtigheid met extrapolaties geboden is, omdat we niet direct toegang hebben tot de ingewikkelde organisatiestructuur van het geheugen, maken uiteenlopende experimenten het bestaan van klassenrelaties binnen het geheugen wel aannemelijk. Een mogelijke verklaring voor het bestaan van de hiërarchische ordening van klassen binnen de menselijke cognitie ligt in de *geheugenruimte* die er door bespaard wordt. Economisch gebruik van het geheugen wordt mogelijk. Door de hiërarchische ordening wordt het mogelijk

kenmerkende eigenschappen efficiënt op te slaan. Bestudeer hiervoor de volgende boomstructuur.



Het bovengeschiedte woord 'verrichtingen' is een algemener woord dan het ondergeschikte 'medicamenteuze verrichtingen'. Medicamenteuze verrichtingen liggen als het ware in een ruimer, algemener woord besloten. Medicamenteuze verrichtingen bevatten de verzameling kenmerkende eigenschappen van verrichtingen, plus één of meer eigenschappen die medicamenteuze verrichtingen van bijvoorbeeld manuele verrichtingen (zoals masseren) onderscheiden. Alleen de eigenschappen die speciaal de medicamenteuze verrichtingen kenmerken, hoeven bij medicamenteuze verrichtingen te worden opgenomen. De verrichtingseigenschappen van medicamenteuze verrichtingen zijn impliciet, ze worden automatisch bij verrichting teruggevonden. Je hoeft ze niet op te nemen zolang medicamenteuze verrichtingen onder verrichting gerangschikt staan. Anders gezegd: 'medicamenteuze verrichtingen' *erven* de eigenschappen van het bovengeschiedte 'verrichtingen', en 'injecteren' erft de eigenschappen van het algemenere 'medicamenteuze verrichtingen' en zo verder.

Nu een alledaags voorbeeld van deze *overervingsfunctie*: Stel, iemand zegt: 'Mijn vriend is verpleegkundige.' Alhoewel dit misschien je eerste keer is dat je over 'de vriend' hoort, heb je al veel informatie over hem. Zo neem je aan dat hij een mens is, oren, ogen en botten heeft en een specifieke opleiding genoten heeft. Over deze eigenschappen hoef je dus geen vragen meer te stellen, ze zijn je bekend. Wel wil je misschien weten wat voor soort verpleegkundige die vriend is (opleiding, werkveld enzovoort). Wanneer iemand dus voor het eerst hoort van een woord A, dat een hyponiem is van B, dan hoeft hij geen vragen meer te stellen over de van B geërfdde eigenschappen; maar misschien wil hij wel meer over verschillen binnen A weten.

Met een hiërarchische ordening hoeft elke eigenschap maar één keer genoemd te worden. Talrijke herhalingen worden overbodig. Computerdeskundigen geven daarom ook de voorkeur aan overervingsystemen bij het opslaan van grote databestanden in computers. Om een idee te krijgen van de besparing van geheugenruimte, dient het volgende geïdealiseerde model van een overervingsstelsel, dat weergegeven kan worden in een boomstructuur. Ga uit van een hiërarchie van vijf niveaus en een constante vertakkingsfactor 5.

Aan de top staat dus één woord, daaronder vijf woorden, daaronder 25 enzovoort. In totaal bevat de boomstructuur dus $1 + 5 + 25 + 125 + 625 = 781$ woorden. We stellen dat elk woord door vier eigenschappen moet worden gekarakteriseerd. Hoeveel opslagplaatsen van eigenschappen kunnen door het overervingssysteem bespaard worden? Oplossing: in de hiërarchische ordeningsstructuur heeft het hoogste niveau vier kenmerkende eigenschappen, het tweede niveau heeft ($2 \times 4 =$) 8 kenmerkende eigenschappen, het derde ($3 \times 4 =$) 12, het vierde ($4 \times 4 =$) 16 en het onderste niveau heeft ($5 \times 4 =$) 20. Dit geeft een totaal van $4 + (5 \times 8) + (25 \times 12) + (125 \times 16) + (625 \times 20) = 14\ 844$ eigenschappen. Met het overervingssysteem hebben we maar een geheugenruimte nodig van $(781 \times 4) = 3\ 124$ eigenschappen, om soorten objecten met een totaal van 14 844 eigenschappen te karakteriseren. *Dit is een besparing van 11 720 opslagplaatsen voor eigenschappen (bijna 80%).*

■ ■ ■ 1.5 Classificaties

Hiërarchische ordeningsstructuur

In de zorgsector worden veel gegevens vastgelegd. Deze gegevens worden op een later tijdstip in tal van deelprocessen opnieuw gebruikt en aangevuld. Organisatie en standaardisatie van informatie is daarom van groot belang. In paragraaf 1.4 is al het belang van goede organisatie van kennis gebleken. De *hiërarchische ordeningsstructuur* maakt economisch gebruik van het geheugen mogelijk. Door de hiërarchische ordening wordt het mogelijk om kenmerkende eigenschappen efficiënt op te slaan. Dit principe past men ook toe in de meeste classificaties in de gezondheidszorg. Ook zij hebben doorgaans een hiërarchische ordeningsstructuur. Zodoende wordt inzichtelijk wat de geordende verschijnselen met elkaar te maken hebben. Voorts wordt het niet alleen eenvoudiger om gegevens op te vragen of te selecteren, maar ook het opslaan, (terug)plaatsen of onderbrengen (klasseren) van nieuwe gegevens wordt makkelijker. In deze paragraaf maken we kennis met enkele belangrijke classificaties voor verpleegkundigen. Paragraaf 1.5.1 geeft een globaal overzicht van de voornaamste classificaties. In paragraaf 1.5.2 komt de relatie tussen classificaties en het achtcomponententraject aan de orde. Vervolgens wordt in paragraaf 1.5.3 iets dieper ingegaan op de ICF: een multidisciplinair bruikbare classificatie, terwijl in paragraaf 1.5.4 kort wordt ingegaan op de NANDA: een classificatie die specifiek voor de verpleegkunde is ontwikkeld. Tot slot gaat paragraaf 1.5.5 in op de vraag waarom de belangstelling voor classificaties nog steeds toeneemt.

■ ■ ■ 1.5.1 Classificaties in de gezondheidszorg

In tabel 1.4 worden enkele belangrijke classificaties in de gezondheidszorg opgesomd.

De classificaties uit tabel 1.4 zijn vrijwel allemaal door meer disciplines te gebruiken. Dit geldt met name voor de ICIDH (nu ICF). Hiervan zijn afleidingen gemaakt voor de verpleegkunde (CDV) en de paramedische beroepen (NPI-bewerking van de ICIDH). Een afleiding van de ICF die bruikbaar is voor verpleegkundigen en paramedici is in ontwikkeling.

Binnen de verpleegkunde wordt echter nog vaak gebruik gemaakt van classificaties met een monodisciplinair karakter. Deze classificaties zijn in hoofdzaak door verpleegkundigen ontwikkeld en worden ook vrijwel uitsluitend binnen de verpleegkunde gebruikt (zie tabel 1.5).

NANDA

Het werk van de *NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association) is met name bekend. Met zekere regelmaat worden diagnoses (labels, definities, kenmerken en gerelateerde of samenhangende factoren) uitgegeven die door de *NANDA* goedgekeurd zijn voor klinisch gebruik en toetsing.

Tabel 1.4 Enkele belangrijke classificaties in de gezondheidszorg

Afkorting	Volledige naam	Laatste versie	Ontwikkelaars	Aandachtsgebieden
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision	1992	WHO, World Health Organization http://www.who.int/classifications	<ul style="list-style-type: none"> doodsoorzaken ziekten
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	2001	WHO, World Health Organization www.who.int/classifications	<ul style="list-style-type: none"> functies activiteiten participatie
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps	1993	WHO, World Health Organization	<ul style="list-style-type: none"> stoornissen beperkingen handicaps
CDV	Ontwerp WCC-standaard Classificatie van Diagnostische Termen voor de Verpleegkunde	1996	WCC, vaste commissie voor classificatie en definities www.rivm.nl/who-fic	<ul style="list-style-type: none"> stoornissen/functies beperkingen/vaardigheden
ICPC-2-NL	International Classification of Primary Care	2000	WONCA, World Organization of Family Doctors NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap http://nhg.artsennet.nl	<ul style="list-style-type: none"> reden voor contact klachten diagnosen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition	1994	APA, The American Psychiatric Association	<ul style="list-style-type: none"> psychiatrische ziektebeelden
CMSV	Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen	1995	Centraal Verrichtingen Beheer http://www.cvb.nl	<ul style="list-style-type: none"> verrichtingen
CVPB	Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen	1995	NPI, Nederlands Paramedisch Instituut http://www.paramedisch.org	<ul style="list-style-type: none"> verrichtingen
SNOMED-CT	Systematised Nomenclature of Medicine (Clinical Terms)	2001	College of American Pathologists http://www.snomed.org	<ul style="list-style-type: none"> verrichtingen ziekten anatomische lokalisatie

Tabel 1.5 Enkele classificaties ontwikkeld in en voor de verpleegkunde

Afkorting	Volledige naam	Laatste versie	Ontwikkelaars	Belangrijk(e) aandachtsgebied(en)
NANDA Taxonomy II I-R	Taxonomy II, with official nursing diagnoses	2001	North American Nursing Diagnosis Association	• Diagnosen
NOC	Nursing Outcome Classification	1997	IOWA nursing outcomes project; Marion Johnson & Meridean Maas	• Resultaten
NIC	Nursing Intervention Classification	1996	IOWA intervention project; Joanne McCloskey & Gloria Bulechek	• Interventies
NILT	Nursing Intervention Lexicon & Taxonomy	1990	Susan Grobe	• Interventies
OMAHA system	The OMAHA system (for com- munity health nursing)	1992	Visiting Nurse Association of Omaha; Karin Martin & Nancy Scheet	• Diagnosen, resultaten en interventies
HHCC	Home Health Care Classification	1991	Virginia Saba	• Diagnosen en interventies
ICNP	International Classification for Nursing Practice (Beta version)	1999	International Council of Nurses	• Diagnosen, resultaten en interventies

Communicator

Situatieschets

Je kent het wel. Oma, opa of een oude buurman ligt in het ziekenhuis en klaagt in de trant van: 'Allemaal dokters, zusters en wat niet al. Ja, ja, en moeilijke woorden dat ze gebruiken!'

Hoe maak je het verschil

Toon dat je het belangrijk vindt dat de informatie die aan patiënten wordt verstrekt juist en begrijpelijk is. Maak je er ook sterk voor dat de verschillende zorgprofessionals herkenbaar en een consistent (eenduidig) verhaal naar de patiënt hebben.

