

# Regie van het primaire proces



Noordhoff Uitgevers

Elly Schoemaker  
Els Albersnagel



## **Regie van het primaire proces**





# **Regie van het primaire proces**

Elly Schoemaker

Els Albersnagel-Thijssen

Tweede druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K Designers, Groningen  
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](mailto:info@noordhoff.nl)

*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.*

5 / 13

Deze uitgave is gedrukt op FSC-papier.

© 2003 Noordhoff Uitgevers 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](http://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](http://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) 978-90-01-84985-6  
ISBN 978-90-01-61762-2  
NUR 897

## Woord vooraf

Met dit boek willen we inhoud geven aan de regiefunctie van de verpleegkundige. De verpleegkundige (in opleiding) leert hierin hoe ze complexiteit kan hanteren en hoe ze zich kan bekwamen in patiëntentoe wijzing, samenwerking en kwaliteitszorg.

De eerste ideeën voor dit boek zijn reeds enige tijd geleden op papier gezet. Het doel was een boek te schrijven over management van de verpleegsituatie. Diverse kwesties zorgden gedurende het schrijfproces voor voortdurende inspiratie en uitdaging:

- het onderscheid tussen het eerste en tweede niveau in de verpleging, wat onvoldoende uit de verf komt, ondanks het beroepsprofiel van 1988;
- de bevindingen van de Visitatiecommissie HBO-V in 1991, waarin onder meer wordt gesteld dat er in het onderwijs onvoldoende aandacht is voor de begeleiding van het tweede deskundigheidsniveau en voor integratie van andere vakken in het vak verpleegkunde;
- het project Methodiekontwikkeling voor het Verpleegkundeonderwijs, dat met subsidie van de Commissie Vernieuwingsfonds hbo en de Hanzehogeschool, Hogeschool van Groningen, onderwijsmateriaal ontwikkelt waarin zowel het eerste deskundigheidsniveau als de begeleiding van het tweede tot uitdrukking komen;
- het project Methodiekontwikkeling ter ondersteuning van functie-differentiatie in de Verpleging, gesubsidieerd door diverse gezondheidszorginstellingen, de Commissie Vernieuwingsfonds hbo en de Hanzehogeschool, Hogeschool van Groningen, waarin onderwijsmateriaal en ontwikkelde theorieën worden getoetst en geïmplementeerd in de beroepspraktijk;
- de kwalificatiestructuur voor verpleging en verzorging (1996), met eindtermen voor de niveaus twee tot en met vijf. Het rapport *Gekwalificeerd voor de toekomst* is uiteindelijk bepalend geweest voor de inhoud en indeling van het boek zoals het nu voor u ligt.

Dit boek biedt verpleegkundigen (in opleiding) handvatten om de zorginhoudelijke regiefunctie te vervullen. Ook reikt het docenten ideeën aan om onderwijsinhouden te bepalen. In onze opvatting moeten de studenten vanaf het begin van hun opleiding weten dat zij tijdens de beroepsuitoefening niet alleen verantwoordelijk zijn voor de patiëntenzorg die zijzelf direct uitvoeren, maar ook voor het proces van patiëntentoe wijzing én voor de toegewezen verpleegkundige zorg. Verpleegkundige kennis hierover is nieuw. Theorieën over management en organisatiekunde zijn er genoeg, maar over de integratie van deze theorieën in verpleegkundige kennis is nog nauwelijks iets gepubliceerd. Wij doen hiertoe een poging. We blijven dicht bij het primaire proces, de directe patiëntenzorg, omdat daar immers de regie over wordt gevoerd.

De eerste druk is in samenspraak tot stand gekomen. Hoofdstuk 1 is geschreven door Elly Schoemaker en Els Albersnagel-Thijssen, hoofdstuk 2 door Elly Schoemaker, hoofdstuk 3 door Els Albersnagel-Thijssen en hoofdstuk 4 door Elly Schoemaker en Leo Aukes.

Onze dank gaat uit naar de volgende personen die het manuscript hebben voorzien van nuttig commentaar: mw. drs. G. Abrahamse, dhr. J. Bielsma, mw. A. Jansen, mw. R. Koetsenruijter Msn, mw. drs. L. Mulder en mw. drs. C. Nijhuis.

Voor hun betrokkenheid, creativiteit en deskundig commentaar tijdens het hele schrijfproces danken wij drs. Ype Meinte van der Brug en Jan Deelstra.

Groningen, januari 1999  
Elly Schoemaker  
Els Albersnagel-Thijssen  
Leo Aukes

### **Woord vooraf bij de tweede druk**

Deze tweede druk is een geactualiseerde versie waar up-to-date informatie wordt gegeven. De nieuwste uitgaven van classificaties zoals de NANDA, ICNP en ICP zijn hierin verwerkt. Verder hebben we nadrukkelijk gebruikgemaakt van het nieuwe beroepsprofiel. De rollen van de hbo-verpleegkundige komen in het boek naar voren als zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Centraal staat nog steeds de hbo-verpleegkundige die de regie heeft over het primaire proces, óók in situaties waar de zorg door anderen wordt uitgevoerd. In het hoofdstuk 'Kwaliteitzorg' laten we de lezer ook gebruikmaken van een aantal interessante websites.

Groningen, januari 2003  
Elly Schoemaker  
Els Albersnagel-Thijssen



# Inhoud

Inleiding 9

- 1 Complexiteit van de verpleegsituatie 13**
  - 1.1 Het begrip 'complexiteit' 15
  - 1.2 De gezondheidszorg: complexe besluitvorming 16
  - 1.3 Gezondheidszorginstellingen: complexe organisaties 18
    - 1.3.1 Structurering van de ruimte 17
    - 1.3.2 Structurering van de communicatie 18
  - 1.4 De verpleegsituatie 18
    - 1.4.1 Afstemming zorgaanbod op zorgvraag 19
    - 1.4.2 Zorgvraag en complexiteit 23
    - 1.4.3 Zorgaanbod en complexiteit 26
  - 1.5 De mate van complexiteit van de verpleegsituatie 33
    - Samenvatting 39
  
- 2 Patiënttoewijzing 41**
  - 2.1 Verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden 43
    - 2.1.1 Zorginstellingen 43
    - 2.1.2 Opleidingsstelsel Verpleging en Verzorging 46
  - 2.2 De zorginhoudelijke regiefunctie 48
    - 2.2.1 Diagnosen, resultaten en interventies 52
    - 2.2.2 Signaleren van veranderingen 54
    - 2.2.3 Evalueren 56
    - 2.2.4 Vuistregels van toewijzing 58
  - 2.3 Sturing en ondersteuning bij patiënttoewijzing 63
  - 2.4 Competentieniveaus 69
  - 2.5 Professionele verantwoordelijkheid 71
    - 2.5.1 Het functioneren van anderen 72
    - 2.5.2 Het handelen van anderen 73
      - Samenvatting 74
  
- 3 Samenwerken met andere disciplines 75**
  - 3.1 De inhoud 78
    - 3.1.1 Aandachtsgebied 78
    - 3.1.2 De ICF 79
    - 3.1.3 Professionele verantwoordelijkheid 81
    - 3.1.4 Eenduidig taalgebruik 85
    - 3.1.5 De inbreng van de verpleegkundige 86
  - 3.2 Procedures 89
    - 3.2.1 Soorten overleg 90
    - 3.2.2 Een model voor samenwerking 95
    - 3.2.3 Patiëntgericht overleg: het gezamenlijke zorgplan 97
  - 3.3 Relaties 104
    - 3.3.1 Relatievorming 105
    - 3.3.2 Gezamenlijke doelen 105
    - 3.3.3 Communicatie 107
      - Samenvatting 110

- 4**      **Kwaliteitszorg** 111
  - 4.1      Het begrip kwaliteit 113
  - 4.2      Kwaliteit van beroepsuitoefening 114
  - 4.3      Integrale kwaliteitszorg 118
    - 4.3.1      Kwaliteitssystemen 120
    - 4.3.2      Kwaliteitswet Zorginstellingen 121
  - 4.4      Kwaliteitsverbetering: een cyclisch proces 123
    - 4.4.1      Gesignaleerde problemen 124
    - 4.4.2      Reflectie op het eigen werk 126
  - 4.5      Zorg- en hulpverleningsprocessen expliciteren 128
    - 4.5.1      Diagnosen, resultaten en interventies 128
    - 4.5.2      Protocollen, standaarden en richtlijnen 130
  - 4.6      Toetsen van het werk 135
    - 4.6.1      Interne toetsing 135
    - 4.6.2      Externe toetsing 136
  - 4.7      Deskundigheidsbevordering/intervisie 137
    - 4.7.1      Feedback 138
    - 4.7.2      Gedeelde verantwoordelijkheid 139
  - 4.8      Invoeren van veranderingen 140
    - 4.8.1      Vaststellen van gewenste verandering 142
    - 4.8.2      Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van veranderingen 142
    - 4.8.3      Ontwikkelen van strategieën om veranderingen door te voeren 142
    - 4.8.4      Feitelijke invoering van nieuwe werkwijze 143
    - 4.8.5      Evaluatie van de resultaten 144
  - 4.9      Een klantgerichte benadering 144
    - 4.9.1      Klachtenbehandeling 145
    - 4.9.2      Klachten benutten voor verbetering van de kwaliteit van zorg 146

Begrippenlijst 148

Antwoorden studie-tussenvragen 151

Literatuur 158

## **Bijlagen**

- Bijlage 1      Vaardigheden en kennis 163
- Bijlage 2      ICF: Classificatie op het tweede niveau 165
- Bijlage 3      Consultmethode 176
- Bijlage 4      Gebieden en variabelen die van invloed zijn op prognoses 177
- Bijlage 5      Interventies en resultaten 178
- Bijlage 6      Samenwerkingsprotocollen 183
- Bijlage 7      De functionele gezondheidspatronen 184

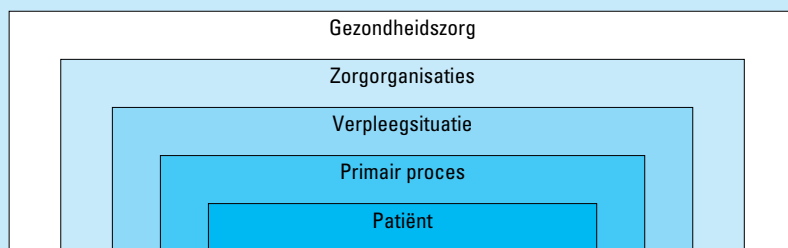
Over de auteurs 190

Register 191

## Inleiding

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

### De omgeving van de patiënt



Bron: Albersnagel & Van der Brug, 1997

Centraal in dit boek staat het verpleegkundig handelen dat gericht is op de condities in de directe omgeving van de patiënt. In het eindrapport van de Commissie Kwalificatiestructuur wordt dit als volgt beschreven: 'Behalve de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de individuele patiënt, is de verpleegkundige van niveau vijf verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg rond individuele patiënten. Zij voert overleg met de eigen discipline en met andere disciplines. De verpleegkundige vervult de zorginhoudelijke regiefunctie. Zij wijst patiënten toe en coördineert het totale, integrale zorgproces. Daarnaast schept ze randvoorwaarden voor verbetering van het primaire zorgverleningsproces. Dat houdt onder meer in kwaliteitsbewaking, -beheersing en -bevordering. Verder geeft ze aankomende en beginnende beroepsbeoefenaren werkbegeleiding.'

In dit boek wordt leerstof aangereikt om bovenstaande competenties te verwerven.

### Opbouw

De titel van het eerste hoofdstuk is: 'Complexiteit van de verpleegsituatie'. Met dit eerste hoofdstuk slaan we een brug tussen de uitgave: *Diagnosen, interventies en resultaten* en dit boek. Complexiteit zegt immers iets over diagnosen, interventies en resultaten, maar ook over de directe omgeving van de patiënt én over de beroepsbeoefenaar zelf. Complexiteit wordt behandeld als theoretisch begrip, en in die zin wijkt dit

hoofdstuk qua karakter af van de rest van het boek. De volgende hoofdstukken zijn voornamelijk praktisch van aard en geven concrete handvatten om patiëntentoewijzing, samenwerking en kwaliteitszorg te realiseren.

