

TEN GELEIDE BIJ DE TWEEDE DRUK

De eerste druk van dit boek verscheen in 2010. Het bleek meteen een succes. Sindsdien is het klinisch redeneren, mede door de vele symposia, cursussen, clinics, colleges en patiënt-besprekingen waaraan we hebben mogen deelnemen ook steeds bekender en naar het schijnt ook wel belangrijker geworden. Het lijkt een niet meer weg te denken fenomeen. De term 'klinisch redeneren' is inmiddels ook verschenen in de concepten van de verpleegkundige beroepsprofielen 2020 en het lijkt daarin zelfs de belangrijkste onderscheidende factor in het niveau van de beroepsuitoefening te worden. Dat is uiteraard niet alleen onze verdienste maar hopelijk kunnen we daar wel 'ons steentje' in bijdragen.

Door het werken met de inhoud van de eerste druk hebben we langzamerhand veel ervaring opgedaan met het klinisch redeneren en het aanleren daarvan. Dat heeft in de loop van de tijd, naast veel opleidingsplezier, ook geresulteerd in een aantal aanscherpingen en bijstellingen. Uiteindelijk werd het ook tijd om dit geleerde in deze tweede druk te verwerken.

INHOUD

Ten geleide bij de tweede druk	5
DEEL 1	9
Inleiding	10
1 Klinisch redeneren in zes stappen	13
2 De zes stappen nader bekeken	18
3 Methoden, modellen en technieken	26
De SBAR-methode	28
De EWS-score	34
De SIRS-criteria	36
De SCEGS – psychosociale status	37
Zorghema's ProActive Nursing-model	41
VMS-thema's patiëntveiligheid	46
Kwaliteit van beroepsuitoefening	47
Principiëel model ethiek	48
Afsluitend	50
Bronnen	51
DEEL 2	53
Acht patiëntbesprekingen	54
Pneumonie	57
Casusoverzicht de heer Spaans, 73 jaar	66
Casus de heer Spaans	67
Casusoverzicht mevrouw V. ter Anen, 60 jaar	78
Casus mevrouw V. ter Anen	79
Hartfalen (decompensatio cordis)	90
Casusoverzicht mevrouw Vollenhove, 85 jaar	101
Casus mevrouw Vollenhove	102
Casusoverzicht mevrouw De Kom, 78 jaar	111
Casus mevrouw De Kom	112
Trombose en embolie	120
Casusoverzicht mevrouw Keizer, 31 jaar	131
Casus mevrouw Keizer	132
Casusoverzicht de heer Warmond, 69 jaar	140
Casus de heer Warmond	141

Diabetes mellitus (suikerziekte)	150
Casusoverzicht Dianne Beta, 15 jaar	158
Casus Dianne Beta	159
Casusoverzicht Chris Mol, 54 jaar	167
Casus Chris Mol	168
Nabeschuwing	179

DEEL 1



INLEIDING

Er is veel veranderd in de verpleegkundige praktijk en (student-)verpleegkundigen veranderen mee. De zorg is technischer geworden. De ontwikkelingen in de medische wetenschap gaan snel. Veel ziektes waar voorheen geen genezing voor mogelijk was, zijn inmiddels in een chronische staat gebracht. Daardoor zijn patiënten in ziekenhuizen naar verhouding ouder geworden en hebben ze vaak één of meer comorbiditeiten. Ze zijn mede daardoor ook vaak zieker en instabieler. Deze patiënten willen en moeten zelf meer gaan nadenken over hun gezondheid (*shared decision making*). Omdat de medische zorg en de visie op zorg zo snel naar een hoger peil groeien, stelt dit hogere eisen aan verpleegkundigen. Ook de plannen van de overheid voor de komende decennia hebben een groot effect op het beroep van verpleegkundige. Vooral de eerste lijn en de gespecialiseerde/intensieve thuiszorg worden groot en belangrijk; de niet-klinische zorg dus. Verpleegkundigen zullen in de uitvoering van dit alles een centrale positie gaan innemen. Ons nu al prachtige beroep krijgt hierdoor vele nieuwe impulsen en lijkt nog veelzijdiger, aantrekkelijker en belangrijker te worden.

Biomedische kennisbasis

Bovenstaande betekent ook dat het vak van verpleegkundige langzamerhand ingewikkelder is geworden dan voorheen. De verantwoordelijkheden zijn nu al flink toegenomen en zullen alleen nog maar verder toenemen. Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je continu goed op de hoogte bent van (nieuwe) ziekten en de stoornissen en beperkingen daarvan. Maar vooral ook van nieuwe onderzoeks- en behandelwijzen. Dit gaat om soms uiterst geavanceerde farmacotherapie, bewakings- en behandelingsapparatuur. Daarbij staat in onze beroepscode dat wij verpleegkundigen, indien nodig, zullen opkomen voor de belangen van de patiënt die dit allemaal moet ondergaan. Dit kan zijn naar de arts, naar de naasten en soms zelfs naar de patiënt zelf. Zowel de huidige als de toekomstige verpleegkundige moet, als 'advocaat van de patiënt', een goede biomedische kennisbasis hebben en moet goed kunnen samenwerken en communiceren met de patiënt en met andere professionals.

Al deze ontwikkelingen zijn natuurlijk uiterst interessant voor de beroepsuitoefening. Maar, zijn wij verpleegkundigen daartoe wel voldoende uitgerust en getraind? Er wordt blijkbaar van je verwacht dat je al je indrukken, meningen, beslissingen en handelen goed kunt onderbouwen/beargumenteren en daar ook professioneel over kunt communiceren. Gezien al deze ontwikkelingen is een stevige biomedische kennisbasis (pathologie, anatomie/fysiologie en farmacologie) van evident belang voor je dagelijks functioneren als verpleegkundige.

In 2009 is uitgebreid onderzoek gedaan naar de na- en bijscholingsbehoefte van verpleegkundigen. De respondenten konden aangeven bij welk onderwerp op dit moment behoefte was aan een opleiding of bijscholing om het werk beter te kunnen doen. Opvallend was dat er grote belangstelling was voor de bovengenoemde biomedische vakken en voor het klinisch redeneren. Deze verpleegkundigen geven daarmee expliciet aan dat ze de biomedische kennisbasis heel belangrijk vinden voor hun beroepsuitoefening en dat ze deze, met wisselend succes, vooral in de praktijk hebben opgedaan en ermee hebben leren redeneren.