Leersuggesties

Reflecteer frequent op wat er gebeurt tussen de ontvanger en de zender van informatie tijdens de vele facetten van je beroepsuitoefening. Analyseer gespreksituaties in hun context. Ga ook op zoek naar je eigen blinde vlekken ('Oh, tja, ik was me niet bewust...'). Vraag ook vrienden en collega's om ongecensureerde feedback. Soms is het ook passend om de patiënt direct feedback te vragen ('Was mijn uitleg voor u gemakkelijk te volgen?' of 'Ben ik dingen vergeten die voor u belangrijk zijn?'). Denk als eerste stap na over je eigen ervaringen met hulpverleners en patiënten en vul de volgende do's & don'ts aan.

Do's	Don'ts
Stel je altijd duidelijk voor met naam en functie.	Kleding (uniform) van andere professionals dragen.
Stem je communicatie af op functies, activiteiten en persoonlijke factoren van de patiënt.	Niet checken of de patiënt je kan horen, begrijpen, het tempo kan volgen, zich kan blijven concentreren en de informatie kan onthouden.
Gebruik de voordelen van een classificatie om je denken en schriftelijke rapportage te ordenen.	Classificatiecodes in je gesprek met de patiënt hanteren.
Gebruik zoveel mogelijk begrijpelijke neutrale termen.	Technische termen gebruiken zonder duidelijke uitleg.

■ ■ ■ 1.5.2 Classificaties en het achtcomponententraject

Achtcomponententraject

In paragraaf 1.2.1 hebben we gezien dat planmatigheid van groot belang is. De verpleegkundige tracht weloverwogen te werken. Om dit inzichtelijk te maken, is het *achtcomponententraject* geïntroduceerd. Deze componenten zijn feitelijk deelprocessen in het hulpverleningstraject. Bij de verschillende afzonderlijke processen binnen het 'achtcomponententraject' kunnen indelingen en classificaties *nuttige hulpmiddelen* zijn (tabel 1.6) die de processen faciliteren.

Tabel 1.6 Achtcomponententraject, hulpmiddelen en hoofdstukken in dit boek

Achtcomponententraject	Hulpmiddelen	Hoofdstuk
1 Gegevens verzamelen	Functional Health Patterns	3
2 Diagnose stellen	Hoofdgroepen van NANDA of ICF	4
3 Prognose bepalen	NANDA, ICNP, ICF, CDV	6
4 Resultaat bepalen	Nursing Outcomes Classification, ICF	6
5 Interventie selecteren	Nursing Intervention Classification	5
6 Interventie uitvoeren	Nursing Intervention Classification	5
7 Resultaat evalueren	Nursing Outcomes Classification, ICF	6
8 Modifieren of stoppen		6

Gegevens verzamelen

Zo kunnen bij het *gegevens verzamelen* hoofdgroepen van een classificatie nuttig zijn. Ze vormen als het ware een *raamwerk*, een kader van waaruit je de patiënt kunt waarnemen. Een voorbeeld van een dergelijk raamwerk zijn de Functional Health Patterns oftewel de *Functionele Gezondheidspatronen* van Gordon (vergelijk tabel 1.7 en bijlagen 5 en 9) of de hoofdgroepen van de ICF. Het kan helpen om de patiënt vanuit verschillende perspectieven waar te nemen en zo volledig mogelijk te kijken. Het helpt om aandacht voor de 'totale mens' te hebben. Door het gebruik van een dergelijk raamwerk is tevens een ordening in de gegevensverzameling aan te brengen (*gegevens ordenen*). Aan het eind van een periode van gegevensverzameling kunnen de Functionele Gezondheidspatronen een functie vervullen als controlemiddel, als checklist (*gegevens verifiëren*). Je kunt aan de hand van de Functionele Gezondheidspatronen nagaan of je volledig hebt gekeken en of er geen belang-

rijke informatie ontbreekt. Tot slot leg je de gegevens bijvoorbeeld vast in een (elektronisch) patiëntendossier waarin dezelfde structuur herkenbaar is, zodat ze ook weer gemakkelijk op te vragen zijn. De hoofdgroepen van een classificatie zijn dus een bruikbaar hulpmiddel om:

- 1 het informatie-verzamelen te sturen;
- 2 de verzamelde gegevens te ordenen;
- 3 de verzamelde gegevens te controleren;
- 4 de verzamelde gegevens vast te leggen (te documenteren);
- 5 de verzamelde gegevens op te vragen.

Ook bij het stellen van een diagnose, het genereren van het beoogde resultaat en het selecteren en uitvoeren van interventies kunnen indelingen en classificaties een handig hulpmiddel zijn voor het aanleveren van *gestandaardiseerde terminologie*, een kapstok (bestaande uit een structuur voor ordening) en kennis.

Gestandaardiseerde terminologie

Tabel 1.7 Functionele Gezondheidspatronen

01 Gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding
02 Voeding en stofwisseling
03 Uitscheiding
04 Activiteiten
05 Slaap en rust
06 Cognitie en waarneming
07 Zelfbeleving
08 Rollen en relaties
09 Seksualiteit en voortplanting
10 Coping en stresstolerantie
11 Waarden en levensovertuiging

1.5.3 Multidisciplinaire classificatie: ICF

Gemeenschappelijk taal voor professionals in de gezondheidszorg

ICF (voorheen ICIDH) is de afkorting van *International Classification of Functioning, Disability and Health*. De ICF is een voorbeeld van een multidisciplinaire classificatie. De titel van de ICF in het Nederlands luidt: 'Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren' (WHO/RIVM, 2001). Het is een classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (*World Health Organization*, WHO). De ICF biedt een gestandaardiseerd begrippenapparaat voor de beschrijving van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Aspecten van het menselijk functioneren worden in de ICF op systematische wijze geordend. Doel van de ICF is om (door middel van het in kaart brengen van begrippen op het terrein van het menselijk functioneren) een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal. Dit is nuttig omdat in de hedendaagse patiëntenzorg de expertise van verschillende disciplines niet meer weg te denken is. Het is dan ook van cruciaal belang dat de hulpverleners onderling adequaat communiceren over de gezondheidstoestand van de patiënt. Om dit te bereiken is *eenheid van taal* essentieel. Gebruik van de ICF kan eenduidig taalgebruik bevorderen. De ICF is namelijk niet alleen door verpleegkundigen te gebruiken, maar ook door artsen en paramedici. De onderstaande tekst (tot de subparagraaf 'Toepassing' op p. 52; exclusief figuur 1.4)

Eenheid van taal

is vrijwel volledig overgenomen uit de Nederlandse vertaling (WHO/RIVM, 2002) en de conceptvertaling (WHO/RIVM, 2001) van de ICF door de leden van het Nederlandse WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC), dat gevestigd is bij het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (www.rivm.nl).

Drie perspectieven

Met behulp van de ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

- 1 het perspectief van het menselijk organisme;
- 2 het perspectief van het menselijk handelen;
- 3 het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Het eerste perspectief is uitgewerkt in twee afzonderlijke classificaties, de classificatie van *functies* van het organisme en de classificatie van anatomische eigenschappen. Het tweede en derde perspectief zijn uitgewerkt in de classificatie van *activiteiten* en *participatie*. De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinen betreffende aspecten van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem (WHO/RIVM, 2002, p. 3).

De term ‘menselijk functioneren’ in de titel verwijst naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Door de neutrale formulering kunnen dus met de ICF positieve aspecten van het menselijk functioneren worden beschreven. Dit is zinvol omdat het in de hulpverlening ook belangrijk is om vast te leggen wat iemands sterke kanten zijn. Slechts met een totaalbeeld van het afwijkende/zwakke en het ongestoorde/sterke is een bruikbare prognose te bepalen en wordt het helder waarop men met verrichtingen en interventies kan inspelen. Omdat het van belang is de kernbegrippen duidelijk af te bakenen, zijn de definities uit de ICF opgenomen (zie tabel 1.8).

Bij problemen met het menselijk functioneren komt de term ‘functioneringsprobleem’ in beeld. Functioneringsproblemen verwijzen naar stoornissen (zoals pijn, desoriëntatie, kortademigheid, contracturen), beperkingen (zoals moeite met eten, drinken, wassen en kleden) en participatieproblemen (werkeloosheid en sociaal isolement).

Tabel 1.8 ICF-definities

In het kader van de gezondheid zijn de volgende definities van toepassing

Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.

Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.

Stoornissen: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

Activiteiten: onderdelen van iemands handelen.

Beperkingen: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven.

Tabel 1.8 ICF-definities (vervolg)

Participatieproblemen: problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving.

Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond.

Bron: WHO/RIVM, 2002, p. 11

Externe factoren
Persoonlijke factoren

Daarnaast bevat de ICF een lijst met *externe factoren* (klimaat, geluid, sociale normen) en worden *persoonlijke factoren* genoemd (zoals leeftijd, geslacht, levensstijl) die van invloed kunnen zijn op functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie.

Tussenvraag 1.13

Probeer uit de onderstaande fragmenten (uit gedichten en romans) af te leiden of er sprake is van een stoornis of een beperking.

Fragment 1

Intussen maakte het jeuken bij pozen plaats voor pijn. Pijn als bij een grote verzwering, waarbij vlees zwelt en bol staat en er pijscheuten doorheen gaan, als electrisch.

Hugo Raes (1979)

Fragment 2

Losse Longen

amechtige blaasbalg
krijzen pijpen

Paul van Ostaijen (1996)

Fragment 3

'Voordat hij vertrok zei hij nog dat het geen prettig jaar zou worden, als zijn diagnose juist was. Daar lag ik dan. Ik keek naar dit lichaam van mij, probeerde me in te prenten dat ik ten dode opgeschreven was. Het lukte me niet, ik geloofde het niet. Ik probeerde boos te zijn op dit lichaam. Je leven lang heb je het te eten en te drinken gegeven, je vertroetelt het, neemt het elke dag mee uit wandelen, en dan flikt het je zoiets. Stiekem blijkt het een milt te bevatten, nieren, een alvleesklier, een lymfestelsel, een heel leger muitende verstekelingen. Ondankbaar stuk vreten!

De jongen lachte hautain en ongelovig.

'Toen ik vanmorgen wakker werd heb ik een besluit genomen. Ik moest zo snel als het kon uit dat ziekenhuis weg, wilde ik van de weeromstuit niet echt ziek worden.'

Frans Kellendonk (1986)

Fragment 4

Ach, ik voel me vandaag zo neerslachtig,
Zo vermoeid en door zorgen beklemd,
Zo verstild in mijn geest, zo onmachtig
En zo eindeloos droevig gestemd.