In hoofdstuk 1 gaan we nader in op de betekenis van het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie'. De complexiteit van de verpleegsituatie wordt binnen de verpleegkundige praktijk een steeds belangrijker theoretisch begrip, onder andere omdat het dient als toewijzingscriterium van patiënten aan verpleegkundigen van verschillende kwalificatieniveaus. Binnen de verpleegkunde is tijdens het laatste decennium sprake geweest van een sterke, specifiek verpleegkundige theorieontwikkeling, die de nodige invloed heeft gehad op methodiek en de manier van werken van een verpleegkundige binnen een verpleegsituatie. Idealiter worden in een verpleegsituatie eerst een of meer verpleegkundige diagnoses gesteld, worden aan de hand hiervan specifiek beoogde resultaten geformuleerd en wordt een aantal verpleegkundige interventies geselecteerd om deze resultaten ook daadwerkelijk te behalen. In hoofdstuk 1 betogen we dat door deze ontwikkeling ook de betekenis van het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' is veranderd. De opvatting dat de complexiteit van een verpleegsituatie kan worden bepaald door te kijken naar bepaalde eigenschappen van de zorgvraag van een patiënt, wordt nader tegen het licht gehouden en verworpen. We pleiten voor de opvatting dat een verpleegsituatie als meer complex wordt ervaren, naarmate het moeilijker is te werken met bepaalde diagnoses of interventies, omdat deze een groter beroep doen op de cognitieve of technische vaardigheden van een verpleegkundige. Met andere woorden, complexe patiënten bestaan niet; wel bestaan diagnoses en interventies waarmee moeilijk te werken is binnen een verpleegsituatie, zodat de situatie als complex ervaren wordt. Dit houdt verder in dat patiënten niet toegewezen zouden moeten worden op grond van scorelijsten, waarin aan een aantal eigenschappen van een patiënt een waarde wordt gegeven, maar op grond van de moeilijkheidsgraad van de verpleegkundige diagnoses en interventies waarmee een verpleegkundige moet werken binnen een verpleegsituatie. Niet de patiënten, maar de diagnoses en interventies moeten worden gescoord op complexiteit.

Hoofdstuk 2 gaat over patiëntentoewijzing. Patiëntentoewijzing wordt altijd beargumenteerd vanuit de verpleegkundige diagnose, de gekozen interventie, en het beoogde resultaat met de daaruit voortvloeiende complexiteitsbepaling. De verpleegkundige voert de zorginhoudelijke regie. In plaats van de zorg zelf uit te voeren, kan zij de zorg toewijzen aan een verpleegkundige, verzorgende of helpende. We spreken dan van gedelegeerde zorg. Een belangrijk element bij het delegeren van verpleegkundige zorg is het vermogen van de verpleegkundige om de competentie van degene aan wie wordt gedelegeerd juist in te schatten. Delegeren betekent ook leidinggeven. We onderscheiden vier stijlen van leidinggeven die samenhangen met de aard van de taak en de competentie van degene aan wie wordt gedelegeerd. De verpleegkundige geeft zo sturing aan het hulpverleningstraject en ondersteuning bij de uitvoering ervan. Zij blijft verantwoordelijk voor het eindresultaat. De samenwerking tussen verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden wordt in dit hoofdstuk uiteengezet.

In hoofdstuk 3 komt samenwerking met andere gezondheidszorg-professionals aan de orde. Naar samenwerking kun je kijken vanuit drie verschillende invalshoeken: de inhoudelijke, de procedurele en de relationele invalshoek. De inhoudelijke invalshoek betreft de gezondheidsproblemen van de patiënt en de competenties van de professionals als antwoord hierop. Om met een diversiteit aan professionals over bijvoorbeeld de inhoudelijke benadering te kunnen communiceren, is eenduidig taalgebruik noodzakelijk. In dit hoofdstuk hebben we gekozen voor de ICF als bron voor termen om de actuele gezondheidstoestand van de patiënt te beschrijven. Aan de hand van een casus wordt samenwerking op inhoud van de zorg beschreven.

De procedurele benadering van samenwerken gaat als het ware over het voertuig of de verpakking van samenwerken. Mogelijkheden om de inhoud van de zorg voor het voetlicht te brengen, komen aan de orde, zoals het patiëntgerichte overleg, maar ook diverse vormen en structuren voor samenwerking die meer werkergericht, thematisch en beleidsgericht zijn.

Ten slotte wordt de relationele kant van samenwerken besproken; het hoe van samenwerken, ofwel het samenwerkingsproces. We gaan in op aspecten aan het opbouwen en instandhouden van professionele relaties. Ook passeren diverse soorten doelen bij samenwerking de revue. Ten slotte komen communicatieaspecten aan de orde en geven we tips om tot een optimale communicatie te komen.

In hoofdstuk 4 beschrijven we hoe verpleegkundigen en verpleegkundige een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg. Door zorgprocessen te expliciteren met behulp van diagnoses, resultaten en interventies, en door te werken volgens protocollen, standaarden en richtlijnen, kan het werk op een verantwoorde manier worden getoetst. Ook worden de consequenties van de Kwaliteitswet Zorginstellingen beschreven. Instellingen zijn verplicht kwaliteitssystemen te ontwikkelen waardoor het professioneel handelen door externe waarnemers kan worden getoetst. Voor kwaliteitsverbetering en -bewaking wordt met een kwaliteitscyclus gewerkt. Hiermee worden kwaliteitsproblemen geanalyseerd en geselecteerd, en worden voorstellen gedaan tot verbetering van de zorg. De rol van de verpleegkundige bij de coördinatie van veranderingsprocessen komt hier ook aan de orde. We leggen de relatie tussen kwaliteitsverbetering en optimale patiëntenzorg. De kwaliteit van de beroepsbeoefenaar zelf wordt zichtbaar in de deskundigheid en bekwaamheid, doeltreffendheid en doelmatigheid en in een constructieve en zorgvuldige omgang met patiënten.



# Complexiteit van de verpleegsituatie

## 1

- 1.1 Het begrip 'complexiteit'
- 1.2 De gezondheidszorg: complexe besluitvorming
- 1.3 Gezondheidszorginstellingen: complexe organisaties
- 1.4 De verpleegsituatie
- 1.5 De mate van complexiteit van de verpleegsituatie

### OPENINGSCASUS

#### Winterkinderen

maandag 16 december 1979

De koele, vreemde ziekenhuisnacht – die is het ergste van al. Zo lastig om door te komen. Zo lang. Wat overdag wit was, is nu zwart. En wat zwart was, is nu wit. De ziekenhuisnacht is een negatief, dat maar niet uit de ogen van de patiënten verdwijnt. Zachte zuchten. Lijven die onrustig in hun slaap omdraaien.

Een blauw lampje knippert. Een patiënt heeft aan het koord bij het hoofdeinde getrokken. De verpleegkundige komt geruisloos de kamer binnen om te kijken wat er aan de hand is.

Als het ochtend wordt en iedereen eindelijk in de diepste slaap gevallen is, wordt de deur geopend en zegt een frisse stem: 'Goedemorgen dames!' De dames draaien zich pruilend om in hun bed, heffen de verwilderde hoofden op van de verkreukelde kussens, kijken elkaar aan, en laten zich weer wegzakken in hun warme knusse nest. Twee verpleegkundigen in opleiding komen de kamer binnen. Zij zijn aardig. Ze doen niet het scherpe plafondlicht aan, maar alleen de kleine bedlampjes. (...) Een verpleegkundige verschijnt als een zwart silhouet in de deuropening: 'Wilt u naar het toilet gaan?' Voor de nieuwe patiënten is dit een van de dingen waar zij het moeilijkst aan kunnen wennen – dat eeuwige gedoe met urine. De kleur, het luchtje, de hoeveelheid – het feit dat er geen druppeltje verloren mag gaan. Dan kunnen de patiënten weer naar bed gaan en tot acht uur slapen, tenzij ze liever opblijven om te douchen.

Het ontbijt is het beste maal van de dag. Het wordt elke dag op dezelfde tijd geserveerd, en toch lijkt het alsof je er eeuwen op moet wachten. Dat komt zeker, doordat je zo'n honger hebt – het is lang geleden dat je voor het laatst gegeten

hebt. Een verzorgende verschoont het beddegoed en maakt de bedden op. Ze schudt de kussens en keert de dekbedden voorzichtig, en toch met grote snelheid. De gordijnen gaan open. Het eerste grijzige licht. Het ziekenhuis wordt wakker. Na de ronde komt het personeel bij elkaar in het kantoortje aan de gang. 't Is alsof er op deze ochtendconferenties beslist wordt over het lot van de patiënten. De witte gestalten zitten daar vast en zeker af te spreken wat er met wie gaat gebeuren. Wie er binnenkort uit het ziekenhuis ontslagen gaat worden. Wie er verlost zal worden met behulp van een sectio caesarea, of vaginaal. En wie er beslist haar ongeduld moeten bedwingen en zich erop instellen, dat ze nog eeuwen hier op de zwangeren afdeling zullen moeten blijven liggen.

Het ziekenhuis is een mierenhoop. Een bijenkorf. Een collectief produkt. Een groot levend organisme. Som van de mensen die hier hun dagelijkse bezigheden hebben. Som van de patiënten, die hier voor kortere of langere tijd liggen. Som van de gebouwen, inventaris en instrumenten. Som van de politieke beslissingen, waaraan het ziekenhuis onderworpen is. Het ziekenhuis wordt wakker en begint te leven.

Bron: Morch, 1979. *Winterkinderen* is een roman over een aantal vrouwen en hun achtergrond in maatschappij en gezin. Zij liggen op de afdeling obstetrie van een ziekenhuis in Kopenhagen.

Dit fragment uit *Winterkinderen* is een momentopname van het begin van een dag in een ziekenhuiskamer. Het geeft een goed beeld van wat er zich in zo'n ziekenhuiskamer afspeelt. Een ziekenhuiskamer is de ontmoetingsplaats van patiënten, verpleegkundigen, verzorgenden en vertegenwoordigers van vele andere paramedische en medische vakgebieden. De patiënten volgen het patroon van de dagindeling: elke ochtend urine verzamelen, maaltijden op gezette tijden. Verpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding en verzorgenden werken gestructureerd, zij weten wat en wanneer er iets van hen wordt verwacht. Verschillende disciplines komen 's morgens bij elkaar om af te spreken wat er met wie gaat gebeuren. Het ziekenhuis is een mierenhoop, waarin iedereen zo zijn plaats en dagelijkse werkzaamheden heeft. Een complex geheel.

De vraag rijst wat complexiteit inhoudt. Is een situatie even complex voor iedereen, of is de complexiteit afhankelijk van de kennis en ervaring van de persoon die ermee te maken heeft? Deze vragen komen aan de orde in paragraaf 1.1. Verpleegkundigen krijgen op verschillende niveaus te maken met complexiteit. De niveaus stellen we achtereenvolgens aan de orde: verpleegkundigen maken deel uit van de gezondheidszorg, waarin complexe besluitvorming plaatsvindt (paragraaf 1.2), zij werken in een complexe organisatie als een ziekenhuis (paragraaf 1.3), en zij krijgen in hun werk te maken met de complexe afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod (paragraaf 1.4). Ten slotte bespreken we de vraag in hoeverre complexiteit in de verpleging meetbaar is (paragraaf 1.5). Deze vraag is van belang, omdat de mate van complexiteit vaak wordt gebruikt voor de toewijzing van patiënten: hoe complexer de zorgvraag, hoe deskundiger een verpleegkundige moet zijn.



## ■ ■ ■ 1.1 Het begrip 'complexiteit'

De wereld om ons heen zit ingewikkeld in elkaar. Toch ervaren we dit niet dagelijks, omdat we vaak onbewust en soms bewust structuur aanbrenge(n) in ons denken en handelen. Situaties waarin we moeilijk een structuur kunnen ontdekken of situaties waarin we nog geen structuur hebben aangebracht, ervaren we als ingewikkeld.