Klinisch redeneren

Maar wat is klinisch redeneren? Simpel gezegd is klinisch redeneren: 'het gebruiken van kennis in de praktijk'. Als verpleegkundige vertaal je de kennis die je hebt naar wat je ziet en doet in de praktijk. Door vervolgens de denkvaardigheden te ontwikkelen om deze kennis bewust te kunnen toepassen, breng je het klinisch redeneren in je beroepsuitoefening tot

uiting. Klinisch redeneren is zo de link tussen kennis en vaardigheden aan de ene kant en het handelen of het professioneel gedrag in de praktijk aan de andere kant.

Leren van casuïstiek

Sinds de introductie van het competentiegericht opleiden hebben opleiders geleerd om anders naar leerstof en opleiden te kijken. Opleiders kijken goed naar beroepssituaties in de klinische praktijk en bepalen dan wat er geleerd moet worden. Belangrijke uitgangspunten daarin zijn: de lesstof moet aansluiten op de competenties/beroepsrollen en de casuïstiek in de klinische praktijk. Maar hele belangrijke vragen zijn daarmee niet beantwoord: 'Hoe gebruik je biomedische kennis in de praktijk' en 'Wat moet je dan weten van deze vakken'? Kortom, wat is de relatie tussen de (biomedische) theorie en de klinische praktijk? En juist dit is het waar het bij het klinisch redeneren om draait. Het klinisch redeneren wordt gezien als de link tussen kennis en praktijk. Het leren klinisch redeneren draait altijd om casuïstiek.

Er bleek echter geen methodiek van klinisch redeneren voor verpleegkundigen te zijn, waarin beschreven wordt hoe er van de casuïstiek geleerd kan worden. En hoewel er dus in de praktijk al veel en goed geredeneerd wordt, ook door verpleegkundigen, is dat veelal op basis van intuïtie. Een duidelijke methodiek ontbrak. De auteurs van dit boek hebben een methodiek ontwikkeld die al enige jaren veel resultaat geeft. Veel verpleegkundigen hebben zich de methode eigen gemaakt. De methodiek is in de afgelopen jaren meermalen geëvalueerd, bijgesteld en volwassen geworden. In dit boek is deze methodiek beschreven, zodat ook anderen dan de studenten van de Amstel Academie het klinisch redeneren kunnen overnemen en aanleren.

Multidisciplinair

Klinisch redeneren is geen bezigheid die exclusief is voor de verpleegkundige beroepsgroep. Ook artsen houden zich ermee bezig. De focus van de medici ligt echter meer op het stellen van de (differentiële) diagnose, met andere woorden, wat de oorzaak is van de gezondheidsproblemen en welke handeling erbij hoort. De verpleegkundige beroepsgroep sluit daarop aan met de redenering over de bijbehorende zorgvraag en zorgbehoefte en op welke wijze de verpleegkundige zijn of haar competenties kan inzetten. Echter, het is niet louter een proces waarbij de werkzaamheden van de verpleegkundige volgen op de werkzaamheden van de arts. Er is een gebied waarin de vaardigheden van de verpleegkundige en die van de arts elkaar overlappen. Om goed te kunnen samenwerken moeten we ook goed kunnen communiceren en daarom is het noodzakelijk om dezelfde taal te spreken. De verpleegkundige dient de arts te kunnen voorzien van gevraagde en ongevraagde adviezen. Vanuit de zorgsituatie dient de verpleegkundige te kunnen beoordelen of de situatie van de patiënt stabiel is. Dit gaat uiteraard verder dan alleen het verzorgen van de patiënt. De tijd dat de verpleegkundige zich 'slechts' bekommerde om de basiszorgbehoefte van de patiënt ligt inmiddels achter ons. De verpleegkundige dient mee te kunnen denken met de arts en te kunnen beoordelen wanneer medisch ingrijpen door de arts noodzakelijk zou kunnen zijn.

Proactief

In een uitgave van een landelijk bekend vakblad stond bij een artikel over klinisch redeneren als inleiding het volgende:

Iedere (beginnende) verpleegkundige bewondert er wel een: zo'n door de wol geverfde collega waarbij de arts altijd meteen komt als ze belt. Als de dokter arriveert, heeft ze de juiste spuit al opgetrokken, de zuurstof klaarstaan en de lab- en röntgenaanvragen volledig ingevuld. Om vervolgens een goed gefundeerde discussie met hem te voeren over het af te spreken beleid. De arts neemt haar mening en voorstellen altijd serieus – die ene, pas afgestudeerde chirurg daargelaten.

De titel van dit boek is 'Proactive nursing' en de ondertitel 'Klinisch redeneren voor verpleegkundigen'. Wat we daarmee willen zeggen is dat we hierin een krachtige relatie zien: je kunt pas anticiperen als je weet waarom het gaat.

Maar laten wij ons goed realiseren dat klinisch redeneren geen doel op zich is. Het is een middel. Het doel wat we nastreven is dat je je kunt identificeren met de bovenstaande door de wol geleverde collega. Of nog beter: jij *bént* diegene. Wat we beogen, is een anticiperende en met de arts en patiënt meedenkende verpleegkundige. Kortom, we willen je meenemen in de *proactive nursing*.

Wij wensen jou toe dat het klinisch redeneren op een proactieve, methodische en systematische manier bijdraagt aan verdere professionalisering van jouw vak. Hopelijk is dit boek je daarbij van dienst.

Dit boek is als volgt opgebouwd.

Hoofdstuk 1 is een inleiding op het klinisch redeneren en de zes-stappen-methodiek.

In hoofdstuk 2 worden de zes stappen van het klinisch redeneren beschreven. Iedere stap wordt op dezelfde wijze uitgelegd. We beschrijven het doel van de stap en waarom dit een belangrijke beroepsvaardigheid is. Ook wordt aangegeven welke redeneerhulpen geschikt zijn om te gebruiken.

In hoofdstuk 3 wordt het begrip 'redeneerhulpen' uitgelegd. Dat zijn methodieken, modellen voor het denken en doen (verantwoordelijkheden) van verpleegkundigen. Redeneerhulpen zijn dus slechts hulpmiddelen die ook ingewisseld kunnen worden voor andere, wellicht betere hulpmiddelen.