Nikolaj Nekrasov (1994)

Fragment 5

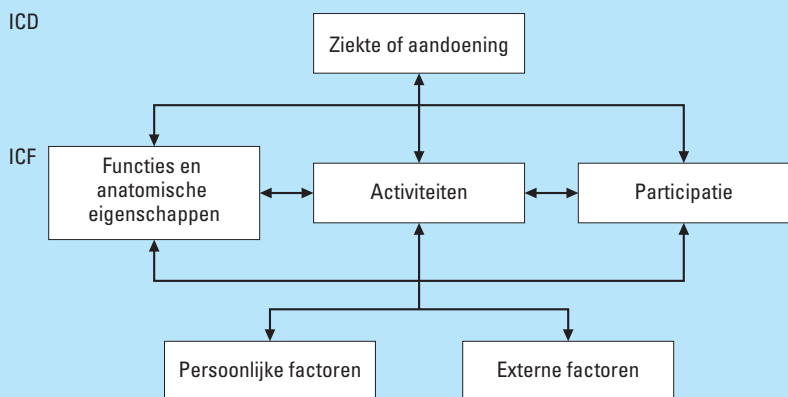
Ik liep langzaam, ik wankelde ook, ik werd gauw moe en kon niet lang staan, maar nu zou ik dat eindje niet meer kunnen lopen.

Renate Rubinstein (1985)

ICF-model: een model van het menselijk functioneren

De ICF is te zien als een taal: elke gebruiker kan daarmee zijn eigen teksten opstellen, afhankelijk van zijn/haar creativiteit en wetenschappelijke achtergrond. Het schema in figuur 1.5 helpt wellicht om de huidige bij de WHO gangbare opvatting over de wisselwerking tussen de verschillende componenten in beeld te brengen.

Figuur 1.5 Het ICF-schema



vgl. WHO/RIVM, 2002, p. 19

Figuur 1.5 dient als volgt te worden geïnterpreteerd: het menselijk functioneren wordt gezien in het licht van een wisselwerking, een complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds, en de externe en persoonlijke factoren anderzijds. De wisselwerking tussen al deze aspecten heeft een dynamisch karakter: interventies op één aspect of factor kunnen in beginsel veranderingen teweegbrengen in andere daaraan gerelateerde aspecten of factoren. De interacties zijn specifiek en staan niet in een voorspelbare één-op-één-relatie tot elkaar. De interactie vindt plaats in beide richtingen; de aanwezigheid van functioneringsproblemen kan van invloed zijn op een aandoening of ziekte. Vaak lijkt het redelijk een beperking te veronderstellen op grond van één of meer stoornissen, of een participatieprobleem op grond van één of meer beperkingen. Het is echter van belang de gegevens betreffende deze constructen onafhankelijk van elkaar te verzamelen en vervolgens mogelijke relaties en causale verbanden te onderzoeken. Voor een volledige beschrijving van het functioneren zijn alle componenten van belang. Zo kan iemand:

- stoornissen hebben zonder dat hij/zij beperkingen heeft (bijvoorbeeld een misvorming door lepra brengt niet altijd concrete beperkingen met zich mee);
- beperkingen en participatieproblemen hebben zonder dat er sprake is van stoornissen (bijvoorbeeld de verminderde uitvoering van dagelijkse activiteiten, zoals dat bij een groot aantal ziekten voorkomt);
- problemen hebben in de participatie zonder stoornissen of beperkingen (bijvoorbeeld een HIV-positief individu, of een herstelde ex-psychiatrische patiënt die gediscrimineerd wordt);
- beperkingen hebben zonder problemen in de participatie (bijvoorbeeld iemand met beperkingen in de mobiliteit kan door de samenleving voorzien zijn van een andere wijze om zich te verplaatsen en dus participeren in de samenleving);
- een zekere mate van achteruitgang in functioneren ervaren (bijvoorbeeld door het niet gebruiken van ledematen kan spieratrofie ontstaan; hospitalisering kan resulteren in verlies van sociale vaardigheden).

In het schema in figuur 1.5 zijn de externe en persoonlijke factoren opgenomen om te tonen dat ook zij van invloed zijn op iemands gezondheidstoestand en de mate van iemands functioneren bepalen. Externe factoren bevinden zich buiten het individu. Voorbeelden zijn: de houding van de samenleving ten aanzien van mensen met een handicap, kenmerkende aspecten van gebouwen of wetten. De ICF bevat een lijst met externe factoren. Persoonlijke factoren worden in de huidige versie van de ICF niet geclassificeerd. Het is aan de gebruiker om deze, indien nodig, vast te leggen. Hiervan kunnen deel uitmaken: geslacht, ras, leeftijd, aspecten van iemands functioneren, lichamelijke conditie, levensstijl, gewoonten, copinggedrag, opvoeding, sociale achtergrond, opleiding, beroep, vorige en huidige levenservaringen, het algehele gedragspatroon en karakter, persoonlijke psychische eigenschappen en andere kenmerken. Deze kunnen elk afzonderlijk of gezamenlijk van invloed zijn op functioneringsproblemen op elk niveau (WHO/RIVM, 2002, p. 20).

Teamwerker

Situatie

Professionele zorg voor patiënten is zorg door velen. Continuïteit, ketenzorg, het kortsluiten en afstemmen tussen intramurale en extramurale zorg en binnen zorgteams maakt dat eenheid van taal meer dan ooit belangrijk is. Paramedische disciplines zoals fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck, oefentherapie Cesar, diëtik, logopedie en mondhygiëne passen de ICF in patiëntenzorg, opleiding en onderzoek toe.

Hoe maak je het verschil

De verschillende leden van een team en de cliënt moeten elkaar kunnen begrijpen. Het gebruik van specifiek vakjargon staat dit onderlinge begrip vaak in de weg. Toon dat je enig inzicht hebt in de referentiekaders van de professionals waar je mee moet samenwerken en demonstreer zonedig interesse om die beter te leren kennen. Voordelen zijn dat je:

- laat zien andere kennisgebieden en samenwerking serieus te nemen;
- een ruime blik, brede scoop ontwikkelt;
- toepassingen, 'vertalingen' (transfers) kunt maken naar je eigen beroep;
- vanuit de kennis uit een aanpalend beroep kunt reflecteren op je eigen beroep.

Zorg er ook voor dat specifieke informatie voor verpleegkunde begrijpelijk weet te presenteren. Dit draagt bij om effectief te communiceren met leden van een interdisciplinair team.

Leersuggesties

Ga in richtlijnen, onderwijsmateriaal, beleidsdocumenten en registraties voor paramedici na hoe door hen de ICF wordt toegepast (zoek in Google of Scopus).

Blijf in je loopbaan de ontwikkelingen binnen andere disciplines volgen zodat je kennis up-to-date is (continu leren is een voorwaarde om continu te verbeteren).

De WHO-familie van internationale classificaties

De ICF maakt deel uit van de 'familie' van classificaties die is ontwikkeld door de WHO. De WHO-familie van internationale classificaties (FIC) vormt een taal met behulp waarvan verschillende gegevens op het gebied van de gezondheid kunnen worden vastgelegd (bijvoorbeeld ziekten, functioneren, redenen voor contact met de gezondheidszorg). Dankzij deze gestandaardiseerde gemeenschappelijke taal kunnen uiteenlopende vakgebieden en takken van wetenschap wereldwijd communiceren over gezondheid en gezondheidszorg.

Tussenvraag 1.14

Ga na welke stoornissen en beperkingen mogelijk van toepassing zijn op de 42-jarige Engelsman uit het krantenartikel op pagina 54. Welke invloed spelen externe factoren?

Gezondheidsproblemen zoals ziekten, aandoeningen, letsels enzovoort worden in de WHO-FIC voornamelijk geassocieerd met de ICD-10 (afkorting van Internationale classificatie van ziekten, tiende revisie)¹ die een etiologisch raamwerk vormt. Voor het classificeren van het menselijk functioneren in verband met de gezondheidstoestand is de ICF ontwikkeld. De ICD-10 en de ICF zijn dus complementair². Het is de bedoeling dat, steeds wanneer dat van toepassing is, deze twee leden van de WHO-FIC tezamen gebruikt worden. De ICD-10 voorziet in termen voor ziekten, aandoeningen en andere gezondheidsproblemen, en de ICF in termen voor het beschrijven van het menselijk functioneren³ vanuit drie verschillende perspectieven. Door gegevens over de ziekte te combineren met gegevens over het menselijk functioneren krijgt men een ruimer en zinvoller beeld van de gezondheidstoestand van een individu of populatie. Deze gegevens liggen aan de basis van besluitvormingsprocessen.

- 1 *Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, Tiende Revisie, Deel 1-3*, Genève, Wereldgezondheidsorganisatie, 1992-1994, 1999; Versie 1999 is in Nederlandse vertaling verkrijgbaar op cd-rom bij het WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.
- 2 Het is van belang dat men zich realiseert dat de ICD-10 en de ICF elkaar deels overlappen. Beide bevatten een ordening naar orgaansystemen. In de ICF is dat de eerste component 'functies en anatomische eigenschappen van het menselijk organisme' met de stoornissen als negatieve component. Stoornissen kunnen deel uitmaken van het 'ziekteproces', ze komen daarom ook voor in de ICD in de vorm van symptomen, afwijkende klinische bevindingen of soms als reden voor contact met gezondheidsdiensten. De ICF daarentegen beschrijft stoornissen als problemen in functies of anatomische eigenschappen als aspect van het menselijk functioneren.
- 3 Twee personen met dezelfde ziekte kunnen op verschillende wijze functioneren en twee personen met hetzelfde niveau van functioneren hebben niet noodzakelijkerwijs hetzelfde gezondheidsprobleem. Daarom verhoogt het gezamenlijk gebruik van ICF en ICD de kwaliteit van gegevens voor medische doeleinden. Gebruik van de ICF houdt niet in dat de gangbare diagnostische handelwijze voor medische doeleinden achterwege moet blijven. Afgezien daarvan kan de ICF afzonderlijk worden gebruikt.

De WHO-FIC vormt een waardevol hulpmiddel voor het beschrijven en vergelijken van het gezondheidsniveau van populaties in internationaal verband. De gegevens over mortaliteit, verkregen met behulp van de ICD-10, en gezondheidsresultaten, verkregen met behulp van de ICF, kunnen waarschijnlijk gecombineerd worden en als gezondheidsmaten gebruikt worden voor het monitoren van de gezondheid van populaties en haar statistische spreiding. Ook kunnen zij bijdragen aan het vaststellen van verschillen in oorzaken van ziekte en sterfte (WHO/RIVM, 2002, 3-4).