### ■ Voorbeeld 1.1

Je bent pas aangekomen in de stad waar je gaat studeren. Je zult deze stad in eerste instantie ervaren als een complex geheel van straten en straatjes, waarin je de weg niet kent. Om hierin structuur aan te brengen, kun je een stadsplattegrond kopen. De bakker en de slager om de hoek weet je snel te vinden, maar het bezoeken van een vriend aan de andere kant van de stad blijft een hachelijke aangelegenheid. Je stopt met je kaart op iedere hoek, telt straten (derde links, vierde rechts) en je voelt je wat onzeker. Na verloop van tijd heb je onderdelen van de stadsplattegrond in je hoofd, en wat je eerst ervoer als een complexe aangelegenheid, is nu een fluitje van een cent. Je hebt je de plattegrond eigengemaakt, je weet automatisch de weg als je naar je vriend fietst en hebt zelfs tijd om al dromend tegen een stilstaande auto te rijden. Je kunt je nauwelijks meer voorstellen dat je deze stad als complex hebt ervaren.

Volgens Van Dale betekent 'complex' (bijvoeglijk naamwoord): samengesteld en ingewikkeld, en betekent 'het complex' (zelfstandig naamwoord) onder andere: samengesteld geheel: blok, groep, stel. Denk bijvoorbeeld aan een ziekenhuiscomplex. Ten slotte betekent 'complexiteit' ook: complexe hoedanigheid, ofwel de mate waarin iets samengesteld en ingewikkeld is.

Aan de hand van voorbeeld 1.1 kunnen we over het begrip 'complexiteit' al een aantal zaken opmerken:

- 1 Een situatie is meer of minder complex *voor een bepaalde persoon*; complexiteit staat niet op zichzelf, maar is afhankelijk van de persoon die ermee te maken heeft.
- 2 Met behulp van *kennis* kunnen we de complexiteit van een situatie reduceren. Hierbij zijn de volgende aspecten van belang:
  - Is er kennis over het onderwerp ontwikkeld; ofwel is er voor een bepaalde stad een plattegrond te koop?
  - Maak je gebruik van de beschikbare kennis? Besluit je gebruik te maken van een plattegrond, of ga je op eigen houtje de weg zoeken?
  - Is de kwaliteit van deze kennis afgestemd op de complexiteit van de situatie? Wie met een gedetailleerde kaart de weg zoekt in een grote stad zal dit als een minder complexe opgave ervaren dan iemand die dit doet met een globaal kaartje. Het globale kaartje voldoet wel als men de stad in grote lijnen al kent en alleen wil weten of het ziekenhuis in het noorden of in het westen van de stad ligt.
  - Heb je je deze kennis eigengemaakt? Als je lang genoeg met een stadsplattegrond hebt rondgelopen, kun je deze ten slotte thuislaten. Hij zit 'in je hoofd'. Alleen voor een onbekende straat in een ander deel van de stad zul je de kaart nog wel eens moeten opslaan.

- Is het relatief gemakkelijk of moeilijk om met deze kennis te werken? Met behulp van een stadsplattegrond de weg vinden in een stad met kronkelige straatjes, zoals het oude deel van Lissabon, is moeilijker dan in Manhattan, dat een rechthoekig stratenplan heeft.
- 3 Hoeveel kennis we ook mogen hebben van een situatie, *andere factoren* of omstandigheden kunnen mede van invloed zijn op de complexiteit die we van de situatie ervaren. Het zijn factoren of omstandigheden die niets met de kaart zelf te maken hebben, maar die zich wel laten vertalen in uitspraken over de kaart en het vinden van de weg. Het is bijvoorbeeld zo druk in de stad dat je je niet op de kaart kunt concentreren, of je moet in het donker de weg vinden.

---

### Tussenvraag 1.1

Probeer je te herinneren hoe je de weg hebt gevonden in de nieuwe stad waar je bent komen wonen.

- a Wat heb je gedaan om de ordening in de stad te ontdekken?
  - b Wat was je eerste indruk en hoe was deze na enkele weken?
  - c Noem een aantal voorbeelden van situaties die je als complex hebt ervaren en die nu voor jou een 'fluitje van een cent zijn'. Geef aan waarom deze voorbeelden voor jou niet meer ingewikkeld zijn. Denk daarbij aan verschillende aspecten, zoals tijd, kennis, ervaring en dergelijke.
- 

## ■ ■ ■ 1.2 De gezondheidszorg: complexe besluitvorming

Waarom is de gezondheidszorg in zijn geheel complex? Denk bijvoorbeeld aan de politieke beslissingen waaraan de gezondheidszorg is onderworpen. Bij deze besluitvorming is een groot aantal deelnemers betrokken, zoals vakbonden, zorgverzekeraars, politici, wetenschappers, juristen, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, en verenigingen voor specialisten en ethici.

Vanuit de samenleving krijgen deze deelnemers een verscheidenheid aan problemen op zich af die vragen om een oplossing. Er vinden ingewikkelde besluitvormingsprocedures plaats tussen een groot aantal betrokken deelnemers met vaak tegenstrijdige belangen.

Er ontstaan ook discussies over uiteenlopende onderwerpen, zoals onderzoek naar vruchtbaarheidsklachten, draagmoeders, wachtlijsten, en wenselijkheid van levertransplantaties en euthanasie.

Hieronder geven we een voorbeeld van een discussie.

### Discussies Beleid

Om de *discussies* te volgen en het *beleid* binnen de gezondheidszorg te begrijpen, moeten verpleegkundigen oog hebben voor de ontwikkelingen, normen en waarden in de maatschappij. Zo kunnen demografische, technologische en politieke ontwikkelingen het zorgbeleid direct beïnvloeden. Verpleegkundigen maken deel uit van die complexe realiteit. Om zicht te krijgen op deze complexe realiteit is kennis van gezondheidsrecht, gezondheidsbeleid, organisatie, financiering, kwaliteitszorg, en beroeps- en arbeidsontwikkelingen van groot belang voor verpleegkundigen. Deze kennis is een voorwaarde tot het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep, het kunnen innemen

van standpunten over handelwijzen binnen de gezondheidszorg en het ontwikkelen van voorstellen voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

---

## Tussenvraag 1.2

### **Voortplantingstechniek? Bewijs voor kloonbaby ontbreekt**

Van onze redactie wetenschap

Een Nederlandse vrouw zou zijn bevallen van een gekloonde baby. Bewijs ontbreekt, wetenschappers achten het onwaarschijnlijk. Het omstreden bedrijf Clonaid zegt dat in februari nog drie baby's volgen. Het ministerie van volksgezondheid bekijkt wat te doen.

Amsterdam – Het ministerie van volksgezondheid wil onderzoeken hoe de praktijk van het 'kopen' van een via DNA voortgeplante baby in de toekomst kan worden tegengegaan. Klonen is in Nederland verboden, maar over het hebben van zo'n elders gekloonde baby, zegt de wet niets. Daarbij maakt het het ministerie niets uit of Clonaid het verhaal heeft verzonnen, of niet.

- Welke partijen zijn hier in het spel?
- Geef het belang van iedere partij aan.
- Wat is het belang voor de gebruiker van de gezondheidszorg?

Bron: *Trouw, De Verdieping*, 3-1-2003

## Tussenvraag 1.3

Zoek in de krant een actueel probleem in de gezondheidszorg dat gepaard gaat met een ingewikkelde besluitvormingsprocedure.

- Welke partijen zijn hier in het spel?
- Geef het belang van iedere partij aan.
- Beschrijf de besluitvormingsprocedure.

---

## ■ ■ ■ 1.3 Gezondheidszorginstellingen: complexe organisaties

Een ziekenhuis is een complexe organisatie, omdat mensen uit veel verschillende disciplines en met verschillende specialismen moeten samenwerken om tot een adequaat zorgaanbod te komen. Om de complexiteit zo veel mogelijk te beperken en daarmee tot een adequaat zorgaanbod te komen, is het nodig structuur aan te brengen. We bespreken in deze paragraaf twee vormen van structurering: ruimtelijke structurering, bijvoorbeeld naar medisch specialisme (paragraaf 1.3.1), en structurering van taal en kennis om interdisciplinaire afstemming van competenties en taken te vergemakkelijken (1.3.2).

### ■ ■ ■ 1.3.1 Structurering van de ruimte

In gezondheidszorginstellingen werken veel verschillende disciplines samen, met elk hun specifieke aanbod van kennis en technieken. Om deze specifieke kennis en techniek optimaal tot zijn recht te laten komen en zo een adequaat zorgaanbod te verkrijgen, worden patiënten ruimtelijk gegroepeerd in patiëntencategorieën.

**Adequaat zorgaanbod: zorgaanbod dat aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt én middelen (geld, instrumenten, personeel) doel-treffend en doelmatig inzet.**

Zo worden bijvoorbeeld in een ziekenhuis de patiënten in eerste instantie gegroepeerd naar medisch specialisme en wordt er rekening gehouden met de opname-indicatie, homogeniteit en de capaciteit van de afdeling. We zien een dergelijke indeling ook in de casus 'Winterkinderen'. De vrouwen die 's morgens worden gewekt, zijn opgenomen op de afdeling Obstetrie van een groot ziekenhuis. Allen zijn zwanger. In dit ziekenhuis worden de patiënten ingedeeld naar medisch specialisme en worden zij ruimtelijk gescheiden van de andere patiënten-categorieën.

De vrouwen ontmoeten elkaar in het ziekenhuis en naar aanleiding van hetzelfde eten en doen in grote trekken hetzelfde. Ze staan onder controle van dezelfde mensen en krijgen dezelfde behandeling.

In deze casus worden patiënten gegroepeerd naar het medisch specialisme. Ordenen volgens het medisch specialisme is echter niet de enige mogelijkheid om te ordenen. In verschillende instellingen kunnen patiënten op verschillende wijze worden gegroepeerd. Er kan een ordening worden aangebracht in kort of langdurig verblijf, en in een psychiatrisch ziekenhuis kan een afdeling acute psychiatrie zijn en een afdeling resocialisatie. In een verpleeghuis kan een afdeling zijn waar patiënten verblijven die intensieve zorg nodig hebben, en een afdeling waar patiënten met een hoge mate van zelfstandigheid verblijven.

### ■ ■ ■ 1.3.2 Structurering van de communicatie

Is de patiënt eenmaal ingedeeld en aangekomen op een bepaalde afdeling, dan kan hij te maken krijgen met vertegenwoordigers van verschillende disciplines met elk hun eigen specifieke zorgaanbod, zoals artsen, verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, radiologen, maatschappelijk werkers en psychologen. Het ziekenhuis is een complexe organisatie waarin een groot aantal disciplines binnen een organisatie in tal van functies moeten samenwerken aan de primaire doelstelling van het ziekenhuis: het optimaal beantwoorden van de zorgvraag van de patiënt. Om een goede afstemming van competenties van al deze disciplines op de zorgvraag van de patiënt mogelijk te maken, is een goede *communicatie* een voorwaarde. Het gezondheidsprobleem van de patiënt moet worden verwoord in een taal die voor alle disciplines herkenbaar en eenduidig is, zodat de verschillende disciplines het gezondheidsprobleem van de patiënt nader kunnen diagnosticeren en uitdiepen vanuit hun eigen vakgebied, om ten slotte te komen tot een interdisciplinaire afstemming van het zorgaanbod.

## Communicatie

### ■ ■ ■ 1.4 De verpleegsituatie

Hillmann, directeur LCVV, schrijft in haar voorwoord in het Beroepsprofiel van verpleegkundige dat aandacht voor kwalitatief verantwoorde zorg, die efficiënt en effectief is en tegemoet komt aan de reële behoeften van de zorgvrager, ook betekent dat er blijvende aandacht moet zijn voor een passende deskundigheid van de verpleegkundige (Leistra, 2001).