De casuïstiek in deel 2 betreft veelvoorkomende zorgsituaties van somatische en klinische aard. Ze zijn daarmee vooral geschikt voor de (student)verpleegkundigen die werkzaam zijn in een algemeen ziekenhuis. Hiervoor worden de stappen van het klinisch redeneren toegelicht en doorlopen, inclusief de bijbehorende pathofysiologie. Vervolgens staan bij elk hoofdstuk twee voorbeelden: een casus van een gewone verpleegafdeling en een casus van een intensieve zorgsetting. In de set van alle patiëntbesprekingen is de breedte gezocht in man/vrouw, jong/oud en de verschillende specialismen verpleegafdelingen waar deze patiënten voorkomen of opgenomen zullen worden.

1 KLINISCH REDENEREN IN ZES STAPPEN

Introductie

Klinisch redeneren is het continue kritisch nadenken-meedenken over de situatie van de patiënt en de kleine en grote beslissingen die voortvloeiende daaruit genomen moeten worden met betrekking tot de bestaande en de te verwachten problematiek en de zorg. Als verpleegkundige stel je jezelf eigenlijk onbewust continu de vraag: wie, wat, wanneer, hoe, maar vooral: waarom?

De individuele zorgbehoefte van een patiënt kan zeer snel wisselen en mede hierdoor wordt van de professional een goed ontwikkelde klinische blik en een goed ontwikkeld ziekte-zorginzicht verwacht. Klinisch redeneren doe je niet eventjes tijdens een pauze of een rustig momentje. Je doet het eigenlijk continu. Iedere beroepsbeoefenaar doet dit uit zichzelf en van nature. En zodra je weggaat bij een patiënt en naar een andere toegaat, ben je alweer bezig met redeneren over die patiënt. Het vermogen om klinisch te redeneren zou je ook je beroepsmatige intelligentie kunnen noemen.

Iedereen redeneert

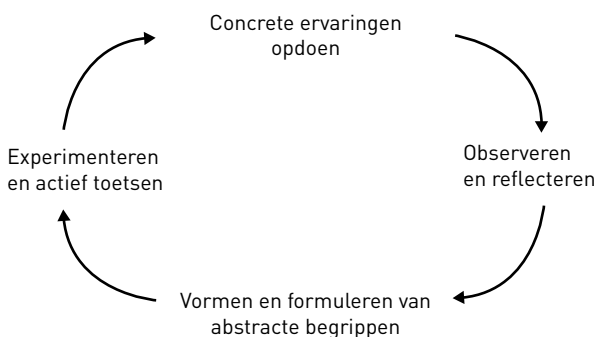
Bij ervaren verpleegkundigen is het beroepsmatig denken zo vanzelfsprekend dat ze het bijna niet meer als een onderscheidend fenomeen zien. Maar dat is het wel. De een denkt nu eenmaal logischer, sneller of makkelijker na dan de ander. Dat is uiteraard terug te voeren op de natuurlijke verschillen in intellectuele vermogens van mensen. Wat ervaren verpleegkundigen allemaal heel logisch vinden, is dat ze dit klinisch denken vooral in de beroepspraktijk hebben ontwikkeld. Daarom lijkt het logisch om te denken dat verpleegkundigen met veel praktijkervaring ook goed kunnen redeneren. Maar dat blijkt minder vanzelfsprekend te zijn. Het professioneel denken blijkt zich namelijk nogal divers te kunnen ontwikkelen. De een vindt dit belangrijk en weet daar veel van, terwijl een ander weer veel over een bepaald ziektebeeld of over een techniek weet, enzovoort. Op deze manier lijkt klinisch redeneren weliswaar alom vertegenwoordigd maar is het daarmee ook wel heel erg persoonlijk ontwikkeld. Het is daardoor ook erg ongreepbaar en verwarrend voor studenten die het redeneren willen of moeten leren.

Leren redeneren

Uit het bovenstaande mag je concluderen dat het fenomeen 'klinisch redeneren' voor niemand echt nieuw zal zijn. Het lijkt erop dat het beestje nu alleen een naam heeft gekregen. Dat is gedeeltelijk schijn. Ondanks het feit dat iedereen het doet en we het een uiterst belangrijke vaardigheid vinden, hebben we er als verpleegkundigen (meestal) geen eenduidig, herkenbaar en gericht onderwijs in gehad. Je kunt echter ook weer niet zeggen dat we in onze opleidingen niet uitgedaagd zijn om na te denken of mee te denken. Natuurlijk is dat gebeurd en vaak ook met een goed resultaat. Maar iedere opleider heeft zo weer zijn eigen manier van denken, zijn eigen stokpaardjes, zijn eigen kennis en ervaringen. En een student ontmoet vele opleiders tijdens zijn opleiding en verdere carrière. Onderwijskundig gezien is dat een heel chaotische manier leren over iets dat verpleegkundigen heel belangrijk vinden, namelijk hun ziekte- en zorginzicht. Uit onderzoek blijkt dan ook dat dit bij ons verpleegkundigen op heel uiteenlopende niveaus ontwikkeld kan zijn. Op een abstract niveau geformuleerd bevordert het klinisch redeneren het analytisch, associatief, probleemoplossend, abstraherend denken, maar vooral het klinisch meedenken.

Leren beredeneren van casuïstiek

In het verpleegkundig beroepsonderwijs wisselen school en praktijk elkaar af. Zo leer je op school bijvoorbeeld van een anatomiedocent de bouw en werking van de ademhalingsorganen. Bij de pathologiedocent leer je wat een pneumonie is. Vervolgens ga je werken in de praktijk en kom je regelmatig patiënten met een pneumonie tegen. In de praktijk merk je dat je deze biomedische kennis hard nodig hebt. Zo leer je van iedere patiënt met een pneumonie vaak (on)bewust weer wat bij. Iedere patiënt is immers een casus en we zijn nooit te oud om te leren. En dat wat je geleerd hebt, kun je weer meenemen naar toekomstige patiënten. Dit wordt ervaringsleren genoemd. Het is een heel natuurlijke en effectieve manier van leren. De bekende leerpsycholoog David Kolb beschrijft dit leerproces in zijn 'leercirkel'. Belangrijk hierin is wel dat er steeds momenten van bewustwording zijn over wat men ervaren heeft en wat men naar aanleiding hiervan geleerd heeft.