Toepassing

Met behulp van de ICF is de actuele gezondheidstoestand van de patiënt vanuit verschillende invalshoeken te omschrijven. Bij *stoornissen* hebben we het over afwijkingen in anatomische structuren of functies van het menselijk lichaam, zoals een fissuur of een bewustzijnsdaling. Het gaat bij de stoornisclassificatie om de afwijking op zich en dus niet om de oorzaak. *Beperkingen* hebben meer met het handelen van de pa-

Stoornissen

Beperkingen

tiënt maken, hierbij valt te denken aan beperkingen in douchen, huishouden, fietsen of intimiteit. Het gaat om een verlies of afwijking van een persoon om activiteiten te verrichten of gedrag te vertonen, overeenkomstig leeftijd, geslacht en fysieke, sociale en culturele factoren. Tot slot is aan de actuele gezondheidstoestand de dimensie participatie te onderscheiden. Dit heeft vaak te maken met sociaal-maatschappelijke nadelen die personen ten gevolge van een stoornis of beperking ervaren, zoals het niet meer zelfstandig kunnen wonen. Door de drie perspectieven kan een zinvol beeld worden verkregen van iemands functioneren. Dit beeld verwijst uiteraard naar een bepaald tijdsmoment, een *momentopname*. De stoornissen en beperkingen van de Engelsman (zie box 1.4) zijn op met moment van opname in de psychiatrische inrichting (T_1) waarschijnlijk heel anders dan bij ontslag (T_2). Gebruik van de ICF op verschillende achtereenvolgende tijdsmomenten (bijvoorbeeld op T_1 en T_2) biedt echter de mogelijkheid tot beschrijving van een tijdsverloop en proces.

Box 1.4

Onrust door man op Maupoleum

(Van een verslaggever)

AMSTERDAM – Een 42-jarige Engelsman heeft gisteren in de Jodenbreestraat geruime tijd voor opschudding gezorgd. Vanuit het Maupoleum, dat momenteel wordt gesloopt, gooide hij allerlei rotzooi op straat. De politie, die een extra omheining plaatste,

had de grootste moeite de man te pakken te krijgen, omdat hij met een ijzeren staaf in het rond sloeg.

Ten slotte sprong hij vanaf de tweede etage in een boom en gleeed naar beneden. Daarna kon hij worden vastgenomen. De man is overgebracht naar een psychiatrische inrichting.

Bron: Het Parool, 12 mei 1995

Biopsychosociaal model

De opvatting dat het bij de ICF vooral om gevolgen gaat van ziekte, is sterk gebaseerd op het medisch model (etiologie-pathologie-manifestatie). Dit is onjuist. De ICF is een *biopsychosociaal model*. Het gaat niet om de verklaring van de ziekte, maar om een beschrijving van de gezondheidstoestand van *de zieke* vanuit drie perspectieven. Oorzakelijkheid speelt geen rol bij de ordening van de begrippen in de ICF. De ICF wordt gezien als een classificatie van 'gezondheidscomponenten', waarmee de samenstellende elementen van de gezondheid bedoeld worden. Met betrekking tot de etiologie neemt de ICF een neutraal standpunt in. Zodoende kan men met gebruikmaking van de ICF gegevens op het gebied van die samenstellende elementen afzonderlijk vastleggen en verzamelen. Daarmee wordt het mogelijk om met behulp van wetenschappelijke methoden onderlinge verbanden op het spoor te komen.

Box 1.5 De actuele gezondheidstoestand als aangrijpingspunt

Hulpverleners hebben gemeenschappelijk dat ze *gezondheid* van een patiënt nastreven. Want met die gezondheid van de patiënt is er doorgaans iets mis. Om hun handelen richting te geven, omschrijven hulpverleners wat er met die gezondheid mis is. In de geneeskunde wordt vooral gefocust op ziekte. Ziekte is doorgaans een langer durende afwijking van de gebruikelijke gezondheid.

Procesmatig karakter

Bij artsen ligt het accent op het proces en de oorzaak van de afwijking van gezondheid. Hiervoor zijn ziekte termen nodig. Ziekte heeft een *procesmatig karakter*; het kent een verloop. Ziekte termen verwijzen vaak naar etiologie zoals cryptokokken-meningitis of streptokokken-pneumonie, tenzij er geen sprake is van een afgebakende etiologie, wat bijvoorbeeld het geval is bij schizofrenie.

Actuele gezondheidstoestand

De ziekte alleen geeft onvoldoende zicht op de feitelijke gezondheidstoestand. Ziekte geeft ook onvoldoende informatie over de vraag naar verpleegkundige zorg. Een persoon met schizofrenie kan immers zelfstandig wonen, studeren of werken, maar ook op een psychiatrische afdeling verblijven of in een separeer-kamer. Als aangrijpingspunt voor de verpleegkundige zorgverlening is vooral de *actuele gezondheidstoestand* van belang.

Vaak wordt gezegd dat verpleegkundigen zich richten op de gevolgen van ziekte. Dit is slechts ten dele het geval. Los van theoretische kanttekeningen is deze gedachte vaak onbruikbaar in praktische situaties. De ziekte is bij de eerste hulpverleningscontacten namelijk vaak onbekend of twijfelachtig. Desondanks zal een verpleegkundige vaak wel moeten handelen; bijvoorbeeld omdat een 'onrustige' Engelsman uit de Jodenbreestraat opgenomen wordt. Verpleegkundige tussenkomst bij stoornissen in impulscontrole, bewustzijn, oriëntatie, temperatuurregulatie of evenwichtsstoornissen kan vaak niet wachten tot er duidelijkheid is over de oorzaak, de achterliggende ziekte.

■ ■ ■ 1.5.4 Verpleegkundige classificaties: NANDA, ICNP en CDV

Sinds jaar en dag is waargenomen dat er een leemte is in de classificaties in de gezondheidszorg. Hulpverleners in de gezondheidszorg richten zich immers niet uitsluitend op de ziekte zelf, maar ook op de consequenties van ziekte. Om dit gat te vullen zijn er naast de meer multidisciplinaire initiatieven, zoals de ICF, ook monodisciplinaire ontwikkelingen. De volgende verpleegkundige classificaties krijgen in deze paragraaf aandacht: de NANDA-classificatie, de ICNP en de CDV.

NANDA-classificatie

Van 1 tot 5 oktober 1973 organiseren Kristine Gebbie en Marry Ann Lavin in St. Louis een invitational conference: een groep verpleegkundigen probeert verpleegkundige diagnoses te identificeren, te omschrijven, te classificeren en verder te ontwikkelen. Het ontstaan van deze *National Conference Group* wordt in box 1.6 beschreven.

Box 1.6 The beginning

Het idee voor de eerste conferentie is in 1972 als volgt ontstaan. Een ziekenhuis wilde een informatiesysteem. Maar hoe kun je de specifieke bijdrage van verpleegkundigen nu zichtbaar maken? Toen duidelijk werd dat voor de medische bijdrage medische diagnoses werden gebruikt, deden Marry Ann Lavin en Kristine Gebbie de suggestie om verpleegkundige diagnoses te gebruiken. Het feit dat ze geen lijst of classificatie hadden van verpleegkundige diagnoses was echter een 'probleempje'. Ze vonden het basisidee echter goed. Ze discussieerden er veel over op de afdeling hartbewaking. Kristine zei op een ge-

geven moment: verpleegkundigen stellen geen diagnoses, of beter, verpleegkundigen zullen beweren dat ze het niet doen. Marry Ann vertelt nu zelf hoe het gesprek verliep.

I responded with the following series of points:

- 1 nurses diagnose; in fact, they diagnose all the time;
- 2 a diagnosis is simply a conclusion following from nursing assessment;
- 3 if nurses did not diagnose, they could not intervene, in coronary care units or elsewhere.

'Great,' Kris responded, 'since we could not be the only ones having a problem with how to computerize nursing data, let's call a conference on classifying nursing diagnoses. We'll call it the First National Conference on the classification of Nursing Diagnosis.'

Amazed at the leap in thought, I asked, 'How can we do that? We are just two nurses without a national organization behind us. How can we call it a "national" conference?'

'Well,' Kris said, 'we will just invite nurse experts from every region of the United States. Then the conference will be national.'

Bron: Gebbie & Lavin, 1999

De resultaten van de eerste conferentie worden uitgegeven onder de naam 'Proceedings of the First National Conference, Classification of Nursing Diagnoses'. Er zijn reeds dertig labels voor diagnoses opgenomen. Sinds 1973 houdt de *National Conference Group* elke twee jaar dergelijke conferenties. De diagnoses nemen geleidelijk toe in aantal, de uitwerking wordt steeds verfijnder en ook de acceptatie en empirische ondersteuning neemt toe. Aanvankelijk waren de diagnoses alfabetisch geordend, maar daardoor bleven ook de onderlinge relaties (en leemtes) onzichtbaar. Een groep van veertien verpleegkundige theoretici en drie verpleegkundig specialisten kwamen onder leiding van Sister Callista Roy tot negen hoofdcategorieën: de Patterns of Unitary Man, later veranderd in *Human Response Patterns*. Op de vijfde conferentie (1982) presenteren ze hun *diagnostic framework* (zie tabel 1.9).

Op deze historische bijeenkomst wordt tevens de 'North American Nursing Diagnosis Association' (NANDA) opgericht (ter vervanging van de National Conference Group). Vanaf die tijd zijn de conferenties niet alleen toegankelijk voor de uitgenodigde deskundigen, maar voor alle verpleegkundigen. De droom van enkele innovatief ingestelde verpleegkundigen groeit van een lokaal initiatief tot een internationale beweging die een classificatie ontwikkelt, verfijnt en promoot. In 1986 verschijnt de *Taxonomy 1, with official Nursing diagnoses*, vier jaar later de *Taxonomy I revised*, welke 99 diagnoses bevat (geaccepteerd voor klinische toetsing). In veel publicaties worden de diagnoses echter niet ondergebracht in de Human Response Patterns, maar in de Functional Health Patterns van Gordon. Na jaren van ontwikkeling en discussie wordt in 2000 de *Taxonomy II* geaccepteerd. De taxonomie bestaat uit 13 domeinen (hoofdcategorieën), 106 klassen (subcategorieën) en 155

Tabel 1.9 Het meest abstracte niveau van de NANDA-taxonomie I

Human Response Patterns	Menselijke reactiepatronen	Voorbeelden van diagnoses (labels)
1 Exchanging	Uitwisselen (wederzijdse uitwisseling tussen persoon en omgeving)	Infectiegevaar, koorts, obstipatie, diarree, stress-incontinentie, urine-retentie
2 Communicating	Communiceren	Verstoorde verbale communicatie
3 Relating	Relatieopbouw en -instandhouding	Sociaal isolement, seksueel disfunctioneren, ouderrolconflict
4 Valuing	Waarderen (het toekennen van waarde en betekenis)	Geestelijke nood, bereidheid tot verbetering van geestelijk welbevinden
5 Choosing	Kiezen	Ineffectieve ontkenning, therapieontrouw, besliscnflict
6 Moving	Bewegen	Vermoeidheid, beperkte mobiliteit in bed, likstoornis, ineffektieve borstvoeding
7 Perceiving	Waarnemen	Verstoord lichaamsbeeld, verstoorde zintuiglijke waarneming
8 Knowing	Kennen	Tekort aan kennis, acute verwardheid, geheugenstoornis
9 Feeling	Voelen	Acute pijn, misselijkheid, gevaar voor zelfverminking, angst

diagnosen. De uiteindelijke taxonomische structuur, oftewel de domeinen, lijkt erg veel op het origineel van Gordon: in feite is het een aanpassing en uitbreiding van de Functionele Gezondheidspatronen (zie tabel 1.7). Deze domeinen vormen de meest abstracte concepten uit de classificatie. Ze vormen als het ware de *kapstok*, zodat de minder abstracte diagnoses (labels) geordend kunnen worden (zie tabel 1.10).