De afstemming tussen zorgaanbod en zorgvraag komt tot stand door het toepassen van de kennis en vaardigheden om het gezondheidsprobleem van de patiënt te beschrijven en te behandelen. In de verpleegsituatie wordt eerst een diagnose gesteld; aan de hand hiervan worden de beoogde resultaten geformuleerd en ten slotte worden de interventies geselecteerd om deze resultaten ook daadwerkelijk te bereiken. De opbouw van de kennis en vaardigheden die nodig zijn om dit te kunnen, geschiedt deels op school, maar voor een veel belangrijker deel in de beroepspraktijk.

We bespreken eerst de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag (paragraaf 1.4.1). Daarna gaan we in op de complexiteit van de zorgvraag (paragraaf 1.4.2) en op de complexiteit van het zorgaanbod (paragraaf 1.4.3).

### ■ ■ ■ 1.4.1 Afstemming zorgaanbod op zorgvraag

Het verpleegkundige kennisgebied ontwikkelt zich meer en meer. Hierbinnen zijn twee zorginhoudelijke oriëntaties te onderscheiden, namelijk de diagnose en de behoeftegestuurde zorg. Zo is er een toenemende belangstelling voor methodisering en protocollering van de verpleegkundige zorgverlening. Een classificatie en de labelling van verpleegkundige diagnoses, interventies en resultaten van zorgverlening zijn in ontwikkeling. Dit maakt de verpleegkundige beroepsuitoefening inzichtelijker, wat weer kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorgverlening. Daarnaast is er meer aandacht voor de behoefte van de zorgvrager en de betekenis die de ziekte of stoornis voor hem heeft (Leitstra, 2001, p. 10).

In de verpleegsituatie moeten patiënt en verpleegkundige komen tot *afstemming* tussen *zorgvraag* en *zorgaanbod*, zie tabel 1.1. De patiënt heeft een gezondheidsprobleem en de verpleegkundige zal samen met de patiënt het probleem proberen op te lossen of de patiënt helpen ermee te leren omgaan.

Afstemming  
zorgvraag en  
zorgaanbod

Onder de verpleegsituatie verstaan we het geheel van omstandigheden waarin de verpleegkundige, de verzorgende en/of de helpende verantwoordelijk is/zijn voor de zorg voor een patiënt, groep of populatie.

Tabel 1.1 De verpleegsituatie: zorgaanbod en zorgvraag

Zorgaanbod	Zorgvraag
Door verpleegkundige, verzorgende en helpende	Door patiënt en omgeving met gezondheidsprobleem op het gebied van stoornissen, beperking in activiteiten, restrictie in participatie
Verpleegkundige kennis: diagnoses, resultaten en interventies	

De zorgvraag gaat uit van de patiënt en zijn omgeving en kan betrekking hebben op verschillende gebieden van het menselijk functioneren: stoornissen in lichaams- of mentale functies, beperkingen in activiteiten en/of restricties in participatie in sociale rollen. In de verpleegsituatie wordt de zorgvraag in eerste instantie door de verpleegkundige

geïnterpreteerd in de vorm van een of meer verpleegkundige diagnosen. In een verpleegkundige diagnose worden de relevante aspecten van de gezondheidstoestand van de patiënt vastgelegd. Het is niet eenvoudig om diagnosen te stellen, daarom maken verpleegkundigen gebruik van hulpmiddelen. Zo'n hulpmiddel is de ordening van het menselijk functioneren in elf gebieden: de functionele gezondheidspatronen (Gordon, 1996):

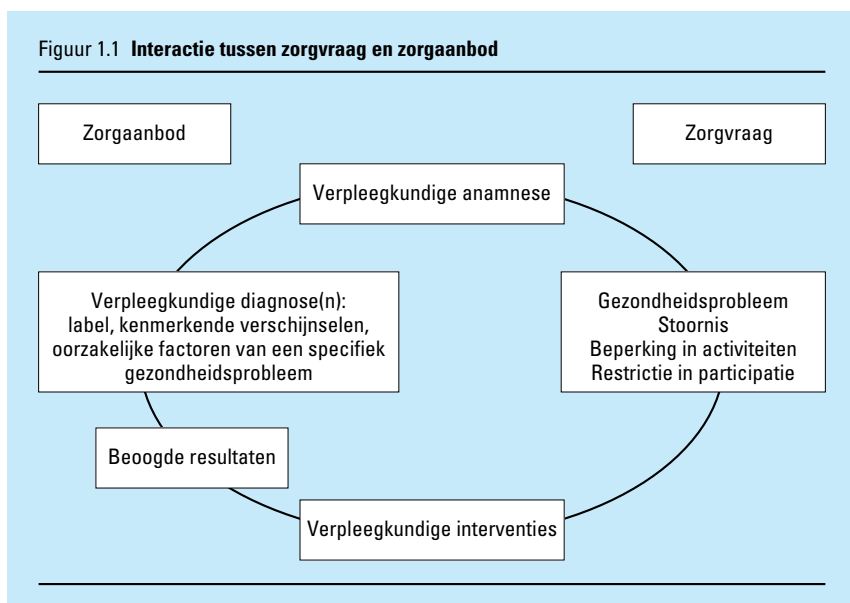
- 1 Gezondheidsbeleving en instandhouding
- 2 Voeding en stofwisseling
- 3 Uitscheiding
- 4 Activiteit
- 5 Slaap en rust
- 6 Cognitie en waarneming
- 7 Zelfbeleving
- 8 Rol en relatie
- 9 Seksualiteit en voortplanting
- 10 Stressverwerking
- 11 Waarden en levensovertuiging

Voor een iets uitgebreidere beschrijving van deze patronen verwijzen we naar bijlage 7.

**Systematisch  
gegevens  
verzamelen**

Binnen de verpleegsituatie vindt interactie plaats tussen het zorgaanbod (verpleegkundige, verzorgende, helpende) en de zorgvraag (patiënt, groep of populatie); zie figuur 1.1.

**Figuur 1.1 Interactie tussen zorgvraag en zorgaanbod**



De functionele gezondheidspatronen kunnen het kader vormen voor de verpleegkundige anamnese. Via specifiek op de verschillende gezondheidspatronen gerichte anamnesevragen en (lichamelijk) onderzoek worden de verschillende gezondheidspatronen onderzocht. Zo worden op systematische wijze gegevens over de patiënt verzameld, die

we kunnen onderverdelen in ervaringen van de patiënt en bevindingen van de verpleegkundige. Vanuit gegevens die aanwijzingen vormen voor disfunctionele gezondheidspatronen, kom je via de stappen in het diagnosticeringsproces tot verpleegkundige diagnosen.

*Verpleegkundige diagnosen* zijn soms eenvoudig te stellen, maar vaker is het complex om tot een passende diagnose te komen. Globaal gaan we ervan uit dat diagnosen die relatief gemakkelijk zijn te stellen, voldoen aan de volgende typering: verschijnselen en gerelateerde factoren zijn eenduidig, komen meestal op dezelfde manier voor en zijn eenvoudig te beoordelen.

Om een juiste diagnose te kunnen stellen, zijn soms reproductieve vaardigheden (standaardprocedures) voldoende, maar meestal zijn productieve vaardigheden (creativiteit, probleemoplossend vermogen) vereist. Zie bijlage 1.

Extra ingewikkeld wordt het wanneer patiënten risico lopen op bepaalde gezondheidsproblemen. Dan lopen we als het ware vooruit op diagnosen die er nog niet zijn. Sterker, we doen er alles aan om ze ook niet te laten ontstaan. Om te signaleren dat patiënten risico lopen op bepaalde gezondheidsproblemen moet je beschikken over niet eenvoudig te leren vaardigheden, zoals interpreteren, analyseren en beslissen. Ook heb je kennis nodig van factoren die gezondheidsproblemen (mede) kunnen doen ontstaan. Deze factoren kunnen op diverse gebieden liggen: biologische factoren, persoonlijke factoren, sociaal-culturele factoren; behandelingsfactoren, psychologische factoren en ontwikkelingsbepaalde factoren (zie ook Albersnagel & Van der Brug, 2002 p. 30). Deze kennis moet vervolgens worden toegepast in situaties die nog niet bekend zijn.

De vaardigheden en kennis die nodig zijn om een diagnose te stellen, lichten we toe aan de hand van de diagnose Ouderschapstekort.

## **Ouderschapstekort (specificeer tekort)**

### **Definitie**

*Onvermogen van ouder(s)/verzorger(s) om een omgeving te scheppen die bevorderlijk is voor een optimale groei en ontwikkeling van een ander. (Het is normaal dat ouders zich na de geboorte van een kind aan de nieuwe situatie moeten aanpassen. Dit is een ruime taxonomische categorie; specificeer het type tekort.)*

### **Bepalende kenmerken**

- veronachtzaming van de behoeften van het kind;
- inadequate verzorging (zindelijkheidstraining, voeding, slaap/rust enz.);
- voorgeschiedenis met kindermishandeling of verlating door primaire verzorger;
- feitelijke tekorten:
  - verwoerd onvermogen om het kind onder controle te houden;
  - verlating van het kind;
  - weglopen;
- lichamelijk of psychisch trauma;
- gebrek aan hechtingsgedrag van de ouder(s);

- inadequate visuele, tactiele, auditieve stimulering;
- negatieve beschrijving van eigenschappen van het kind;
- hechting van negatieve betekenis aan eigenschappen van het kind; verwoording van wrok jegens het kind;
- tekenen van lichamelijk en psychisch trauma bij het kind;
- voortdurend verwoorde teleurstelling over het geslacht of lichamelijke eigenschappen van het kind;
- verwoorde inadequate rolvervulling;
- verwoorde afkeer van lichaamsfuncties van het kind;
- niet-nakoming van afspraken met zorgverleners voor het kind/zichzelf;
- inadequate of inconsequente bestraffing;
- veelvuldige ongelukken en/of ziekte (kind);
- achterstand in groei en ontwikkeling van het kind;
- verwoorde wens van de ouder(s) dat het kind hem/hen bij de voornaam noemt, terwijl dit binnen de cultuur noch volgens de traditie van de ouder(s) gebruikelijk is;
- meer verzorgers, zonder dat rekening wordt gehouden met de behoeften van het kind;
- dwangmatig vragen om rolbevestiging van anderen.

### Orzakelijke of samenhangende factoren

- tekort aan kennis of vaardigheden (specificeer: ouderschap, ontwikkelingsfasen enz.);
- vrees (specificeer object);
- sociaal isolement;
- lichamelijke stoornissen (blindheid enz.);
- psychische of lichamelijke ziekte;
- mantelzorgtekort (gebrek aan ondersteuning tussen ouders/van significante anderen);
- onderbreking van het proces van hechting tussen ouder(s) en kind (bijvoorbeeld ziekte van de pasgeborene);
- gezins- of persoonlijke stress (financiële of juridische problemen, recente crisis, culturele veranderingen, meer zwangerschappen);
- onvoldane sociale, emotionele of ontwikkelingsbehoeften (van ouder/verzorger);
- onderbreking van het hechtingsproces (met de moeder, de vader, anderen);
- irrealistische verwachtingen (zelf, kind, partner);
- vermeende bedreiging voor eigen overleven (lichamelijk en emotioneel);
- gebrek aan rolidentiteit;
- geen of inadequate reactie van het kind;
- lichamelijke of psychosociale mishandeling (van ouder/verzorger);
- cognitietekort.

Bron: Gordon, 1997

Nadat de ervaringen van de patiënt en bevindingen van de verpleegkundige zijn benoemd (bepalende kenmerken) en gerelateerde factoren zijn opgespoord door middel van gerichte vragen en observatie, kan de diagnose worden gesteld. Bijvoorbeeld:



## Ouderschapstekort

### Gekenmerkt door:

- inadequate verzorging (voeding, slaap/rust);
- dwangmatig vragen om rolbevestiging van anderen.

### Oorzakelijke of samenhangende factoren

- psychische ziekte;
- sociaal isolement;
- gezins- of persoonlijke stress (financiële en juridische problemen).