Afbeelding 1 De leercirkel van David Kolb.

Voor het leren klinisch redeneren zijn de principes van het ervaringsleren ook van toepassing. Je leert het redeneren met vallen en opstaan en zeker niet zomaar vanzelf. Om goed te leren redeneren, is het uiterst nuttig gebleken om, zowel op school als in de praktijk, regelmatig een patiëntbespreking te houden. Dit wordt door de deelnemers unaniem als zeer leerzaam ervaren. Een patiëntbespreking is eigenlijk niets anders dan een casusbespreking. Je kiest een patiënt uit die je zelf verpleegt of verpleegd hebt en waarvan je wilt leren. De casus is dan een momentopname van een specifieke patiëntsituatie. Dit is meestal een kritiek moment tijdens de behandeling, maar je kunt ook een andere opvallende gebeurtenis nemen. De tijd wordt dan als het ware even stilgezet. De patiëntbespreking is een soort snapshot uit de gehele ziektegeschiedenis van een patiënt. De situatie van het moment wordt volgens de regelen der kunst in kaart gebracht en wordt dan uitgebreid uitgewerkt en doorgenomen. Het vergt wel de nodige voorbereiding en het is weliswaar vaak een beetje eng in het begin, maar het is heel belangrijk om het (leren) redeneren hardop en interactief, dus in het bijzijn van anderen, te doen. Het zelfstandig voorbereiden en doen van een patiëntbespreking (maar ook bijwonen ervan) is een uiterst krachtig en effectief leermoment!

In het tweede deel van dit boek staan als voorbeeld acht patiëntbesprekingen centraal. Om zelf een patiëntbespreking te kunnen gaan doen, heeft het kenniscentrum ProActive Nursing een formulier ontwikkeld waarmee je jouw casus eenduidig in kaart kan brengen. Dit formulier is digitaal in te vullen, uit te printen of te downloaden op www.proactivenursing.nl en op www.boomlemma.nl. Het formulier heeft de naam 'de casus in kaart'. Om het bewuste leren te stimuleren, is de allerlaatste vraag van een patiëntbespreking altijd: 'wat heb je van deze casus geleerd?'

Klinisch redeneren is een vak

Klinisch redeneren is niet zo maar een beetje op gevoel 'voor de vuist weg' praten over zo maar een toevallig passerende situatie. Het is zeker geen gelegenheid tot filosoferen, 'als het zo uitkomt', of 'alleen wanneer we er tijd voor hebben'. Klinisch redeneren is een uiterst belangrijke professionele denkvaardigheid die je continu en bij iedere patiënt (en vooral in het belang van de patiënt) gebruikt. Het werken met (ernstig) zieken, met hun ziekten en hun vaak zeer intensieve en ingrijpende behandelingen vereist een goed ontwikkeld observatievermogen, een continu scherp nadenkende geest, een goed organiserend en handelend vermogen. Klinisch redeneren is langzamerhand echt een vak apart geworden. Op een aantal scholen zijn er tegenwoordig ook specifieke vakdocenten voor. Willen we het vak van verpleegkundige leren, dan horen daar ook een exacte manier van denken en een stevige biomedische kennisbasis bij. Want zonder kennis kun je niet leren redeneren.

De drie 'O's' van redeneren

In het denkproces van het redeneren zijn drie onderdelen te onderscheiden. Deze onderdelen beginnen allemaal met de letter O, vandaar de drie O's van het redeneren. De basis van het redeneren is 'observatie'. Er valt je wat op, je ordent je gedachten en je komt tot een oordeel. En conclusies moeten altijd beargumenteerd kunnen worden met feiten. Zodra de redeneringen niet onderbouwd kunnen worden met concrete waarnemingen of metingen, zijn oordelen of meningen niet meer dan vermoedens.

Uitgangspunt van het klinisch redeneren is dus observatie. Deze observaties moeten binnen onze gedachten eerst nog geordend worden voordat een oordeel kan worden gevormd. Dit klinkt misschien ingewikkeld, maar denk maar eens aan een druk verkeersplein waar je wilt oversteken: je ziet voetgangers, fietsers, auto's, stoplichten, zebrapaden, enzovoort. Ogenscheinlijk een verkeerschaos! Al deze observaties overdenk je pijlsnel in relatie tot de verkeersregels (ordening) alvorens je besluit (oordeel) over te steken. Achteraf kun je beargumenteren waarom je op dat moment kon oversteken. Je ziet: redeneren is een alledaagse vaardigheid. Als we het geheel op een rij zetten is het denkproces van het redeneren weer te geven in vier O's: **O**bserveren, **O**rdenen, **O**ordelen en een extra **O** is er voor het overdenken van het geheel. In afbeelding 2 is het onderling verband van deze onderdelen weergegeven.

Observeren: hierbij gaat het over allerlei mogelijke feiten die je waarneemt, zoals: klinische symptomen, klachten, controles, laboratoriumwaarden, bloedwaarden, enzovoort.

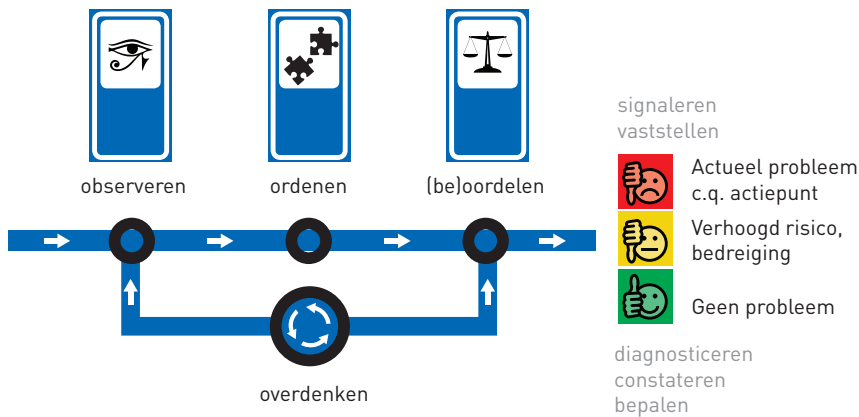
Ordenen: aan de hand van de observaties ga je je gedachten ordenen. Het gaat om vragen als: wat heb je nu waargenomen, waar zit het probleem, wat is het probleem, zijn er verbanden met andere problemen en hoe breng ik dit alles onder woorden? Uit ervaring blijkt dat juist het ordenen van gedachten verreweg het moeilijkste onderdeel is van de drie 'O's' van het redeneren.