Kapstok

Tabel 1.10 Domeinen van de NANDA-taxonomie II

Domains	Domeinen	Voorbeelden van diagnoses (labels)
1 Health promotion	Gezondheidsbevordering	Inadequaat omgaan met behandeling en leefregels
2 Nutrition	Voeding	Ineffectief voedingspatroon van de zuigeling, slikstoornis
3 Elimination	Uitscheiding	Obstipatie, diarree, stress-incontinentie, urine-retentie
4 Activity/rest	Activiteit en rust	Verstoord slaappatroon, ronddwalen, ineffectief ademhalingspatroon
5 Perception/cognition	Waarneming en cognitie	Desoriëntatiesyndroom, verstoorde zintuiglijke waarneming
6 Self-perception	Zelfperceptie	Verstoord lichaamsbeeld, machteloosheid, reactieve geringe zelfaching
7 Role relationships	Rollen en relaties	Overbelasting van mantelzorgverlener, ouderrolconflict
8 Sexuality	Seksualiteit	Seksueel disfunctioneren, ineffectieve seksuele patronen
9 Coping/stress tolerance	Coping en stresstolerantie	Angst, ineffectieve ontkenning, ontregeld zuigelingengedrag
10 Life principles	Levensprincipes	Geestelijke nood, therapieontrouw, besliscnflict
11 Safety/protection	Veiligheid en bescherming	Infectiegevaar, gevaar voor vallen, gevaar voor zelfverminking, koorts
12 Comfort	Welbevinden	Acute pijn, misselijkheid, sociaal isolement
13 Growth/development	Groei en ontwikkeling	Gevaar voor onevenredige groei, uitgestelde groei en ontwikkeling

Om de veelzijdigheid van het verpleegkundig aandachtsgebied te vangen in één classificatie bleek een multiaxiale structuur noodzakelijk. Taxonomie II bestaat daarom uit de volgende 7 assen:

1 *het diagnostisch concept*

Het diagnostisch concept is gedefinieerd als het voornaamste element, het fundamentele en noodzakelijke onderdeel, de kern, de *root*, of de *diagnostic statement*. Het diagnostisch concept verwijst in principe naar één unieke betekenis, zoals angst, pijn, mondslijmvlies, slikken en vallen.

2 *tijd*

Duur van een periode of interval (acuut, chronisch, intermitterend en continu).

3 *eenheid van zorg*

De te onderscheiden populatie waarvoor een verpleegkundige diagnose is vastgesteld (individu, familie of gezin, groep en gemeenschap).

4 *leeftijd*

De tijd dat een persoon bestaat of heeft bestaan. Deze as heeft dus betrekking op groei en ontwikkeling. De waarden zijn:

a foetus

b pasgeborene

c zuigeling

d peuter

e kleuter

f kind in de leerplichtige leeftijd

g adolescent

h jongvolwassene

i volwassene in de middelbare leeftijd

j jong bejaarde volwassene

k midden bejaard volwassene

l oud bejaard volwassene

5 *status van gezondheid*

De positie of plaats die iemand inneemt op het gezondheidscontinuüm, zoals welbevinden (*wellness*), risico/gevaar/dreigend (*risk*) en actueel/feitelijk (*actual*).

6 *typering (descriptor of modifier)*

In feite zijn de assen allemaal nadere typering. Daarom zijn *descriptor* of *modifier* moeilijk te vertalen. Het gaat om het oordeel dat de betekenis van de verpleegkundige diagnose inperkt of nader specificceert.

7 *topologie*

Hierbij gaat het om weefsels, orgaan delen, organen, orgaansystemen, lichaamsdelen en anatomische eigenschappen.

Tabel 1.11 Voorbeelden van descriptors in de NANDA-taxonomie II (as 6)

Typering (descriptor)		Goedgekeurde diagnose
Toegenomen (increased)	Afgenomen (decreased)	Decreased cardiac output
Vermogen (ability)	Onvermogen (inability)	Impaired transfer ability
Geregeld (organized)	Ontregeld (disorganized)	Disorganized infant behavior
Functioneel (functional)	Disfunctioneel (dysfunctional)	Dysfunctional family processes; alcoholism
Effectief (effective)	Ineffectief (ineffective)	Ineffective coping

In 1997 is ook de vertaling van het *Handbook of Nursing Diagnosis* van Carpenito in Nederland verschenen. In het oorspronkelijke werk zijn ook de NANDA-labels opgenomen. De definities, kenmerken en gerelateerde factoren zijn overigens niet precies overgenomen. De gebruikswaarde van dit handboek is vooral dat het als een handig naslagwerk is te gebruiken, waarin naast labels, definities, kenmerken en gerelateerde factoren ook snel resultaten en interventies op te zoeken zijn. Daarnaast zijn een groot aantal ziekten en medische verrichtingen opgenomen, met daarbij een aantal mogelijke verpleegkundige diagnoses. Voor de vertaling van het gezondheidsprobleem 'angst', zie bijlage 4.

Tabel 1.12 Het gebruik van de NANDA-assen voor de samenstelling van een diagnostische uitspraak

Assen	Geselecteerde termen	Geselecteerde termen	Geselecteerde termen
1 Diagnostisch concept	Omgaan met behandeling en leefregels	Omgaan met behandeling en leefregels	Pijn
2 Tijd			Acuut
3 Eenheid van zorg	Individu	Familie	Individu
4 Leeftijd	Adolescent	Jongvolwassene	Kind
5 Status van gezondheid	Gevaar	Welbevinden	Actueel
6 Descriptor	Ineffectief	Effectief	Toegenomen
7 Topologie			Hoofd
Diagnostische uitspraken	1 Gevaar voor ineffectief omgaan met behandeling & leefregels, individu, adolescent 2 Effectief omgaan met behandeling & leefregels, familie, jongvolwassene 3 Acute, toegenomen hoofdpijn bij kind		

De ICNP

De vragen die Marry Ann Lavin en Kristine Gebbie zich in 1972 stelden, zoals 'hoe kun je de specifieke bijdrage van verpleegkundigen nu zichtbaar maken?', speelden ook tijdens de bijeenkomst van de *International Council of Nurses* te Seoel in 1986. Er werd in Seoel aan de nationale vertegenwoordigers van de lidstaten gevraagd een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van verpleegkundige classificaties om zo een hulpmiddel te hebben dat verpleegkundigen overal ter wereld kunnen gebruiken om hun praktijk te beschrijven en hun specifieke bijdrage aan gezondheid van mensen te identificeren. Niet lang daarna ging de ontwikkeling van start voor de *International Classification for Nursing*

Practice (ICNP). De alfaversie verscheen in 1996. De bètaversie werd in 1999 gelanceerd met de volgende doelen:

- gemeenschappelijke taal;
- beschrijving van verpleegkundige zorg in de veelvormige praktijk;
- vergelijking mogelijk maken van verpleegkundige gegevens uit uiteenlopende klinische populaties, settings, geografische gebieden en perioden;
- trends aantonen in de verpleegkundige zorgverlening;
- verplegingswetenschappelijk onderzoek stimuleren;
- beïnvloeding van *health policymaking*.

De ICNP is een 'information tool' die de verpleegkundige praktijk beschrijft als de classificaties van:

- verpleegkundige verschijnselen (*nursing phenomena*);
- verpleegkundige acties (*nursing actions*);
- verpleegkundige resultaten (*nursing outcomes*).

Verpleegkundige diagnose

Een *verpleegkundige diagnose* is als het ware op te bouwen met de componenten die de classificatie van verpleegkundige verschijnselen bevat. De classificatie van verschijnselen bevat namelijk 8 assen. Zo kan de verpleegkundige met aspecten als *focus* (bijv. pijn), *oordeel* (bijv. toename), *frequentie* (bijv. continu), *duur* (bijv. chronisch), *topologie* (bijv. rechts) en *lichaamsdeel* (bijv. hand) beschrijven wat het aangrijpingspunt dient te zijn voor verpleegkundige interventie.

Verpleegkundige interventie

Een *verpleegkundige interventie* is met de ICNP te construeren door gebruik te maken van de componenten uit de classificatie van acties. Deze classificatie bestaat ook uit 8 assen. Om te werken naar een resultaat selecteert de verpleegkundige naast het *type actie* (bijv. verlichten), de *target* (bijv. pijn), de *zorgontvanger* (bijv. individu, groep, gemeenschap) en wellicht ook het *middel* (bijv. cold pack), de *topologie* (bijv. rechts) en het *lichaamsdeel* (bijv. hand).

Tabel 1.13 Het gebruik van de geselecteerde ICNP-assen voor de samenstelling van een interventie

Geselecteerde assen	Geselecteerde termen	Geselecteerde termen	Geselecteerde termen
Type actie	Reductie	Voorlichting geven	Testen
Target	Angst	(Veilig) bewegen	Watervoorziening
Zorgontvanger	Individu	Groep	Gemeenschap
Middelen	Guided imagery technique	Instructievideo	Protocol
Interventie	1 Angstreductie met guided imagery technique 2 Groepsvoorlichting over veilig bewegen met instructievideo 3 Testen van watervoorziening voor gemeenschap aan de hand van protocol		

De classificatie van resultaten verwijst weer naar de classificatie van verschijnselen. Het gaat immers om een bepaling van de status van een verpleegkundige diagnose nadat er interventies zijn toegepast.

Tussenvraag 1.15

Stel met behulp van de NANDA-assen een correcte diagnostische uitspraak samen.

Een medestudent controleert de diagnostische uitspraak en tracht met behulp van de ICNP-assen een toepasselijke interventie te construeren.