Met behulp van de verpleegkundige diagnoses is kennis zo gestructureerd dat bij een actueel gezondheidsprobleem oorzaken systematisch en relatief gemakkelijk zijn op te sporen. De zogenoemde risicodiagnosen hebben een ander doel, zij maken het de verpleegkundige gemakkelijker situaties (risicofactoren) te herkennen die kunnen leiden tot een feitelijk gezondheidsprobleem. Het is van wezenlijk belang gerelateerde factoren of risicofactoren op te sporen, omdat deze in principe het doelwit vormen van interventies.

Je zou kunnen zeggen dat het zorgaanbod totstandkomt door het toepassen van *kennis* en *vaardigheden* van een verpleegkundige. Als verpleegkundige moet je over kennis en vaardigheden beschikken om de situatie van de patiënt te herkennen, te interpreteren en te vertalen in diagnoses, prognoses, resultaten en interventies. Verpleegkundige diagnoses, resultaten en interventies zijn eigenlijk allemaal setjes verpleegkundige kennis. Van deze kennis maakt de verpleegkundige gebruik om het gezondheidsprobleem van de patiënt te beschrijven en te behandelen. De opbouw van kennis en vaardigheden gebeurt deels op school, maar voor een veel belangrijker deel in de beroepspraktijk. Praktijkervaring bevordert dat diagnoses, resultaten en interventies als het ware tot leven komen.

### Kennis/ vaardigheden

#### ■ ■ ■ 1.4.2 Zorgvraag en complexiteit

De complexiteit van de verpleegsituatie wordt binnen de verpleegkundige praktijk een steeds belangrijker begrip, omdat het onder andere dient als toewijzingscriterium van patiënten aan verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden van verschillende kwalificatieniveaus.

In de verpleegkunde is in de jaren negentig sprake van een specifiek verpleegkundige kennisontwikkeling, die de nodige invloed heeft op de methodiek en de manier van werken van een verpleegkundige. Idealiter wordt of worden in een verpleegsituatie eerst één of meer diagnoses gesteld, worden aan de hand hiervan de beoogde resultaten geformuleerd en wordt een aantal verpleegkundige interventies geselecteerd om deze beoogde resultaten ook daadwerkelijk te bereiken.

In deze paragraaf betogen we dat door deze ontwikkeling ook de betekenis van het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' is veranderd. We verwerpen de opvatting dat de complexiteit van een verpleegsituatie wordt bepaald door bepaalde eigenschappen van de zorgvraag van de patiënt. We pleiten voor een opvatting dat een verpleegsituatie als meer complex wordt ervaren naarmate het moeilijker is te

werken met bepaalde diagnoses of interventies, omdat deze een groter beroep doen op de cognitieve, psychomotorische, interactieve en reactieve vaardigheden van een verpleegkundige (zie *Gekwalificeerd voor de toekomst*, 1996, p. 56; zie ook bijlage 1). Met andere woorden: complexe patiënten bestaan niet; wel bestaan diagnoses en interventies die moeilijk zijn om mee te werken in een verpleegsituatie, zodat deze situatie als complex wordt ervaren.

Dit houdt verder in dat patiënten niet toegewezen zouden moeten worden op grond van scorelijsten waarin aan een aantal eigenschappen van een patiënt een waarde wordt gegeven, maar op grond van de moeilijkheidsgraad van de verpleegkundige diagnoses en interventies waarmee een verpleegkundige in een verpleegsituatie moet werken. Niet patiënten moeten gescoord worden op complexiteit, maar diagnoses en interventies in relatie tot de patiënt en de beroepsbeoefenaar.

In *Gekwalificeerd voor de toekomst, kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging* (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996) wordt een aantal factoren genoemd die betrekking hebben op de zorgvraag en die de complexiteit van de verpleegsituatie kunnen vergroten. Deze factoren hebben zowel betrekking op stoornissen, activiteiten en participatie, als op de omgeving van de patiënt.

Van invloed op de zorgvraag zijn onder meer:

- 1 de ernst van de stoornis, beperking of handicap (bijvoorbeeld al of niet levensbedreigend);
- 2 de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand;
- 3 de voorspelbaarheid van wisselingen in de gezondheidstoestand;
- 4 de aanwezigheid van verschillende stoornissen, beperkingen of handicaps die elkaar sterk beïnvloeden;
- 5 het inzicht dat een zorgvrager heeft in de eigen gezondheidstoestand;
- 6 de motivatie van een zorgvrager om mee te werken aan het herstel van de gezondheidstoestand;
- 7 de beschikbaarheid van mantelzorg (familie, vrienden, burens) of vrijwilligers;
- 8 het inzicht dat de mantelzorg heeft in de gezondheidstoestand;
- 9 de psychische belasting van de mantelzorg;
- 10 de motivatie van de mantelzorg om mee te werken aan het herstel van de gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- 11 de mate waarin de woon- of verblijfsomgeving voor een zorgvrager betrouwbaar, veilig of acceptabel is;
- 12 het aantal disciplines waarvan de zorgvrager deel uitmaakt;
- 13 de populatie waarvan de zorgvrager deel uitmaakt.

### Meta-uitspraken

De eerste vier factoren kunnen worden opgevat als *meta-uitspraken* over de zorgvraag van de patiënt: er worden geen stoornissen, beperkingen en handicaps vermeld, maar eigenschappen van stoornissen, beperkingen en restricties. In de overige factoren valt een aantal labels, verschijnselen en gerelateerde factoren van verpleegkundige diagnoses te herkennen, zoals kennistekort en overbelasting mantelzorgverlener.

In het voorgaande hebben we laten zien, dat binnen de verpleegsituatie de zorgvraag van de patiënt (stoornissen, beperkingen, restricties) eerst verpleegkundig moet worden geïnterpreteerd in de vorm van een of meer diagnoses, resultaten en interventies waarmee het verpleeg-

kundig aandeel in de behandeling van de zorgvraag in kaart wordt gebracht.

We stellen dat meta-uitspraken over de zorgvraag van de patiënt geen indicatie kunnen zijn voor de complexiteit van de verpleegsituatie, omdat ze te vaag zijn. De ernst van een stoornis of het aantal stoornissen zegt of voorspelt weinig over de verpleegkundige diagnose(n) die gesteld zal/zullen worden in een specifieke verpleegsituatie. Deze factoren zeggen niets over de moeilijkheidsgraad van de verpleegkundige interventies die hierbij zullen worden gekozen en die wél een indicatie zijn voor de complexiteit van de verpleegsituatie. Hetzelfde geldt voor de snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand en de voorspelbaarheid van wisselingen in de gezondheidstoestand.

Verpleegkundige diagnoses die worden gesteld en interventies die worden gekozen in een specifieke verpleegsituatie, zijn een indicatie voor de complexiteit van de situatie. We kunnen dit duidelijk maken aan de hand van het inzicht dat een zorgvrager heeft in de eigen gezondheidszorg, waarin we het diagnostische label kennistekort kunnen herkennen.

## Kennistekort

### Definitie

*Onvermogen om informatie of uitleg te geven over gezondheidsgewoonten, gezondheidsinstandhouding en/of behandelingsprocedures of de hiervoor vereiste vaardigheden ten uitvoer te leggen (specificeer gebied; bijvoorbeeld persoonlijke zorg of aanbevelingen op het gebied van lichaamsbeweging en voeding bij insuline-afhankelijke diabetici)*

### Bepalende kenmerken

#### Diagnostische aanwijzingen (ondersteund door onderzoek)

- geuit gebrek aan kennis;
- observatie dat verstrekte informatie niet is onthouden of verkeerd is begrepen en een of meer van de volgende aanwijzingen:
  - onvermogen om informatie adequaat te herhalen of een vaardigheid voor te doen;
  - onjuist antwoord op vragen;
  - onvermogen om instructies op te volgen.

#### Ondersteunende aanwijzingen

- vraag om informatie;
- niet-naleving van gezondheidsvoorschriften;
- ongepast of overdreven gedrag (bijvoorbeeld hysterisch, vijandig, geagiteerd of apathisch).

### Gerelateerde factoren

- verminderd vermogen om informatie in zich op te nemen (bijvoorbeeld door angst);
- gebrek aan interesse;
- geringe motivatie om te leren;

- ongecompliceerde kortetermijngeheugenverlies;
- onvermogen om gebruik te maken van materialen of informatiebronnen (bijvoorbeeld vanwege culturele of taalverschillen);
- onbekendheid met informatiebronnen.

#### Risicogroepen

- nieuwe behandeling;
- gecompliceerde behandeling;
- tijdelijk of permanent cognitietekort (intellectueel).

Bron: Gordon, 1997

#### Gerelateerde factoren

In de vorige paragraaf (1.4.1) hebben we gezien dat na de verpleegkundige anamnese een voorlopige verpleegkundige diagnose wordt gesteld aan de hand van de *verschijnselen*. Kijken we onder de *gerelateerde factoren* van de diagnose ‘Kennistekort’, dan zien we uiteenlopende factoren als onbekendheid met informatiebronnen, verminderd vermogen om informatie in zich op te nemen (bijvoorbeeld door angst) of ongecompliceerd kortetermijngeheugenverlies. Pas nadat de gerelateerde factoren zijn vastgesteld, kunnen interventies worden gekozen om de oorzaken terug te dringen.

We kunnen nu de volgende analogie maken. Algemene uitspraken over de zorgvraag van de patiënt zijn te vergelijken met verpleegkundige diagnoses waarvan geen gerelateerde factoren zijn vastgesteld. Ze hebben geen of weinig waarde als indicatie voor de complexiteit van de verpleegsituatie. Zij zijn hiervoor te algemeen en te vaag. Pas in een specifieke verpleegsituatie worden verpleegkundige diagnoses gesteld en aan de hand van de gerelateerde factoren worden de interventies bepaald.

### ■ ■ ■ 1.4.3 Zorgaanbod en complexiteit

#### Kennis en ervaring

We weten inmiddels, vanuit het voorbeeld van de stad, dat complexiteit van de verpleegsituatie niet een vast gegeven is, maar afhankelijk is van de *kennis en ervaring* van de persoon die ermee geconfronteerd wordt. We stellen dan ook dat een verpleegsituatie als meer of minder complex wordt ervaren door een bepaalde verpleegkundige.

Een patiënt op de intensive-careafdeling kan omgeven zijn door allerlei ingewikkelde apparatuur. Dit kan voor een verpleegkundige van een andere afdeling een complexe indruk geven. Toch hoeft een verpleegkundige die hier werkt deze situatie niet als complex te ervaren, omdat ze getraind is en precies weet waar ze op moet letten en hoe zij moet handelen. We zien dit ook in het fragment uit *Winterkinderen*. Het ziekenhuis is een mierenhoop dat aan een buitenstaander een wirwar aan bedrijvigheid laat zien. Verpleegkundigen, verpleegkundigen in opleiding en verzorgenden op deze afdeling werken echter gestructureerd en zij weten wat en wanneer er iets van hen wordt verwacht. Wanneer we het hebben over de complexiteit van de verpleegsituatie, dan bedoelen we een *bepaalde* verpleegsituatie, die door een *bepaalde* verpleegkundige als meer of minder complex wordt ervaren. Wil men een oordeel geven over complexiteit, dan kunnen de volgende vragen een leidraad vormen, die we in paragraaf 1.1 in hun algemeenheid hebben besproken:

- a Is er kennis beschikbaar?
- b Wordt er gebruikgemaakt van die kennis?
- c Wat is de kwaliteit van de kennis?
- d Is de kennis geïnternaliseerd? Kun je de kennis oproepen?
- e Is het gemakkelijk of moeilijk met deze kennis te werken?