Oordelen: dit gaat om diagnosticeren, constateren of vaststellen. De oordeelsvorming is door middel van een stoplichtsysteem teruggebracht naar drie keuzes die staan voor de status van de problematiek:

Rood = stop: je signaleert een actueel probleem c.q. punt waarop actie ondernomen moet worden.

Oranje = waarschuwing: je signaleert een verhoogd risico, een bedreigde functie.

Groen = veilig: er is geen probleem/geen disfunctie.



Afbeelding 2 De drie 'O's', van links naar rechts.

Mogelijk kan deze systematiek wat geforceerd overkomen. Het geeft echter goed de triage (goed, bedreigd, fout) in de oordeelsvorming weer. Daarnaast is het stoplichtsysteem eenvoudig, intuïtief en denkbeeldig toepasbaar (we kennen allemaal de gevoelswaarde van deze drie kleuren), eenduidig en overzichtelijk in allerlei vormen van rapportage.

Overdenken: deze extra 'O' drukt het heen-en-weer denken uit. Je controleert als het ware of het redeneren wel klopt: wat vertellen de observaties nu precies, zijn de observaties voldoende en objectief genoeg om het probleem gefundeerd vast te kunnen stellen? Deze extra 'O' geeft duidelijk aan dat het redeneren een cyclisch denkproces is. Bij elk oordeel wordt overdacht of de feiten juist zijn en/of ze ondertussen niet veranderd zijn. Een continue gezonde twijfel over de invulling van alle drie de 'O's' is iets wat iedere professional zelf zou moeten doen en van anderen zou moeten waarderen. Door nadenken of meedenken worden fouten gemaakt maar veel vaker ook voorkomen.

Het belang van de drie 'O's

Uiteraard zijn we ons niet zo bewust van deze drie 'O's'. Het denken wordt doorgaans niet zo concreet gefaseerd ervaren. Denken is een bijzonder snel proces. Daarnaast wordt het overgrote deel van het handelen min of meer onbewust (automatisch) gedaan. Ogenscheinlijk zelfs zonder na te denken. Het lijkt daarom misschien onlogisch om het denkproces op deze manier op te delen, maar klinisch redeneren is een hoog cognitieve vaardigheid. Klinisch redeneren is voor alle betrokkenen (verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, studenten en opleiders) niet eenvoudig aan te leren of te onderwijzen. Zonder een heldere structuur bestaat er een grote kans dat we met het redeneren overgaan in oeverloze, onnavolgbare, incorrecte monologen of discussies, die uiteindelijk over leven en dood kunnen gaan. Het is daarom belangrijk te beseffen dat er duidelijke denkstappen te onderscheiden zijn. Het model van de drie 'O's' maakt het bewust (klinisch) denken en het beroepsmatig nemen van beslissingen, inzichtelijk, controleerbaar en bespreekbaar voor studenten en hun opleiders.

Zes-stappen-methodiek

Om het klinisch redeneren concreet, eenduidig aan te leren is een methodiek nodig. Een methodiek geeft de richting aan. Zonder een methodiek vervallen we snel in chaotisch redeneren. De zes-stappen-methodiek, zoals in dit boek beschreven wordt, is ontwikkeld om het (leren) redeneren op een gestructureerde manier te laten verlopen. Ervaren verpleegkundigen herkennen de methodiek wel maar geven aan dat ze de stappen door elkaar of tegelijkertijd doen. Dat is op zich niet verwonderlijk. Ervaren beroepsbeoefenaren houden zich niet altijd zo bewust meer aan stappen of methodieken. Kenmerkend voor hen is namelijk een grote mate van onbewuste bekwaamheid. Zij putten uit hun grote klinische ervaring. Maar als we met een door de wol geverfd iemand de tijd nemen om via deze zes stappen naar een casus

te kijken, herkent hij of zij de methodiek doorgaans heel goed. Ook jij zult je hier (later) waarschijnlijk in herkennen.

In de onderstaande tabel zie je de essentie van de zes stappen. De zes stappen staan niet op zichzelf. De constatering die je doet bij stap 1 vormen het vertrekpunt voor stap 2. Deze stappen samen vormen weer het uitgangspunt voor stap 3, enzovoort.

Om je te helpen bij de uitvoering van deze stappen staan in de rechterkolom de bijpassende redeneerhulpen (zie hoofdstuk 3).

Essentie van de stap	Redeneerhulp
1 Oriëntatie op de situatie/klinisch beeld Beoordeel de situatie op grond van klinisch beeld/voorgeschiedenis en geef je aanbeveling	<ul style="list-style-type: none"> - SBAR-methode - EWS-score - SIRS-criteria
2 Klinische probleemstellingen Beredeneer de problematiek en de prioriteiten	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgthema's ProActive Nursing-model
3 Aanvullend klinisch onderzoek Beredeneer welke informatie (nog) nodig is	
4 Klinisch beleid Beredeneer hoe de problematiek effectief aangepakt kan worden	
5 Klinisch verloop Beschrijf het verloop voor de korte en lange termijn	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgthema's ProActive Nursing- model, vooral Zorgthema 'Activiteiten & Participatie'
6 Nabeschouwing Beschouw de zorg en jouw aandeel daarin en wat je geleerd hebt	<ul style="list-style-type: none"> - VMS-thema's patiëntveiligheid - Kwaliteit van beroepsuitoefening - Principiëel model ethiek

Tabel 1 Essentie van de zes-stappen-methodiek.

Deze zes stappen en de bijbehorende redeneervaardigheden worden in hoofdstuk 2 nader bekeken.