De CDV

Voor de verpleging is vanuit de voorganger van de ICF (de ICDH) een selectie gemaakt van termen die relevant zijn voor verpleegkundigen. Deze selectie is vervolgens ondergebracht bij een bewerking van de *Functional Health Patterns* van Gordon (1994). In maart 1996 verscheen het voorlopige product: de Ontwerp WCC-standaardclassificatie van diagnostische termen voor de verpleegkunde, kortweg: CDV. De oorspronkelijke *Functional Health Patterns* van Gordon (1994) zijn voor de constructie van de CDV enigszins bewerkt. Ze dienen als hoofdgroepen en hebben de naam *Functionele Gezondheidspatronen* gekregen (zie tabel 1.7 en bijlage 5). Aan deze hoofdgroepen zijn twee dimensies te onderkennen: *stoornissen* en *beperkingen*. Participatieproblemen (voorheen 'handicaps') zijn niet opgenomen in de CDV.

Stoornissen
Beperkingen

Geven codes informatie?

'Overmatige vermoeidheid?

Toen ik op een ochtend uit onrustige dromen ontwaakte, merkte ik dat mijn bed in een reusachtig stuk stopverf was veranderd. In al mijn ledematen heerste een miselijk makende slaptte, ik kon mijn hoofd niet meer recht houden en bij het aankleden had ik nauwelijks de kracht om de rits van mijn spijkerbroek dicht te trekken. Ik nam aan dat ik de avond tevoren te veel had gedronken. Ik vroeg me alleen af waar de lege flessen waren gebleven.'

ICF en CDV zijn documenten vol diagnostische termen. Een volledig antwoord op de vraag of we een diagnostische term wel of niet terecht gebruiken, zullen we er echter niet in vinden. Toch geven codes wel enige richting. Je kunt namelijk zeggen dat gezondheidsproblemen gedeeltelijk door hun plaatsing worden gedefinieerd.

Neem code S 426.21. We weten uit de *code* dat het gezondheidsprobleem *overmatige vermoeidheid* een stelseloverschrijdende functiestoornis is die met hoofdgroep 4 'activiteit' te maken heeft. In de code S 426.21 betekent:

- S stoornis;
- 4 hoofdgroep 'activiteit', patroon 4 FGP;
- 6 stoornis in functie op systeemoverschrijdend niveau.

Zoeken we vervolgens het gezondheidsprobleem op in de CDV, dan zien we dat het geplaatst is onder 'het bewegingsapparaat' en vervolgens weer onder 'stoornis in de belastbaarheid'. Op basis van *logische argumentatie* kun je nu het volgende uit de plaatsing afleiden:

- 1 overmatige vermoeidheid: heeft iets te maken met 'activiteit';
- 2 overmatige vermoeidheid: een stoornis van het bewegingsapparaat;

Overmatige
vermoeidheid

- 3 overmatige vermoeidheid: stoornis in functie op systeemoverschrijdend niveau;
- 4 overmatige vermoeidheid: een stoornis in de belastbaarheid.

In feite ligt het echter iets gecompliceerder. In tegenstelling tot de oorspronkelijke ICDH, waarin uitsluitend 'negatief' geformuleerde classificaties (stoornissen, beperkingen en handicaps) opgenomen zijn, bevat de CDV een classificatie die zowel in positieve zin (vaardigheden) als in negatieve zin (beperkingen) te gebruiken is. Zo valt onder hoofdgroep 8 (rol en relatie): 'hanteren van conflicten'. Dit is een positieve formulering. We hebben hier te maken met een *vaardigheid*. Door 'beperkingen in' voor deze vaardigheid te plaatsen, ontstaat een negatieve formulering: 'beperkingen in het hanteren van conflicten'.

Vaardigheid

Tabel 1.14 CDV: stoornissen en beperkingen in de Functionele Gezondheidspatronen

Voorbeelden van stoornissen en beperkingen die ondergebracht zijn in de rubrieken van de Functionele Gezondheidspatronen zoals opgenomen in de Ontwerp WCC-standaardclassificatie van diagnostische termen voor de verpleegkunde (CDV)

Stoornis (S-code)	Beperking (B-code)
<i>01 Gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding</i> Intermitterende malaise S 105.7	Neiging tot automutilatie B 100.20
<i>02 Voeding en stofwisseling</i> Afwezigheid van de maag S 200.03	Beperking in het verzorgen van de maaltijden B 201.0
<i>03 Uitscheiding</i> Diarree S 305.00	Beperking in de toilethygiëne B 300.0
<i>04 Activiteit</i> Overmatige vermoeidheid S 426.21	Beperking in het baden B 400.10
<i>05 Slaap en rust</i> Inslaapstoornis S 505.00.1	Beperking in het kunnen vinden van een goede rusthouding B 500.01.1
<i>06 Cognitie en waarneming</i> Denkbeeldige waarneming S 646.52	Beperking in het nemen van beslissingen B 601.33
<i>07 Zelfbeleving</i> Gebrek aan initiatief S 706.10.1	Nog geen invulling
<i>08 Rol en relatie</i> Hypochondrie S 806.03	Gevaar voor fysieke agressie B 800.11.3
<i>09 Seksualiteit en voortplanting</i> Stoornis in de libido S 906.10	Beperking in gebruik van voorbehoedmiddelen B 900.00
<i>10 Coping en stresstolerantie</i> Nog geen invulling	Beperking in het omgaan met werkstress B 1001.2
<i>11 Waarden en levensovertuiging</i> Nog geen invulling	Nog geen invulling

De CDV wordt alleen in Nederland gebruikt en is niet integraal vertaald in het Engels. Het is ook niet aannemelijk dat dit in de toekomst gaat gebeuren, omdat voorbereidingen zijn getroffen om een afleiding van de ICF te maken voor de verpleegkundige en paramedische beroepen gezamenlijk. Deze afleiding is noodzakelijk, omdat de ICF nu te weinig gedetailleerd is voor sommige toepassingen (zoals patiëntenzorg en onderzoek). Bij de ontwikkeling van de nieuwe afleiding kan voor de invalshoek van de verpleging echter goed gebruik worden gemaakt van de CDV. Voorts blijft het een unieke combinatie van twee ontwikkelingen die hun oorsprong vonden in de vroege jaren zeventig: het NANDA-gedachtegoed en de ICIDH. De CDV heeft ook nog steeds klinisch nut. Denk bijvoorbeeld aan de situatie dat de hoofdstructuur van een anamnese gebaseerd is op de originele Functional Health Patterns of de 13 domeinen van de NANDA, terwijl een verpleegkundige (in een patroon of domein) ook de stoornissen en beperkingen wil uitvragen (zie paragraaf 4.2.1).

■ ■ ■ 1.5.5 Achtergronden standaardisatie en classificatie

‘Standaardisatie is een sine qua non voor de verbetering van de informatievoorziening.’

‘Eenheid van taal blijft een essentiële voorwaarde voor uitwisseling van de informatie en afstemming van registraties.’

Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 1996)

In de voorgaande paragrafen is aan de orde geweest dat de karakteristieken van verpleegkundige kennis een adequate organisatie vereisen. Een *classificatie* is hierbij een hulpmiddel. Het biedt een structuur om verpleegkundige kennis te ordenen. Een deel van de kennis die een verpleegkundige nodig heeft, kan zo efficiënt opgeslagen en opgevraagd worden.

Er zijn echter meer redenen te noemen die tot toenemende interesse voor classificatie binnen de verpleegkunde hebben geleid. Ondanks het feit dat de indeling wat kunstmatig is (omdat de ontwikkelingen sterk met elkaar samenhangen), wordt getracht de ontwikkelingen hieronder te schetsen aan de hand van de volgende thema's:

- 1 kwaliteitsverbetering;
- 2 doelmatigheid;
- 3 verantwoording van beroepsmatig handelen;
- 4 beroepsinhoudelijke verdieping;
- 5 positionering;
- 6 automatisering;
- 7 onderzoek en onderwijs.

1 Kwaliteitsverbetering

In de gezondheidszorg worden veel gegevens van patiënten vastgelegd die op een later tijdstip opnieuw worden gebruikt en aangevuld. Het is voor hulpverleners en patiënten dan ook cruciaal dat ze elkaar begrijpen. Eenheid van taal is een randvoorwaarde voor kwaliteit van zorg. Reeds in het oude testament wordt duidelijk dat eenheid van taal een voorwaarde is voor zinvolle communicatie. Nog steeds zijn er vormen van Babylonische spraakverwarring waarneembaar. De noodzaak van

standaardisatie is dan ook groter dan ooit, ook binnen de verpleegkunde. Bij standaardisatie tracht men overeenstemming te krijgen over termen. Termen waarvoor een groot draagvlak is en die ook daadwerkelijk door zoveel mogelijk gebruikers gehanteerd worden. Dit is geen overbodige luxe gezien de meerduidigheid, die in diverse onderzoeken is aangetoond. De kwaliteit van de verpleegkundige hulpverlening heeft baat bij eenduidig gebruik van termen.

Eenduidigheid

Een verpleegkundige classificatie kan *eenduidigheid* stimuleren. Als aan een term slechts één betekenis wordt toegekend, kan dat positieve gevolgen hebben voor:

- a uniforme en efficiënte verslaglegging;
- b continuïteit van de verpleegkundige zorg (bijvoorbeeld overdracht), communicatie over grenzen van individuele verpleegkundigen, afdelingen, instellingen, velden, echelons en specialisaties heen;
- c multidisciplinaire samenwerking;
- d het inzichtelijk maken van de verpleegkundige praktijk voor alle belanghebbenden;
- e evaluatie van zorg.

2 Doelmatigheid

Binnen de gezondheidszorg moeten organisaties kwalitatief goede zorg leveren binnen doorgaans extern bepaalde financiële kaders. Vanuit deze optiek is het niet verwonderlijk dat doelmatigheid bij organisaties hoog in het vaandel staat. Doelmatigheid wordt als volgt omschreven (Ansems, 1994): 'Het realiseren van (ten minste) hetzelfde kwaliteitsniveau met minder middelen, dan wel het realiseren van een hoger kwaliteitsniveau met dezelfde middelen.'

Standaardisatie

Standaardisatie van terminologie en classificaties kunnen onderdeel zijn van doelmatigheidsbevorderende strategieën. Er gaat minder tijd verloren aan miscommunicatie, gegevens worden onderling beter vergelijkbaar en informatie aan het management wordt betrouwbaarder.

3 Verantwoording van het beroepsmatig handelen

In de maatschappij wordt steeds meer waarde gehecht aan de verantwoording van het beroepsmatig handelen. Men moet verantwoording afleggen aan de patiënt, de organisatie, de betrokken disciplines, de beroepsgenoten en de zorgverzekeraars. Zo is ook *tuchtrecht* voor verpleegkundigen geïntroduceerd. Om afwijkend gedrag in het kader van de beroepsuitoefening vast te leggen, heb je eenduidige termen nodig voor essentiële aspecten (bijvoorbeeld kernthema's) van het beroep. Classificaties helpen om de weerbarstige werkelijkheid binnen het verpleegkundig beroep te onderscheiden, te begrijpen, te verbaliseren en te visualiseren. Zodoende wordt de mogelijkheid ook vergroot om het eigen handelen en dat van collega's te evalueren.