*Ad a Is er kennis beschikbaar?*

We hebben gesteld dat we met behulp van kennis de complexiteit van een verpleegsituatie kunnen reduceren. Is er kennis beschikbaar, ofwel beschikken we over een diagnose, resultaat of interventie bij een bepaald probleem? De lijst van door verpleegkundigen te bepalen en te behandelen diagnoses, resultaten en interventies is nog onvolledig. In verplegingswetenschappelijk onderzoek worden diagnoses, resultaten en interventies gevalideerd en ontwikkeld. In dit stadium van groei van verpleegkundige kennis kan een verpleegkundige herhaaldelijk een gezondheidsprobleem signaleren waarvoor geen diagnostisch label is beschreven; er is dan (nog) geen diagnose ontwikkeld om een bepaald probleem te beschrijven. Als er geen geordende kennis beschikbaar is, kan een verpleegsituatie complex zijn. Als een gezondheidsprobleem niet kan worden beschreven, is een interventie moeilijk te kiezen en een resultaat slecht te bepalen. Het wordt dan ingewikkeld om richting te geven aan de uitvoering van de zorg:

‘Ondanks het feit dat niet alle gezondheidsproblemen onder woorden zijn gebracht in diagnoses, vinden verpleegkundigen aan het bed dat het gebruik van de reeds ontwikkelde diagnoses hun beroepsuitoefening aanzienlijk vergemakkelijkt en dat diagnoses verhelderend zijn voor wat zij patiënten te bieden hebben.’  
(Bron: Gordon, 1995)

In de Nursing Interventions Classification (McCloskey & Bulechek, 1996) worden interventies beschreven die verpleegkundigen bij patiënten verrichten. De NIC kan gebruikt worden voor alle verpleegkundige specialismen en patiëntencategorieën. De classificatie als geheel bestrijkt de deskundigheid van verpleegkundigen, hoewel individuele verpleegkundigen alleen in een beperkt aantal interventies deskundig zullen zijn.

‘De NIC beschrijft alle interventies die verpleegkundigen bij patiënten verrichten, zowel interventies waarin verpleegkundigen autonoom zijn als multidisciplinaire interventies. De NIC geldt voor alle verpleegkundige specialismen en werkvelden: zowel basisinterventies als complexe specialistische interventies zijn er in opgenomen. De classificatie als geheel moet de deskundigheid van alle verpleegkundigen bestrijken, hoewel individuele verpleegkundigen alleen in een beperkt aantal interventies deskundig kunnen zijn. Daarnaast voorziet de NIC-classificatie in een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige behandelingen, die te gebruiken is op alle afdelingen van een instelling, in alle werkvelden en in alle vakgebieden in de gezondheidszorg.’  
(Bron: McCloskey & Bulechek, 1998)

De activiteiten zijn beschrijvingen van het verpleeggedrag dat voor de uitvoering van een specifieke interventie nodig is. De afzonderlijke activiteiten werpen licht op de complexiteit van de verpleegkundige zorg voor de patiënten.

### *Ad b Wordt er gebruikgemaakt van de beschikbare kennis?*

Een andere vraag die samenhangt met verpleegkundige kennis en complexiteit is, of er gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kennis. Formuleert de verpleegkundige zelf de gezondheidsproblemen, stelt zij zelf de resultaten vast en beschrijft zij zelf de interventies, of maakt zij gebruik van bijvoorbeeld *handboeken* over diagnoses, resultaten en interventies?

Verpleegkundigen die werken met deze gestructureerde kennis ervaren een verpleegsituatie over het algemeen als minder complex:

‘Op het moment dat ik die gegevens wel krijg, uit het handboek bijvoorbeeld, ervaar ik de complexiteit duidelijk minder’. ‘Je hoeft niet uit jezelf te bedenken welke punten er aan de orde moeten komen bij een patiënt (...) Het zelf niet hoeven te bedenken maakt het minder complex.’

(Bron: Abrahamse & Kluter, 1996)

### *Ad c Wat is de kwaliteit van de kennis?*

Wie gebruikmaakt van beschikbare kennis moet zich afvragen of dit *kwalitatief* goede kennis is, bijvoorbeeld over diagnoses, resultaten en interventies. Net als bij de stadsplattegrond: gaat het om een globale kaart of om een gedetailleerde kaart? Is de kennis recent en relevant of zijn de handboeken gedateerd? Zijn het (inter)nationaal geaccepteerde handboeken waarin diagnoses, resultaten en interventies die via een wetenschappelijk verantwoorde methode tot stand zijn gekomen en zijn zij goed vertaald naar de Nederlandse situatie?

### *Ad d Is de kennis geïnternaliseerd?*

Niet alleen het bestaan van goede handboeken maakt een situatie minder ingewikkeld. Een verpleegkundige die geen ervaring heeft in het werken met deze kennis en die zich de kennis niet heeft eigengemaakt (*geïnternaliseerd*), kan de situatie als complex ervaren. De verpleegkundige kan een verpleegsituatie als complex ervaren als zij niet weet welke beschikbare kennis van toepassing is:

‘Je kunt veel gegevens van de patiënt hebben verzameld en dan nog denken: wat is er aan de hand? De duidelijkheid van de situatie heeft te maken met het kunnen nemen van een beslissing: soms zie je alleen de stukjes en de puzzel als geheel is niet duidelijk: je kunt dan geen doel bepalen. Complexiteit verwijst naar onduidelijkheid: ik zie zoveel maar wat is er aan de hand.’

(Bron: Abrahams & Kluter, 1996)

### *Kun je de kennis oproepen?*

Een beginnend verpleegkundige ziet in elk gegeven over de patiënt een mogelijke diagnose, en het kost haar vaak moeite de informatie te integreren in het beeld dat zij zich al had gevormd.

(‘Kun je al in de stad fietsen en de kaart thuislaten, met andere woorden zit hij in je hoofd?’) Zij heeft verschillende gegevens verzameld en de patiënt geobserveerd, en dan? Het bestaan van kennis alleen is niet voldoende om iets minder ingewikkeld te vinden. De kennis moet ook ‘opgeroepen’ kunnen worden. Gordon zegt hierover het volgende:

Handboeken

Kwaliteit

Geïnternaliseerd

‘Wanneer je een cluster klachten en verschijnselen onder een verpleegkundige diagnose hebt gerangschikt, kun je de in je geheugen opgeslagen klinische kennis over die diagnose oproepen. Met behulp van deze kennis kun je dan het probleem aanpakken of, in het geval van een dreigend probleem, de risicofactoren terugdringen.’

(Bron: Gordon, 1995)

*Ad e* Is het gemakkelijk of moeilijk om met bepaalde kennis te werken?

Al kan de verpleegkundige de klinische kennis goed oproepen, dan nog kan het de vraag zijn of het relatief makkelijk of moeilijk is om met bepaalde kennis te werken, of om bepaalde activiteiten uit te voeren.

In de eindtermen voor verpleging en verzorging (Commissie kwalificatiestructuur, 1996) is de (onderwijskundige) taxonomie van Romiszowski (1988) toegepast. Via deze taxonomie worden eindtermen afgeleid van beroepsactiviteiten. De taxonomie legt de nadruk op vaardigheden en is daarom geschikt voor verpleegkundige opleidingen. Hierin staan immers vaardigheden centraal, en alle kennis wordt uiteindelijk uitgedrukt in vaardigheden. Romiszowski onderscheidt vier vaardigheidsdomeinen, die veelvuldig voorkomen in de verpleegkundige beroepsuitoefening:

- 1 *cognitieve vaardigheden*, bijvoorbeeld interpreteren, analyseren, beslissen;
- 2 *psychomotorische vaardigheden*, bijvoorbeeld catheteriseren, iemand hulp bieden bij het lopen;
- 3 *interactieve vaardigheden*, bijvoorbeeld communiceren met patiënten en hun naasten, samenwerken met verschillende disciplines;
- 4 *reactieve vaardigheden* (ook wel attitudevaardigheden), bijvoorbeeld mensen en gebeurtenissen tegemoetreden vanuit een beroepshouding.

Op elk van deze vier domeinen kunnen we onderscheid maken tussen *reproductieve en productieve vaardigheden*. Bij reproductieve vaardigheden gaat het om routines en beroepsactiviteiten die zijn gebaseerd op handelingsvoorschriften (standaardprocedures). Productieve vaardigheden doen een beroep op de creativiteit en het probleemoplossend vermogen van de verpleegkundige. Deze heeft wel strategieën en handelingsprincipes geleerd, maar moet deze toepassen in nieuwe situaties (nieuwe oplossingen voor nieuwe problemen, nieuwe procedures).

In kwalificatieniveau twee komen relatief veel reproductieve vaardigheden voor, in kwalificatieniveau vijf juist veel productieve vaardigheden (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Volgens de eindtermen moet de verpleegkundige van niveau vijf over het algemeen productieve vaardigheden beheersen. Dit betekent dat de verpleegkundige van niveau vijf na een inwerkperiode in staat moet zijn relatief moeilijke verpleegsituaties te hanteren.

Aan de hand van enkele diagnoses en interventies laten we zien of het relatief moeilijk of gemakkelijk is om met bepaalde kennis en vaardigheden te werken.

We vergelijken de diagnoses ‘Dreigend ouderschapstekort’ en ‘Ineffectief zuigelingvoedingspatroon’.

Reproductieve en  
productieve  
vaardigheden

## Dreigend ouderschapstekort (specificeer)

### Definitie

*Aanwezigheid van risicofactoren voor een verstoring in het proces van aanpassing aan het ouderschap voor of na de geboorte van het kind (specificeer type tekort).*

### Risicofactoren

- gebrek aan adequaat rolmodel;
- voorgeschiedenis met lichamelijke of psychosociale mishandeling (van ouder/verzorger);
- mantelzorgtekort (gebrek aan ondersteuning tussen de ouders/van significante anderen);
- onvoldane sociale, emotionele en ontwikkelingsbehoeften (van ouder/verzorger);
- onderbreking van het hechtingsproces (met de moeder, vader of anderen);
- irrealistische verwachtingen (van zichzelf, kind, partner);
- vermeende bedreiging voor eigen overleving (lichamelijk, emotioneel);
- lichamelijke stoornissen (blindheid, enz.);
- lichamelijke of psychische ziekten;
- stress (financiële of juridische problemen, recente crisis, culturele veranderingen, meer zwangerschappen);
- tekort aan kennis of vaardigheden (specificeer: ouderschap, ontwikkelingsfasen enz.);
- cognitietekort;
- gebrek aan rolidentiteit;
- geen of inadequate reactie van het kind op de relatie;
- sociaal isolement;
- vrees (specificeer object).

Bron: Gordon, 1997

Om te beoordelen welke risicofactoren bij de diagnose 'Dreigend ouderschapstekort' spelen, moet je veel gegevens verzamelen, deze analyseren en interpreteren, hierover communiceren met de ouder(s) en beslissen. Communiceren over een diagnose die emotioneel gevoelig kan liggen, doet een beroep op de creativiteit en het probleemoplossend vermogen van de verpleegkundige. Er kunnen verschillende risicofactoren meespelen. Je kunt geen beroep doen op standaardprocedures, maar je moet zelf een toepassing zoeken op basis van geleerde principes en begripsmatige kennis. Dreigend ouderschapstekort is daarom een diagnose die relatief moeilijk is te stellen.



## Ineffectief zuigelingvoedingspatroon

### Definitie

*Verminderd vermogen van het kind om te zuigen of de zuig- en slikreflex te coördineren.*

### Bepalende verschijnselen

Diagnostische aanwijzingen (ondersteund door onderzoek)

- onvermogen om met zuigen te beginnen/door te gaan;
- onvermogen om het zuigen, slikken en ademen te coördineren.

### Oorzakelijke of samenhangende factoren

*Risicogroepen*

- vroeggeboorte;
- neurologische stoornis/ontwikkelingsachterstand (specificeer);
- langdurig niets per os;
- anatomische afwijkingen (specificeer; bijvoorbeeld gespleten verhemelte, hazelip);
- overgevoeligheid van de mond.

Bron: Gordon, 1997

Bij de diagnose 'Ineffectief zuigelingvoedingspatroon' worden twee bepalende kenmerken gegeven. Het kan gaan om:

- onvermogen om met zuigen te beginnen/door te gaan;
- onvermogen om het zuigen, slikken en ademen te coördineren.

Beide mogelijkheden zijn door gerichte observatie relatief gemakkelijk vast te stellen. Reproductieve vaardigheden worden hierbij toegepast; het gaat om activiteiten die zijn gebaseerd op handelingsvoorschriften. Het is het een of het ander.