2 DE ZES STAPPEN NADER BEKEKEN

Introductie

Klinisch redeneren doe je altijd in verband tot een patiëntencasus. In dit hoofdstuk staan de zes stappen en de bijbehorende redeneervaardigheden echter zelf centraal. Hoe de stappen bij casus worden uitgewerkt, kun je zien in deel 2 van dit boek. Hier zijn acht voorbeelden volgens de zes-stappen-methodiek uitgebreid uitgewerkt.

Stap 1: Oriëntatie op de situatie

Toelichting

De eerste stap is bedoeld om de actuele gezondheidssituatie van de patiënt in kaart te brengen. De actuele gezondheidssituatie wordt ook wel het klinisch beeld genoemd. In de dagelijks contacten over een patiënt met collega's (overdracht) en artsen (dagelijkse visite, MDO, telefonisch overleg) is de informatie aangevuld met jouw eigen observaties heel belangrijk. Een goede beschrijving van het klinisch beeld is een belangrijke basis voor het (bij)stellen van de medische diagnose en/of het medisch beleid. Het klinisch beeld is de, zo nauwkeurig mogelijke, beschrijving hoe een ziekte/aandoening zich op dat moment openbaart bij een patiënt. Het klinisch beeld wordt ondersteund door concrete observaties en metingen. Veel gezondheidsprofessionals noemen dit vaak hun 'klinische blik'. Het is echter ook een kunst om deze klinische blik zo helder, correct, eenduidig en zakelijk als mogelijk onder woorden te kunnen brengen.

Redeneervaardigheden

Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je, met behulp van de SBAR-methode, de actuele gezondheidssituatie van je patiënten in kaart kunt brengen. Dit betekent dat je zelf de benodigde informatie kunt verzamelen en deze informatie kort, bondig en concreet kunt weer geven. Inhoudelijk gaat het om:

- S. de mentale en fysieke gezondheidstoestand;
- B. de bestaande of eerder doorgemaakte ziekten, allergieën, behandelingen, zwangerschap, huidige behandeling c.q. medicatiebeleid, een eventuele behandelingsbeperking, enzovoort;
- A. de meetgegevens, observaties, bloedwaarden;
de mogelijke oorzaken (werkdiagnose);
de urgentie van de situatie;
- R. jouw aanbevelingen ten aanzien van consultatie, aanvullend onderzoek, aanpassingen klinisch beleid en eventuele (over)plaatsing van de patiënt.

Bovenal geldt dat je over al deze punten professioneel moet kunnen communiceren en kunt samenwerken met collega's, de arts en de patiënt met zijn naasten.

Uitvoering

Communicatief gezien is het uiterst belangrijk dat verpleegkundigen en artsen dezelfde taal spreken. En ook de aandachtsgebieden en de manier van communicatie zijn uiterst belangrijk. Maar waarover communiceren we met elkaar? En in welke vorm? Veel van deze zaken hebben een vaste manier gekregen in de zogenoemde SBAR-methode. De SBAR-methodiek geeft

richting aan het verzamelen, ordenen en interpreteren van informatie over de patiënt maar ook aan de volgorde waarin je erover communiceert.

De SBAR-methode zien wij als een krachtige manier om de oriëntatie op de situatie heel praktisch en professioneel te doen. Daarenboven is het een steeds bekender wordend protocol voor de communicatie over een patiënt.

Binnen de onderdelen van de SBAR worden ook andere modellen, indelingen of ordeningen gebruikt. We noemen al dit soort modellen redeneerhulpen. Een paar veelgebruikte voorbeelden:

- EWS-score (Early Warning Signs);
- SIRS-criteria.

Meer informatie

Voor een gedetailleerde beschrijving van de SBAR en andere redeneerhulpen verwijzen we naar hoofdstuk 3: Methoden, modellen en technieken.

Relatie met de andere stappen

Deze stap 1 vormt het uitgangspunt voor verder klinisch redeneren. In deze stap maak je duidelijk *dat* er iets aan de hand is. De volgende stappen moet je zien in het verlengde van deze stap. De eerste stap is als het ware het referentiepunt voor de andere stappen. Deze stap bepaalt grotendeels de inhoud van de rest: met welke specifieke klinische problematiek hebben we te maken (stap 2), welk aanvullend onderzoek is nog nodig (stap 3), wat is het specifieke beleid bij deze patiënt in deze situatie (stap 4) en hoe is het klinisch verloop van deze patiënt (stap 5)? In de volgende stap gaan we kijken *wat* er aan de hand is.

Stap 2: Klinische problematiek inzichtelijk

Toelichting

In stap 1 heb je met behulp van de SBAR-methode duidelijk gemaakt *dat* er iets aan de hand is, in deze stap gaan we kijken *wat* er mis is. Er wordt van je verwacht dat je de problematiek inzichtelijk kunt maken en daar is een goede biomedische kennisbasis voor nodig. Deze stap draait erom dat je duidelijk maakt wat de gevolgen van de ziekte of aandoening voor het functioneren van de patiënt zijn.

Zorgthema's

Stap 2 wordt gedaan aan de hand van zogenoemde zorgthema's. Ook dit zijn weer redeneerhulpen. Deze zorgthema's vertegenwoordigen allemaal een bepaalde fysieke, mentale of levensfunctie van de mens. Denk hierbij aan thema's als 'mentaal functioneren', 'stem en spraak', 'ademhaling', 'circulatie', enzovoort. Er zijn inmiddels meer dan twintig van dit soort zorgthema's beschreven. Deze zorgthema's zijn bijna allemaal geïnspireerd op de zogenoemde ICF-classificatie van de WHO. Een overzicht daarvan vind je in hoofdstuk 3.