Tuchtrecht

4 Beroepsinhoudelijke verdieping

De constructie van classificaties is te beschouwen als een aanzet om de condities die specifieke verpleegkundige bemoeienis vereisen, te onderscheiden, te begrijpen en te benoemen. Classificaties bieden termen waarmee de *actuele gezondheidstoestand* van de patiënt, inclusief zijn dagelijks functioneren, kan worden beschreven.

Actuele gezondheidstoestand

Door het proces van onderscheiden, begrijpen, verbaliseren en visualiseren, evolueert de verpleegkundige kennis. Helder en eenduidig inzicht in kenmerken, relaties, definities en technieken met betrekking

tot essentiële aspecten van het beroep vereist simpelweg beroepsinhoudelijke verdieping. De omvang van deze classificatie maakt duidelijk dat verpleegkundigen zich met veel uiteenlopende gezondheidsproblemen bezighouden.

5 Positionering

Als verpleegkundigen adequaat kunnen aangeven op welke verschijnselen ze zich richten, wat ze doen en welke effecten dit heeft, zal dit hun functioneren ten goede komen. Dan pas kun je verpleegkundig handelen goed onderzoeken en onderwijzen. Het is een cruciale stap op weg naar professionalisering.

6 Automatisering

Om informatie binnen de verpleegkunde doelmatig te kunnen verwerken, is een geautomatiseerd informatie(verwerkend) systeem wenselijk. De terminologie van een classificatie kan uitgangspunt zijn voor bijvoorbeeld 'verpleegplan-generators', managementinformatiesystemen en expertsystemen. Gebruik van classificaties maakt het handelen inzichtelijker. Informatie over vraag (diagnosen) en antwoord (interventies) wordt beter te kwantificeren. Personeelsinzet en opnameplanning zijn nauwkeuriger op elkaar af te stemmen.

Tussenvraag 1.16

In onderstaande citaten worden gebruiksmogelijkheden geschetst voor de ICF. Ga na welke gebruiksmogelijkheden de ICF nog meer heeft.

'De ICF heeft niet alleen betrekking op de individuele zorgverlening, maar is ook bron van informatie voor beleidsmatige en organisatorische beslissingen en weet deze verschillende onderwerpen met elkaar te verbinden.'

'Het verdient aanbeveling om in opleidingen op het terrein van de rehabilitatie (revalidatie in brede zin) aandacht te besteden aan de betekenis/relevantie van de ICF als ordenings- en registratiesysteem voor professionele interventies.'

7 Onderzoek en onderwijs

Ook voor onderzoek en onderwijs is eenheid van taal uiteraard van belang. Het is een voorwaarde om informatie snel op te zoeken, te vergelijken, te bewerken en weer op te slaan. Als bijvoorbeeld verpleegkundige interventies niet eenduidig omschreven worden, kun je ze ook moeilijk onderscheiden. Dit geeft problemen bij het aanleren van deze interventies (onderwijs), maar ook bij het bepalen van het effect (onderzoek).

Door adequate organisatie van kennis is het mogelijk tijdig te reageren op de eisen die de verpleegkundige praktijk stelt. In een classificatie wordt verpleegkundige kennis geordend.



Deze *orderingsprincipes* kunnen in het onderwijs aangeleerd worden. Praktijksituaties kunnen zodoende eenvoudiger worden voorzien. Het denken wordt als het ware meer gestructureerd. Nieuwe informatie kan gemakkelijker worden ‘opgeslagen’, terwijl informatie ook sneller ‘opgevraagd’ kan worden uit de *mentale bibliotheek*. Dit is van groot belang.

Etiketteren van mensen?

Bij de revisie van de ICF zijn van meet af aan mensen met functioneringsproblemen en de hen vertegenwoordigende organisaties betrokken. Hun inbreng heeft geleid tot aanmerkelijke veranderingen in de terminologie, inhoud en structuur van de ICF.

Het blijft echter een moeilijke kwestie hoe je naar personen kunt verwijzen die in een of andere mate een probleem ervaren. De ICF gebruikt de term ‘functioneringsprobleem’ om een meerdimensioneel verschijnsel aan te duiden, voortkomend uit de interactie tussen mens en omgeving. In beginsel hebben mensen uiteraard het recht om zelf te kiezen hoe ze worden genoemd.

Het is bovendien belangrijk te benadrukken dat met classificaties geen personen worden geclassificeerd. Zo is de ICF een classificatie die de gezondheidskenmerken van mensen beschrijft in de context van hun persoonlijke levenssituatie en de invloeden uit de omgeving. De functioneringsproblemen komen voort uit de interactie tussen gezondheidskenmerken en overige factoren. Het is kortom van belang dat personen niet worden gereduceerd tot of uitsluitend worden gekenmerkt door hun stoornissen, beperkingen in activiteit of participatieproblemen. In plaats van bijvoorbeeld te verwijzen naar een ‘geestelijk gehandicapte’, gebruikt de classificatie de frase ‘iemand met een leerprobleem’. De ICF beschermt zich hiertegen door elke verwijzing naar een persoon door middel van een ziekte of handicap te vermijden en door neutrale, zo niet positieve, en concrete taal te gebruiken.

De legitieme zorg over het etiketteren van mensen heeft ertoe geleid dat de categorieën in de ICF neutraal worden weergegeven teneinde depreciatie, stigmatisering en niet gepaste connotaties te vermijden. Deze benadering brengt echter het probleem van wat men zou kunnen noemen ‘opschoning van termen’ met zich mee. De negatieve kenmerken van iemands gezondheidstoestand en hoe mensen daarop reageren zijn onafhankelijk van de termen die gebruikt worden om die toestand te definiëren. Hoe men het gehandicapt-zijn ook benoemt, het bestaat ongeacht de labels. Het probleem is niet alleen een kwestie van taal, maar ook en in hoofdzaak een kwestie van de attitude van andere personen en de samenleving tegenover gehandicapt-zijn. Nodig is een correcte inhoud en gebruik van termen en classificaties.

Bron: Fragmenten uit ‘De ICF en mensen met functioneringsproblemen’, WHO/RIVM, 2002, p. 242–243

Tussenvraag 1.17

In dit hoofdstuk worden veel voordelen van standaardisatie en classificatie genoemd. Er zijn echter ook nadelen. Zo voelt een patiënt zich soms niet serieus genomen.

- a Schrijf vier mogelijke nadelen van classificatie op.
 - b Ga vervolgens na hoe je deze nadelen kunt ondervangen.
 - c Vergelijk je bevindingen met de ethische richtlijnen in paragraaf 4.1.1.
-

■ ■ ■ 1.6 Reflectie

Zoals in het voorwoord is aangekondigd, wordt ieder hoofdstuk afgesloten met reflectievragen. Aan het eind van dit eerste hoofdstuk tref je, vooraf aan de reflectievragen, eerst een inleiding aan op reflectie. Deze inleiding vormt het kader waarbinnen alle reflectievragen uit dit boek te plaatsen zijn.

Reflectie is (her)interpreteren van ervaring en kennis. Tijdens de opleiding leer je je kennis en ervaring te (her)interpreteren in het kader van het beroep van verpleegkundige. Reflectie is een vorm van nadenken, stilstaan bij waarom je dingen op een bepaalde manier doet. Door je handelen niet als vanzelfsprekend te zien, kun je je bewust worden van de veronderstellingen en impliciete methodes die je gebruikt. Je kunt nadenken over de gevolgen van je professionele handelen voor je omgeving en de maatschappij waarin je leeft. Het wordt duidelijker wat je wilt, wat je eigen beeld bij je handelen is, en wat je graag met je inzet als verpleegkundige zou willen bereiken. Reflectie kun je toepassen in je dagelijks leven en in de stages. Het is van speciaal belang in de opleiding tot verpleegkundige, omdat je tijdens het leren je denkkaders wilt verbreden van middelbare scholier tot hbo-verpleegkundige. Reflectie moet leiden tot een hoger abstractieniveau en kan met behulp van reflectieoefeningen gestuurd worden.

Bron: Reflectie op het handelen van de Hogeschool van Amsterdam, afdeling Onderwijsresearch & Ontwikkeling (www.reflectietools.nl).

Reflectie vindt plaats op drie gebieden tijdens het leerproces van de verpleegkundige:

- 1 reflectie op mijzelf;
- 2 reflectie op mijn methode en
- 3 reflectie op de maatschappij; de drie M's.

Reflectie op mijzelf

Door op het eigen handelen als student te reflecteren, krijg je inzicht in hoe het eigen beeld verschilt met hoe je door anderen gezien wordt, hoe je ideaal zich met de werkelijkheid verhoudt en uiteindelijk in hoeverre beroepsrollen en kerncompetenties verworven zijn. Je reflecteert op je eigen leerproces en op je persoonlijk handelen door je eigen acties te vergelijken met de acties van een professioneel rolmodel (bijvoorbeeld verpleegkundigen tijdens de stage of de docent), door je huidige niveau te toetsen aan je ambities en door feedback te ontvangen van anderen. Om anders te handelen moeten echte alternatieven ontwikkeld worden. Dit vraagt creatieve vaardigheden en kaderverleggend

denken. De verpleegkundige moet leren zichzelf objectief in te schatten.

Kernactiviteiten

Kernactiviteiten in het kader van reflectie op het eigen leerproces zijn: een competentieontwikkelplan formuleren op basis van competenties uit het beroepsprofiel, een studieplan maken, het eigen leerproces begrijpen en kunnen beschrijven in bijvoorbeeld een portfolio met als doel te weten hoe je kunt blijven leren.

Vragen:

- Hoe heb ik geleerd? Wat heb ik geleerd?
- Snap ik het? Hoe werd het mij duidelijk?
- Voel ik mij competent? Heb ik het in de vingers?

Reflectie op de methode

Reflectie op het wezen van de beroepsuitoefening draait om de relatie tussen theorie en praktijk. In de stages doe je praktijkervaring op waarmee je het vak leert. De terugkoppeling van praktijkervaringen naar theoretische concepten is van belang, evenals zinvol toepassen van de theorie op de praktijk. De hbo-verpleegkundige moet een breed kader kunnen beheersen om de praktijkervaringen niet alleen als losse voorbeelden te zien, maar in hun samenhang. Deze samenhang wordt geboden door de theorie.

De theorie plaatst de opgedane praktijkervaringen in een context en maakt ze betekenisvol. De verpleegkundige leert reflecteren op haar beroep door te kunnen abstraheren vanuit ervaringen en voorbeelden, door methodologische en systematische samenhang van ervaringen te zien. Hiervoor heb je training nodig in de methoden die in het vakgebied gebruikt worden en kennis van hun geschiedenis en ontwikkeling. Door de ontwikkeling van deze methoden te begrijpen, realiseer je je ook dat er niet slechts één correct antwoord op een vraag of opdracht is, maar dat er verschillende mogelijkheden zijn, afhankelijk van de gekozen methode.