Over interventies kunnen we hetzelfde zeggen: de ene interventie is moeilijker om mee te werken dan de andere. De interventie 'Risicobepaling: gezinsuitbreiding' bijvoorbeeld vraagt om productieve vaardigheden. Bij de interventie 'Ondersteuning bij borstvoeding' ligt het accent meestal op reproductieve vaardigheden. Je kunt een beroep doen op routines en activiteiten die zijn gebaseerd op handelingsvoorschriften (standaardprocedures).

---

### Tussenvraag 1.4

We geven drie interventies waarbij in verschillende mate een beroep wordt gedaan op productieve en reproductieve vaardigheden. Niet alle activiteiten uit een interventie zijn opgenomen.

Benoem welke activiteiten vooral een beroep doen op routines en op handelingsvoorschriften (standaardprocedures) en welke activiteiten vooral een beroep doen op productieve vaardigheden.

---

## Regulering van de omgeving: comfort (Environmental management: comfort) 6482

### Definitie

*Aanpassen van de omgeving van de patiënt om een optimaal comfort te bevorderen.*

### Activiteiten (geselecteerd)

- Voorkom dat de patiënt onnodig wordt gestoord en zorg voor voldoende rustperiodes.
- Signaleer bronnen van ongemak (bijvoorbeeld vochtig of knellend verband, slangen, plooiën in het onderlaken, irriterende stoffen).
- Zorg voor een schoon, comfortabel bed.
- Voorkom onnodige blootstelling aan tocht, oververhitting of afkoeling.
- Neem/help bij hygiënische maatregelen om het comfort van de patiënt te verhogen (bijvoorbeeld voorhoofd deppen, de huid insmeren, haren wassen, mond verzorgen).
- Help de patiënt zo nodig in een comfortabele houding (bijvoorbeeld middenpositie, ondersteunen kussens, gewrichten tijdens het draaien ondersteunen, operatiewond beschermen, pijnlijke lichaamsdelen immobiliseren).
- Inspecteer de huid, vooral over botuitsteeksels, op symptomen van druk of irritatie.
- Voorkom dat de huid of slijmvliezen in aanraking komen met irriterende stoffen (bijvoorbeeld diarree, wondexsudaat).

Bron: McCloskey & Bulechek, 2001

## Activiteitenbegeleiding (Activity therapy) 4310

### Definitie

*Voorschrijven van en helpen bij specifieke lichamelijke, cognitieve, sociale en spirituele bezigheden om de activiteiten van de patiënt (of groep patiënten) in verscheidenheid, frequentie of duur te doen toenemen.*

### Activiteiten (geselecteerd)

- Help de patiënt activiteiten te selecteren die passen bij zijn lichamelijke, psychische en sociale vermogens.
- Help de patiënt na te gaan welke middelen hij nodig heeft om de gewenste activiteit te kunnen verrichten en hoe hij deze kan verkrijgen.
- Help de patiënt na te gaan aan welke activiteiten hij de voorkeur geeft.
- Help de patiënt op gezette tijden ontspannende activiteiten in te plannen in de dagelijkse routine.
- Help de patiënt/familie om tekortkomingen in het activiteitsniveau te ontdekken.
- Leg de patiënt/familie uit welke rol lichamelijke, sociale, spirituele en cognitieve activiteit speelt bij het instandhouden van functies en gezondheid.
- Leg de patiënt/familie uit hoe hij de gewenste of voorgeschreven activiteit kan uitvoeren.
- Help de patiënt zo nodig bij geregeld terugkerende lichamelijke activiteiten (bijvoorbeeld lopen, verplaatsen van bed naar stoel, omdraaien, persoonlijke zorg).

Bron: McCloskey & Bulechek, 2001

**Definitie**

*Reguleren van het energieverbruik om oververmoeidheid tegen te gaan of te voorkomen en een optimaal functioneren te bevorderen.*

**Activiteiten (geselecteerd)**

- Bepaal met welke fysieke beperkingen de patiënt kampt.
- Ga na wat de oorzaak van de oververmoeidheid is (bijvoorbeeld behandeling, pijn, medicatie).
- Bewaak de cardiopulmonale reactie op activiteit (bijvoorbeeld tachycardie, andere hartritmestoornissen, dyspnoe, overmatige transpiratie, bleekheid, afwijkende hemodynamische waarden, verhoogde ademhalingsfrequentie).
- Bewaak de inname en het effect van stimulerende en kalmerende middelen.
- Controleer hoe de zuurstofbalans reageert op persoonlijke of verpleegkundige zorgactiviteiten (bijvoorbeeld polsfrequentie, hartritme, ademfrequentie).
- Leer de patiënt significante andere technieken voor de persoonlijke zorg die een minimum aan zuurstof kosten (bijvoorbeeld zelfcontrole/zelfreguleringstechnieken voor ADL).
- Beoordeel geplande toenames van het activiteitsniveau.

Bron: McCloskey & Bulechek, 2001

### ■ ■ ■ 1.5 De mate van complexiteit van de verpleegsituatie

Verpleegkundigen komen in hun werk complexe en minder complexe verpleegsituaties tegen. De mate van complexiteit van de verpleegsituatie is van invloed op de vraag aan wie de patiënt wordt toegewezen. Het gaat om de vraag of de zorg moet worden uitgevoerd door een verpleegkundige van niveau vijf of vier of kan worden uitgevoerd door een verzorgende van niveau drie of door een helpende van niveau twee.

#### Onderlinge verdeling en afstemming

Voor een goede organisatie van werkzaamheden is *onderlinge verdeling* en *afstemming* tussen verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden noodzakelijk. De verdeling en afstemming gaat uit van verschillende eisen aan kennis, verantwoordelijkheid en taken.

Van de verpleegkundige op niveau vijf wordt verwacht dat zij op basis van professionele overwegingen een oordeel kan geven over de mate van complexiteit (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). De verpleegkundige van kwalificatieniveau vijf moet in staat zijn de zorgvraag vast te stellen en na te gaan welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag. Zij moet dus kunnen werken met verpleegkundige diagnoses en bepalen welke interventies uitgevoerd moeten worden, in welke volgorde en door welke beroepsbeoefenaars.

We hebben in de voorafgaande paragrafen gezien dat complexiteit eerder aan de aanbodkant dan aan de vraagkant van de zorg geplaatst moet worden en zich niet of nauwelijks laat karakteriseren door algemene uitspraken over de zorgvraag van de patiënt. Patiënten moeten worden toegewezen op grond van een inschatting van kennis en ervaring, in relatie tot de moeilijkheidsgraad van de interventie(s) in de betreffende verpleegsituatie.

Nu zijn er in de jaren negentig diverse instrumenten ontwikkeld om de complexiteit van de verpleegsituatie vast te stellen. Veel factoren die genoemd worden in het rapport van de Commissie Kwalificatiestructuur, en die we in dit hoofdstuk hebben besproken, zijn terug te vinden in deze instrumenten; zoals somscorelijsten, analyseformulieren of toewijzingsinstrumenten. We laten een voorbeeld zien van een complexiteitsscorelijst voor een algemeen ziekenhuis.

### Complexiteitsscorelijst algemeen ziekenhuis

- |          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>1</b> | Hoe stabiel en voorspelbaar is de verpleegsituatie?  |   |
| <i>a</i> | De situatie is stabiel, voorspelbaar en is van opname tot ontslag te plannen.  | 1 |
| <i>b</i> | De situatie is wisselend maar wel voorspelbaar, een globale planning voor opname is mogelijk.  | 2 |
| <i>c</i> | De situatie is onvoorspelbaar, een frequente herziening van opnameplanning is nodig.   | 3 |
| <i>d</i> | De situatie is sterk wisselend en onvoorspelbaar, constante herziening van opnameplanning is nodig.  | 4 |
| <b>2</b> | Hoe groot is de kans dat er een risicovolle situatie (bijvoorbeeld hartstilstand, shocktoestand) optreedt?   |   |
| <i>a</i> | Geen kans op een risicovolle situatie.   | 1 |
| <i>b</i> | Geringe kans op een risicovolle situatie.  | 2 |
| <i>c</i> | Grote kans op een risicovolle situatie.  | 3 |
| <i>d</i> | Zeer grote kans op een risicovolle situatie.   | 4 |
| <b>3</b> | De verplegende moet de verpleegkundige zorg coördineren door middel van het uitwisselen van informatie over de patiënt met andere zorgverleners/disciplines. Met hoeveel zorgverleners, naast de verplegenden en behandelend arts, krijgt de patiënt gedurende de opname te maken? |   |
| <i>a</i> | Geen enkele ander zorgverlener.  | 1 |
| <i>b</i> | 1 of 2 andere zorgverleners.   | 2 |
| <i>c</i> | 3 of 4 andere zorgverleners.   | 3 |
| <i>d</i> | Meer dan 4 andere zorgverleners.   | 4 |
| <b>4</b> | In hoeverre is het gebruik van verpleegtechnische hulpmiddelen noodzakelijk?   |   |
| <i>a</i> | Niet noodzakelijk.   | 1 |
| <i>b</i> | Eenvoudige hulpmiddelen zijn nodig (bijvoorbeeld papegaai).  | 2 |
| <i>c</i> | Eén verpleegtechnisch hulpmiddel is nodig (bijvoorbeeld infuus pomp, blaaspoelsysteem).  | 3 |
| <i>d</i> | Er zijn meer verpleegtechnische hulpmiddelen nodig (bijvoorbeeld verschillende infuuspompen, spuitpompen).   | 4 |
| <b>5</b> | In hoeverre behoeft de patiënt intensieve (somatische) verpleegkundige zorg (bijvoorbeeld zorg voor decubitus, grote wonden)?  |   |
| <i>a</i> | Behoeft geen intensieve verpleegkundige zorg.  | 1 |
| <i>b</i> | Behoeft incidenteel intensieve verpleegkundige zorg (bijvoorbeeld na O.K.).  | 2 |
| <i>c</i> | Behoeft één keer per dag intensieve verpleegkundige zorg.  | 3 |
| <i>d</i> | Behoeft twee of meer keer per dag intensieve verpleegkundige zorg.   | 4 |

- 6** De indicatoren voor de mate van ADL-zelfstandigheid zijn:  
(ADL = activiteiten van het dagelijks leven)
- zonder hulp in en uit bed komen;
  - zonder hulp zichzelf lichamelijk verzorgen;
  - zonder hulp aan- en uitkleden;
  - zonder hulp eten en drinken;
  - zonder hulp gebruik maken van het toilet;
  - zonder hulp zich verplaatsen.

In hoeverre is de patiënt ADL-zelfstandig?

- |  |   |
|--|---|
| <i>a</i> De patiënt is ADL-zelfstandig<br>(voldoet aan alle 6 ADL-indicatoren).  | 1 |
| <i>b</i> De patiënt is redelijk ADL-zelfstandig<br>(voldoet aan 4 of 5 ADL-indicatoren).   | 2 |
| <i>c</i> De patiënt is in geringe mate ADL-zelfstandig<br>(voldoet aan 1, 2 of 3 ADL-indicatoren).   | 3 |
| <i>d</i> De patiënt is niet ADL-zelfstandig<br>(voldoet aan geen enkele ADL-indicator).  | 4 |
| <br>   |   |
| <b>7</b> In hoeverre heeft de patiënt en/of diens relatie(s) emotionele ondersteuning en psychische hulp van de verplegende, gericht op de verwerking van zijn/haar ziekte?  |   |
| <i>a</i> Behoeft normale aandacht en inspanning.   | 1 |
| <i>b</i> Behoeft extra aandacht en inspanning.   | 2 |
| <i>c</i> Behoeft grote aandacht en inspanning.   | 3 |
| <i>d</i> Behoeft alle aandacht en inspanning.  | 4 |
| <br>   |   |
| <b>8</b> De communicatie tussen patiënt en verplegende zou adequaat moeten verlopen. Vorm en inhoud van de communicatie zijn op elkaar afgestemd, begrijpelijk en ter zake doende. Indicatoren voor de mate van communicatie: spreken, schrijven, gebaren. Hoe verloopt de communicatie tussen verplegende en patiënt? |   |
| <i>a</i> De patiënt communiceert adequaat met behulp van 3 indicatoren.  | 1 |
| <i>b</i> De patiënt communiceert adequaat met behulp van 2 indicatoren.  | 2 |
| <i>c</i> De patiënt communiceert adequaat met behulp van 1 indicator   | 3 |
| <i>d</i> De patiënt is niet in staat om te communiceren  | 4 |

## Scoreformulier voor de complexiteitsscorelijst

Patiëntengegevens/diagnose: .....