Selecteren en prioriteren van zorgthema's

In stap 2 begin je met een inventarisatie van de betrokken zorgthema's. Welke zorgthema's je selecteert, hangt uiteraard af van de situatie. Stel daarin ook duidelijke prioriteiten. Zo lijkt het bij een ernstig benauwde patiënt erg logisch om te beginnen met het zorgthema ademhaling maar het kan bij een astma cardiale toch logischer zijn om met de circulatie te beginnen. Er zijn namelijk twee principes om de volgorde van betrokken zorgthema's op te stellen. Zo is de volgorde te bepalen door het principe 'oorzaak en gevolg' of door de in de acute zorg veelgebruikte ABCDE-methodiek. In het eerste geval bepaal je de volgorde door het vaststellen van de primaire problematiek en hoe deze als domino-effect de gevolgen bepaalt. Het voordeel van deze manier is dat je meer zicht op de onderlinge verbanden krijgt. Volgens de

ABCDE-methodiek staat de volgorde grotendeels vast. Deze vaste volgorde wordt bepaald door het principe 'treat first that kills first'. Voor beide manieren is wat te zeggen. Het hangt ook sterk af van de gezondheidssituatie van de patiënt welk principe de voorkeur heeft. In deel 2 van dit boek hebben wij bij alle acht voorbeeld-casuïstieken gekozen voor het eerste principe. Als auteurs vinden wij dat de onderlinge verbanden tussen de zorgthema's zo beter tot hun recht komen. Dat wil overigens niet zeggen dat we het klinische belang van de ABCDE-methodiek niet onderschrijven, integendeel. Het is slechts een didactische keuze geweest.

In zorgsettings waarin de ABCDE-methodiek minder gebruikelijk is, zoals psychiatrie, thuiszorg, revalidatiezorg, enzovoort, blijkt het logischer om het 'oorzaak en gevolg-principe' te gebruiken.

Oefening baart kunst

Stap 2 blijkt verreweg de moeilijkste van de zes stappen te zijn. Er zijn voor deze stap veel analytische vaardigheden en een groot probleeminzicht nodig en dat ontwikkel je niet zomaar even. Het vergt veel oefening en ervaring. Dat verkrijg je maar op één manier en dat is door het te doen! Wanneer je enige ervaring hebt opgedaan met het selecteren van zorgthema's, zul je na verloop van tijd merken dat je meer zicht op de onderlinge verbanden gaat krijgen. Vooral het vermogen om de relatie tussen oorzaak, gevolgen en symptomen te zien, maar ook het verschil tussen functionele compensatie en werkelijke stoornissen wordt veel duidelijker. Mogelijk schiet je huidige biomedische kennis op sommige momenten tekort. Zie dit niet als een probleem maar als een uitdaging en een kans om te leren. Opzoeken, navragen, discussiëren en redeneren zijn heel effectief om je biomedische kennisbasis en je redeneervaardigheden te vergroten. Van iedere casus kun je leren!

Redeneervaardigheden

Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je kunt beredeneren:

1. welke zorgthema's betrokken zijn;
2. wat de bestaande of te verwachten problematiek is;
3. wat de prioriteiten zijn.

Je richt je ook op de onderlinge verbanden tussen de verstoorde zorgthema's. Bovenal geldt dat je over al deze punten professioneel moet kunnen communiceren en kunt samenwerken met collega's, de arts en de patiënt met zijn naasten.

Uitvoering

Om je bij de (moeilijke) stap 2 te helpen, zijn er mindmaps bij de zorgthema's ontwikkeld. Deze mindmaps zijn bedoeld om de complexe informatie over zorgthema's te structureren, samen te vatten, de gedachten mee te ordenen, enzovoort. Ze dienen als een soort veldgidsje dat de belangrijkste aandachtspunten van een bepaald onderwerp of thema in onderling verband en op overzichtelijke wijze weergeeft. Bij de mindmaps wordt gebruikgemaakt van een stoplichtensysteem. Daarmee kun je heel eenvoudig en overzichtelijk de status van eventuele problematiek in een zorgthema aangeven.



Actueel probleem c.q. actiepunt



Verhoogd risico, bedreiging



Geen probleem

Meer informatie

Voor een beschrijving van de ICF en de zorgthema's verwijzen we naar hoofdstuk 3: Methoden, modellen en technieken. Daarnaast is een basisset van twaalf van deze zorgthema's uitgebreid

beschreven in het boek *Klinische problematiek inzichtelijk*. Dit boek maakt deel uit van de ProActive Nursing-reeks en is speciaal bedoeld om de klinische problematiek op een gestructureerde manier inzichtelijk te maken.

Relatie met de andere stappen

Als het goed is, levert stap 2 de zogenoemde toestandsdiagnose op. Per zorgthema geeft deze diagnose inzicht in het actuele functioneren maar ook in de te verwachten problematiek. Datgene wat nog verder uitgezocht moet worden, gebeurt in stap 3: Aanvullend onderzoek. Datgene wat duidelijk is en aangepakt moet worden, gebeurt in stap 4: het klinisch beleid. Stap 2 is dus een heel belangrijke basis voor de verdere stappen.

Stap 3: Aanvullend onderzoek

Toelichting

Aanvullend klinisch onderzoek is vaak nodig om de oorzaak en/of gevolgen van een ziekte of aandoening aan te tonen. Ieder aangevraagd onderzoek heeft een vraagstelling. De arts is hiervoor verantwoordelijk. Van jou wordt gevraagd dat je de strekking van deze vraagstelling kunt aangeven en verduidelijken. De essentie is dat je meedenkt over welke onderzoeken gedaan moeten worden om aan de ontbrekende informatie te komen. Je beredeneert op welke wijze deze informatie verkregen kan worden.

Aanvullend onderzoek is gericht op: het bevestigen van de diagnose, het uitsluiten van de differentiaal diagnoses en het (dis)functioneren van organen en orgaansystemen. Bij aanvullend klinisch onderzoek kun je denken aan de volgende vormen:

- *Anamnese*: de door interview verkregen informatie over het ontstaan van de klachten en de symptomen. Dit kan eventueel met de ALTIS-methode. Dit is een uiterst simpele manier om klachten gericht uit te vragen (A = aard van de klacht, L = locatie, T = tijd, I = intensiteit, S = samenhang).
- *Lichamelijk onderzoek*: het algemene en/of specifieke onderzoek naar de werking van orgaansystemen en symptomen van een ziekte.
- *Laboratoriumonderzoek*: er zijn vele vormen: microbiologisch, serologisch, anatomisch/pathologisch, enzovoort.
- *Beeldvormend onderzoek*: hieronder vallen alle onderzoeken die een beeld geven van de inwendige anatomie van het lichaam of organen zoals: echo, röntgenologisch onderzoek, MRI-scintigrafie, CT-scan, enzovoort.
- *Fysiologisch functieonderzoek*: dit zijn onderzoeken waarbij fysische (natuurkundige) parameters gebruikt worden als beoordeling. Voorbeelden zijn: biopsie, punctie, scopie, drukmeting, ECG, EEG, EMG, longfunctietest, enzovoort.