De kernactiviteiten in het kader van reflectie op de methode zijn de koppeling tussen de praktijkervaring en theorie, informatie op waarde kunnen schatten en kennis van onderzoeksmethoden verwerven. Met als doel zelfvertrouwen te hebben in het toepassen van nieuwe methoden.

Vragen:

- Hoe werkt dit? Waarom werkt het? Waarom werkt het niet? Kan ik anderen uitleggen hoe het werkt?
- Wat heb ik precies gedaan? Welke theorie heb ik toegepast? Had ik het anders kunnen doen?
- Hoe weet ik dat het klopt? Wat is mijn kwaliteitsnorm?

Reflectie op de maatschappij

Er bestaat geen waarde vrij handelen. De handelingen van professionals gebeuren niet in een vacuüm, maar in een maatschappelijke situatie met een veelvoud aan belanghebbenden. Het handelen van een verpleegkundige heeft gevolgen voor het hoogste goed, namelijk gezondheid. Haar handelen moet dus goed doordacht zijn. Verpleegkundigen staan middenin de samenleving en van hen wordt veel verwacht, meer dan alleen het technisch beheersen van het vak. De verpleegkundige draagt verantwoordelijkheid voor haar acties, moet zich bewust zijn van

de context en de gevolgen van het handelen voor patiënten, opdrachtgevers en belanghebbenden zoals zorgverzekeraars. Aan de andere kant geeft deze maatschappelijke inbedding ook een voldoening over de bijdrage die de verpleegkundige aan de samenleving levert. Je leert reflecteren op maatschappelijke kwesties door bekwaam te worden in ethische reflectie. In reflectieoefeningen worden de dilemma's en ervaringen van de beroepspraktijk aan een structurele analyse onderworpen en kunnen discussies en debatten plaatsvinden die verder gaan dan het alleen uiten van een mening of klakkeloos volgen van de algemene lijn. De verpleegkundige neemt kennis van hogere concepten zoals persoonlijke autonomie, de plichten en rechten van het maatschappelijke verkeer en het ethische framework dat hiervoor ontwikkeld is.

De kernactiviteiten in het kader van reflectie op de maatschappij zijn: bewust zijn van de verantwoordelijkheid voor het professionele handelen in de maatschappelijke context (beroepsethiek, cultuurfilosofie). Doel: zich bewust te zijn van de maatschappelijke consequenties van professioneel handelen.

Vragen:

- Wat zijn de gevolgen van mijn handelen? Ben ik verantwoordelijk voor mijn handelen? Had ik anders kunnen of moeten handelen?
- Wat is de bijdrage van mijn beroep aan de maatschappij? Heeft mijn beroepsvereniging een beroepscode?
- Wat is integriteit? Wat is duurzaamheid?

Reflectievragen

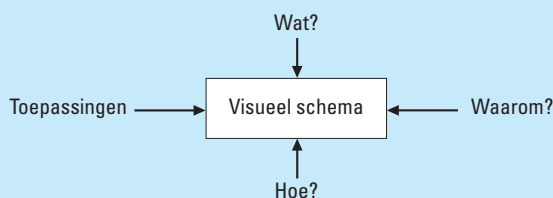
Deze reflectievragen zijn gericht op jezelf. Je eigen leerproces, naar aanleiding van de theorie uit dit hoofdstuk, staat centraal.

- Hoe heb je dit hoofdstuk doorgenomen? Wat heb je geleerd?
- Wat snap je en wat (nog) niet? Hoe is het je duidelijk geworden?
- Voel je je nu competent op het gebied van organisatie van verpleegkundige kennis? Heb je het in de vingers?
- Wat ga je vanuit deze kennis voortaan anders doen en wat denk je daarmee te bereiken?

Mindmapping Visueel schema

Een methode om je de kennis uit dit hoofdstuk eigen te maken is *mindmapping* of het maken van een *visueel schema*. Deze methode helpt je de theorie te visualiseren en in schema te brengen. Op internet zijn gratis demoversies van mindmap software te vinden. Zie ook http://www.leren.nl/cursus/leren_en_studeren/actief_leren/visueel_schema.html

Figuur 1.6 Voorbeeld visueel schema



Een visueel schema is een model van gedachten, informatie of kennis. Met een visueel schema kun je beter nadenken en leren. Je ziet in één oogopslag structuur in de informatie en je komt makkelijker op nieuwe ideeën.

In een visueel schema stel je bijvoorbeeld begrippen voor met een symbool, een woord of een korte zin in een cirkel. Een 'begrip' kan van alles zijn, zoals:

- een concreet object (patiënt);
- een vraag (Wat is verplegen?);
- een idee of taak (organisatie van verpleegkundige kennis).

Een lijn tussen twee begrippen geeft een relatie aan. De betekenis van de relatie geef je aan met een symbool, een woord of een korte zin op de lijn. Het kan een vage relatie zijn (dit heeft te maken met dat) of een heel concrete (dit veroorzaakt dat).

Zo'n visueel schema sluit beter aan bij de werking van de hersenen dan een traditionele lineaire tekst. Je hersenen werken niet tekstueel en lineair. Daarom verloopt het lezen en schrijven van tekst langzaam en kost het veel energie.

Aanwijzingen

Een mindmap bestaat uit een centraal woord of begrip in een cirkel.

Vanuit deze cirkel trek je lijnen en daarop schrijf je de belangrijkste begrippen die ermee te maken hebben.

Door deze stap voor elk van de buitenste begrippen telkens te herhalen, kun je een mindmap zo gedetailleerd maken als je wilt.

Vertakkingen die met elkaar samenhangen kun je markeren door er een cirkel omheen te trekken.

Een concept map volgens Novak maak je als volgt:

- Schrijf alle begrippen over een onderwerp op die je maar te binnen schieten.
- Rangschik ze van abstract naar concreet.
- Groepeer samenhangende begrippen bij elkaar.
- Noteer elk begrip in een cirkel op een groot vel papier.
- Verbind de nabijgelegen cirkels met een lijn en bedenk bij elke lijn een uitspraak die de relatie tussen de beide begrippen aangeeft.

Enkele suggesties om een visueel schema te verrijken:

- Bij een relatie kun je een richting aangeven door een pijl te gebruiken. Denk bijvoorbeeld aan een oorzaak/gevolgrelatie of een volgorde.
- Het symbool, het woord of de korte tekst bij een relatie moet een betekenisvol verband uitdrukken.
- Met name bij een mindmap geldt: visueel in plaats van tekstueel. Maak zoveel mogelijk gebruik van illustraties, tekeningen of cartoons en noteer je tekst uitsluitend in sleutelwoorden.
- Gebruik vormen als vierkanten, cirkels, driehoeken enzovoort om gelijksoortige gebieden of begrippen te markeren. Bijvoorbeeld: in een probleemanalyse markeer je alle problemen met een rode driehoek en alle mogelijke oplossingen met een groene cirkel.
- Gebruik kleuren, bijvoorbeeld om gelijksoortige ideeën te markeren (vragen oranje, antwoorden groen) of om leerdoelen en verdiepingsvragen te markeren.

- Gebruik een bepaalde kleur of een symbool om begrippen te markeren waaraan je nog moet werken. Of voeg een vraag of leerdoel toe aan de concept map.
- Geef ook relaties aan tussen begrippen die op afstand van elkaar in je mindmap staan. Teken bijvoorbeeld een grote pijl in een afwijkende kleur.
- Stel bij een idee de *vragen*: Waarom? Waartoe? (Doel.) Hoe? Wat? Waar? Wie? Wanneer? Hierdoor kom je vanzelf op nieuwe ideeën.

Bron: http://www.leren.nl/cursus/leren_en_studeren/actief_leren/visueel_schema.html

■ ■ ■ Samenvatting

Verpleegkundigen werken in diverse functies, op vele locaties, voor uiteenlopende duur en wisselende situaties. De complexiteit en verantwoordelijkheid van het verpleegkundig beroep kan nogal variëren. Soms is de verpleegsituatie stabiel, voorspelbaar, met voldoende reactietijd en is er weinig risico om een fout te maken, met uitsluitend verantwoordelijkheid voor het eigen takenpakket. De verpleegsituatie kan echter ook zeer complex zijn (wisselend, onvoorspelbaar, levensbedreigend), terwijl de noodzakelijke verpleegkundige handelingen zich laten typeren als ingewikkeld, met kans op fouten, bijwerkingen en complicaties. De verantwoordelijkheid beperkt zich hierbij niet tot het eigen takenpakket, maar strekt zich uit over het werk van anderen.

Naast deze variatie is er echter ook een gemeenschappelijke basis. Deze omvat de beroepshouding, het specifieke aandachtsgebied en de methodische beroepsuitoefening. De route van de methodische beroepsuitoefening gaat veelal via de volgende stations: gegevens verzamelen, diagnose stellen, prognose bepalen, resultaat stellen, interventie selecteren, interventie uitvoeren, evalueren, modifieren of stoppen.

De veelzijdige praktijk van verpleegkundigen stelt hoge eisen aan de omvang, de inhoud en de beschikbaarheid van de verpleegkundige kennis. Deze eisen brengen met zich mee dat het noodzakelijk is om de verpleegkundige kennis adequaat te organiseren. Een goede organisatie vergemakkelijkt het opslaan en opvragen van die kennis. Een doorgaans als zinvol ervaren ordening is die waarbij informatie in hiërarchisch geordende klassen ondergebracht wordt. Deze ordening is ook terug te vinden in veelgebruikte classificaties in de gezondheidszorg. Een voordeel is dat economisch gebruik wordt gemaakt van de beschikbare geheugenruimte.

Het gebruik van eenzelfde classificatie heeft ook een positief effect op de onderlinge communicatie tussen hulpverleners. Dit is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg van cruciaal belang. Als hulpverleners elkaar willen begrijpen, is het dan ook van belang dat ze kennis hebben van elkaars classificaties. De *Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren* (ICF) is een voorbeeld van een classificatie die zich in toenemende mate mag verheugen op bekendheid bij verpleegkundigen, paramedici en artsen. Het voordeel van de ICF is het multidisciplinaire karakter. Nadeel is dat de classificatie in de internationale verpleegkundige gemeenschap niet veel wordt gebruikt. De mondiale bekendheid van een monodisciplinaire classificatie zoals die van de *North American*

Nursing Diagnosis Association (NANDA) is veel groter. Classificaties kunnen de methodische beroepsuitoefening faciliteren. Gebruik van classificaties kan positief effect hebben op bijvoorbeeld kwaliteit, beroepsinhoudelijke verdieping, automatisering en onderwijs.