Eventuele bijkomende  
gezondheidsproblemen: .....

Leeftijd: ..... jaar

### Itemomschrijving

Datum: Datum: Datum enz.:

- 1 Stabiliteit en voorspelbaarheid van de verpleegsituatie
- 2 Kans op een risicovolle situatie
- 3 Coördinatie met andere zorgverleners
- 4 Gebruik van verpleegtechnische hulpmiddelen
- 5 Benodigde intensieve verpleegkundige zorg
- 6 ADL-zelfstandigheid van de patiënt
- 7 Emotionele ondersteuning en psychische hulp aan patiënt en/of diens relatie(s)
- 8 Mate van adequate communicatie tussen verplegende en patiënt

### Totaalscore

Totaalscore 8 t/m 12: patiënt toewijzen aan tweede deskundigheidsniveau; controle op toewijzing binnen 24 uur.

Totaalscore 13 t/m 16: patiënt toewijzen aan tweede deskundigheidsniveau; controle op toewijzing binnen dezelfde dienst.

Totaalscore 17 of hoger: patiënt toewijzen aan eerste deskundigheidsniveau.

Aan welk deskundigheidsniveau wijst u de patiënt toe? eerste / tweede

Wijkt dit af van wat de totaalscore aangeeft? ja/nee  
Zo ja, wat is de reden hiervoor? .....

Bron: Galama, e.a., 1994

## Tussenvraag 1.5

Lees casus 1.1.

- a Maak een totaalscore aan de hand van de complexiteitsscorelijsten.
- b Beantwoord de volgende vragen uit het scoreformulier:
  - 1 Aan welk deskundigheidsniveau wijs je de patiënt toe?
  - 2 Wijkt dit af van wat de totaalscorelijst aangeeft? Ja/Nee.

### Casus 1.1 Jan Smit

Hans H.: Verpleger, 30 jaar, heeft na de opleiding voor ziekenverzorger, MDGO-VP gevolgd. Is nu vijf jaar gediplomeerd en werkt sinds vier jaar op een afdeling Algemene Chirurgie van een middelgroot ziekenhuis.

Susan S.: Verpleegkundige, 26 jaar, heeft sinds drie jaar haar HBO-V diploma en werkt vanaf die tijd samen met Hans op dezelfde afdeling.

#### *Susan in gedachten:*

'Vandaag Jan Smit opgenomen, een man van 45 jaar. Is van de ladder gevallen toen hij zijn huis schilderde en heeft hierbij een fractuur opgelopen. Komt voor behandeling aan een mediale collumfractuur rechts. De eerste vijf dagen heeft hij bedrust, omdat er een tractie is aangelegd met behulp van een pleisterrekverband. Hij is gehuwd, heeft twee kinderen (6 en 8 jaar oud) en is van beroep sportleraar. Het is zijn eerste opname in een ziekenhuis.

Tijdens het opnamegesprek is hij weinig spraakzaam en geeft korte antwoorden op mijn vragen.

Ik zie hier in het behandelplan het volgende:

- standaard onderzoeken; bloed, urine, thoraxfoto en ECG.
- operatieve fixatie van de breuk.
- drie weken onbelast oefenen in bed.'

De derde dag na de operatie

#### *Susan in gedachten:*

'Ik kon vanmorgen maar moeilijk mijn bed uitkomen. Het is de vijfde dag dat ik 's morgens om half acht moet beginnen. Op de afdeling zie ik dat Hans bezig is met de verzorging van Jan Smit. Ik heb deze patiënt na opname overgedragen aan Hans. Ik heb er wel vertrouwen in. Hans is iemand die kan aanpakken en

die goed weet wat hij zelf wil. Bij de overdracht kreeg ik het idee dat hij de situatie wel kon overzien en dat hij gemotiveerd was. De eerste dag na de operatie was ik steeds op de achtergrond aanwezig, maar Hans liet weten dat hij het wel aankon. Vandaag moeten wij in elk geval tijd maken om het verpleegplan te bespreken, want ik besef ineens dat wij er gisteren niet aan toegekomen zijn. Meestal houd ik dat de eerste dagen na zo'n operatie goed in de gaten. Ik ga er nu vanuit dat het allemaal wel goed gaat, maar het wordt tijd om dat even te checken. Toen ik gisteren op de kamer van Jan kwam, zag ik dat zijn bord met eten nauwelijks aangeraakt terugging naar de keuken. Het valt mij op dat het een stille man is; hij zegt niet veel. Ik maak een afspraak met Hans voor vanmiddag. Voordat ik naar de afspraak met Hans ga, loop ik bij Jan langs. En na een kort inleidend gesprek hoor ik hem nog zeggen dat hij het maar niets vindt om met alles geholpen te worden. Dat hij zich hiervoor veel te jong voelt. Dat hij wel ziet hoe druk Hans het heeft met de andere patiënten. Daarom heeft hij maar niet gezegd dat hij pijn heeft, niet weet hoe hij moet liggen en last heeft van slijm in zijn keel en kriebelhoest. Als hij doodstil in bed ligt gaat het het beste. Toen ik dit hoorde, heb ik de wond gecontroleerd, deze ziet wat rood.'

Om twee uur komt Hans.

#### *Susan in gedachten:*

'Ik heb het gesprek met Jan Smit in mijn hoofd, maar laat Hans eerst aan het woord. Hij vertelt dat het wel goed gaat, de verzorging is niet ingewikkeld, vindt hij. Het valt hem wel op dat Jan wat stil is: "Hij vraagt niet veel, heeft zelf heel weinig inbreng en laat mij het werk doen. Als je kijkt naar die twee andere patiënten ... daar heb ik het veel drukker mee", merkt Hans nog op.'

Over het gebruik van de tot nu toe ontwikkelde meetinstrumenten bestaat veel discussie. De vraag waar het om draait is: meten we wel wat we willen meten? Een kritische kanttekening wordt geplaatst door Christiaanse en Hurkmans (1993), die stellen dat complexiteit waarschijnlijk niet bepaald wordt door de aan- of afwezigheid van een bepaald fenomeen, maar door de waardering of de perceptie van dat

fenomeen (Van Til, e.a., 1994/1995). Ook hier is de kwestie van aanbod of vraagkant van de zorg aan de orde.

De instrumenten zouden niet valide en betrouwbaar zijn. Een centrale vraag is of de verpleegkundige zorg in een 'somscore' is uit te drukken. Een complexiteitscorelijst veronderstelt een bepaalde mate van exactheid, terwijl complexiteit nooit exact is uit te drukken (Van Til, e.a., 1994/1995).

Het voorbeeld dat hierbij wordt genoemd, is de samenwerking tussen een verpleegkundige en een andere discipline. Je kunt op een scorelijst invullen hoeveel disciplines bij de zorg betrokken zijn: vijf scoort complexer dan een. Maar volgens Christiaanse en Hurkmans (1993) gaat het niet alleen om de hoeveelheid andere disciplines die betrokken zijn bij de zorg van de patiënt, het gaat er ook om hoe de samenwerking en de communicatie worden ervaren.

Het is voor de verpleegkundige een bijna onmogelijke opgave om een objectieve score over de mate van complexiteit te geven. Bij het scoren zal zij haar persoonlijke beleving betrekken, die onder andere wordt bepaald door factoren als persoonlijke ervaring, gevoelsreactie, arbeidssatisfactie, kennis over en vaardigheid in bepaalde verpleegkundige diagnoses en interventies. Ten slotte spelen factoren uit de omgeving waarin een en ander zich afspeelt nog een belangrijke rol in het oordeel 'complex' of minder 'complex'.

Volgens Grijpdonck (1995) is het concept complexiteit van de verpleegsituatie misleidend. De complexiteit is geen kenmerk van de situatie, maar het gevolg van de wijze waarop de verpleegkundige naar de situatie kijkt, de situatie definieert. Grijpdonck geeft hiermee te kennen dat niet de weging op basis van verschijnselen van de situatie doorslaggevend is om de complexiteit vast te stellen, maar dat dit door interpretatie van de verpleegkundige wordt gedefinieerd. Wat voor de ene verpleegkundige een complexe situatie is, is het voor de andere niet.

Ondanks het feit dat de mate van complexiteit van de verpleegsituatie hét criterium is voor het inzetten van een verpleegkundige, verzorgende of helpende, blijkt uit de literatuur dat het concept 'complexiteit' nog niet duidelijk is en niet eenduidig wordt gedefinieerd.

Uit onderzoek (Abrahamse en Kluter, 1996) blijkt dat verpleegkundigen vinden dat de dagelijkse praktijkvoering niet wordt weergegeven in de bestaande complexiteitscore-/analyselijsten. Dit verklaart mede waarom verschillende verpleegkundigen, aan de hand van bestaande complexiteitscorelijsten, eenzelfde verpleegsituatie op verschillende wijze beoordelen.

Wat we zien is dat in de complexiteitscore-/analyselijsten het accent wordt gelegd aan de kant van de zorgvraag van de verpleegsituatie. Onderzoekers als Verran en Reid (1987) en Soeken en Prescott (1991) leggen echter de nadruk op kenmerken van de verpleegkundigen. Deze moet beschikken over kennis, vaardigheid en ervaring.

Ook wij gaan er in dit hoofdstuk van uit dat de mate van complexiteit niet (alleen) wordt bepaald door verschijnselen van de patiënt en van zijn omgeving. De mate van complexiteit van de verpleegsituatie wordt altijd door iemand ervaren en is gerelateerd aan de kennis die deze persoon heeft én aan kenmerken van de situatie zelf.



‘Er is voor mijn gevoel een verschil tussen de complexiteit ten aanzien van de te verlenen zorg en de ervaren complexiteit. Als ik naar mijzelf kijk, met al mijn ervaring op de obstetrie, dan denk ik: ook al wordt deze patiënt gezien als hoog-complex, voor mezelf ervaar ik dat niet zo, in de zin van dat ik niet zou weten wat ik moet doen. Ik heb het idee dat ik elke verpleegsituatie op de verloskunde kan hanteren. Door mijn deskundigheid.’  
(Bron: Abrahamse en Kluter, 1996)

Om een uitspraak te doen over de mate van complexiteit van de verpleegsituatie moet de zorgvraag zo nauwkeurig mogelijk in kaart worden gebracht met behulp van diagnoses, resultaten en interventies. Immers, de relatie tussen verpleegkundige kennis en vaardigheden enerzijds en kenmerken van de zorgvraag anderzijds maken dat een verpleegkundige een bepaalde verpleegsituatie als meer of minder complex ervaart.

### ■ ■ ■ Samenvatting

Voortdurend proberen we de complexe werkelijkheid te ordenen tot inzichtelijke en beheersbare processen. Het doel hiervan is het bevorderen van inzicht en controle. We zien dit overal om ons heen; ook in de gezondheidszorg, in de verschillende zorgorganisaties, waar patiënten worden ingedeeld in een bepaalde categorie en bij de verschillende beroepsbeoefenaren die ordening aanbrengen in de veelheid en verscheidenheid aan gezondheidsproblemen. Wanneer we niet in staat zijn de complexe werkelijkheid te ordenen in inzichtelijke en beheersbare processen, blijft elke situatie per definitie ingewikkeld en onwerkbaar. Verpleegkundigen maken gebruik van ordeningsprincipes die geschikt zijn voor hun beroepsuitoefening. Het vaststellen van de mate van complexiteit is nodig om:

- een juiste afstemming tussen vraag en aanbod van de zorg te krijgen;
- geschikte middelen in te zetten om de zorg te verlenen;
- afstemming tussen verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden die bij de uitvoering betrokken zijn tot stand te brengen.