Redeneervaardigheden

Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je kunt beredeneren:

1. welke vorm(en) van aanvullend onderzoek van belang is/zijn en wat er uitgezocht moet worden;
2. wat de verwachte uitkomsten zijn en wanneer uitkomsten urgent/ernstig zijn.

Bovenal geldt dat je over al deze punten professioneel moet kunnen communiceren en kunt samenwerken met collega's, de arts en de patiënt met zijn naasten.

Het is van belang dat je een uitspraak kunt doen over zowel de urgentie als de ernst van afwijkende uitkomsten. Mocht je bijvoorbeeld (sterk) afwijkende laboratoriumuitslagen via de telefoon doorkrijgen van de laborant, dan moet je in staat zijn om passende maatregelen te treffen.

Uitvoering

Formeel gezien is het de taak van de arts om de aanvraag te doen en met de uitkomsten verder te gaan. Dat lijkt een exclusief domein van de arts. In de dagelijkse praktijk is dit echter veel minder scherp afgebakend. Verpleegkundigen zijn in de dagelijkse praktijk op allerlei manieren direct of indirect betrokken bij de medische diagnostiek en het aanvullend onderzoek. Zo hebben verpleegkundigen een sleutelrol in de observatie en het bewaken van vitale en andere fysiologische functies. Verpleegkundigen voeren dagelijks allerlei vormen van (lichamelijk) onderzoek uit, zoals bloeddrukmeting, polsvoelen, peristaltiek beluisteren. Soms nemen ze ook eigenhandig het initiatief om iets te laten bepalen. Het is heel gebruikelijk om sputum op te vangen of een kathetertip op kweek in te sturen voor onderzoek. Daarnaast discussiëren verpleegkundigen, tijdens de overleggen met de arts, over de uitkomsten en de interpretatie. Verpleegkundigen denken ook actief mee in het stellen van de (differentiële) diagnose. Ook dienen verpleegkundigen de patiënt te kunnen begeleiden tijdens, soms zeer belastende, onderzoeken. Ook geef je als verpleegkundige soms voorlichting over de uitvoering en mogelijke uitkomsten van allerlei aanvullende onderzoeken.

Relatie met de andere stappen

De eerste 3 stappen zijn de diagnostische stappen. In deze derde stap beredeneer je hoe de veronderstelde ziekte, aandoening en/of stoornissen bevestigd kunnen worden met aanvullend onderzoek. In de volgende stap wordt gekeken naar het beleid in de betreffende situatie.

Stap 4: Klinisch beleid

Toelichting

In deze stap wordt beredeneerd welke zorg nodig is. Zorg is gedefinieerd als: het geheel aan interventies om de gezondheid van de zorgvrager in stand te houden of in goede conditie, of zo goed mogelijk te doen zijn of te maken. De interventies kunnen we onderverdelen in drie gebieden: somatisch, psychosociaal en zelfzorgfuncties.

Redeneervaardigheden

Te allen tijde is en blijft de arts verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose en het beleid. We pleiten ervoor dat je als verpleegkundige altijd proactief meedenkt. Dat betekent niet dat je afwachtend (reactief) bent maar ook absoluut niet dat je de arts buitensluit en zijn/haar taken eigenhandig overneemt.

Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je kunt beredeneren:

1. welke interventies en protocollen nodig zijn;
2. wie er geconsulteerd moet worden,
3. hoe de patiënt begeleid moet worden;
4. hoe de zelfzorgfuncties benaderd worden.

Ook kun je beredeneren wat, in hoofdlijnen, de volgorde van handelen is, bijvoorbeeld de ABCDE-volgorde. Bovenal geldt dat je over al deze punten professioneel moet kunnen communiceren en kunt samenwerken met collega's, de arts en de patiënt met zijn naasten.

Uitvoering

De diagnose, de bijkomende verstoringen en de context van de situatie zijn bepalend voor het klinisch beleid. Voordat we tot uitvoering komen, zijn er echter nog een paar overwegingen:

- Is er een *behandelingscode*? Er kan sprake zijn van een specifieke behandelingsovereenkomst met de patiënt of de naasten, in de vorm van een code waarin precies aangegeven wordt hoe intensief de behandeling mag zijn/worden. De naamgeving van dit soort codes kan per instelling verschillend zijn.

- Zijn er wettelijke of ethische bezwaren? Het beleid moet wettelijk en/of ethisch verantwoord zijn; het beleid kan sterk worden beïnvloed door de religie of cultuur van de patiënt.
- Is er een specifiek protocol? Het te volgen beleid kan nauwkeurig omschreven zijn in een klinisch pad, een protocol, flowchart of een specifieke procedure.

Relatie met de andere stappen

Ook deze stap staat niet op zich. De invulling moet het logisch gevolg zijn van de verkregen informatie uit stap 1, 2 en 3. In de volgende stap kijk je hoe deze situatie zich op de korte en lange termijn mogelijk kan ontwikkelen.

Stap 5: Klinisch verloop

Toelichting

Uiteraard hoopt iedere betrokkene op een gunstig klinisch verloop van de ziekte en een behandeling zonder verder problemen. Maar we weten allemaal dat dit in werkelijkheid vaak niet zo is. Er is altijd een kans op restschade van de ziekte, complicaties, ongewenste effecten van het beleid of, helaas maar waar: fouten. In deze stap kijk je naar deze zaken.

Redeneervaardigheden

Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je kunt beredeneren:

1. wat het gewenste verloop van de casus op de korte en lange termijn kan zijn; wat de prognose daarvan is;
2. wat het ongewenste verloop van de casus op de korte en lange termijn kan zijn; welke complicaties kunnen optreden, wat de risico's van de behandeling zijn en wat de prognose daarvan is.

Bovenal geldt dat je over al deze punten professioneel moet kunnen communiceren en kunt samenwerken met collega's, de arts en de patiënt met zijn naasten.

Uitvoering

Het is belangrijk dat je als verpleegkundige het verwachte verloop van de ziekte kent. Zo kun je het in gang gezette zorgproces goed bewaken op te verwachten resultaten. Ook voor de begeleiding van de patiënt en zijn naasten is het belangrijk dat je zicht hebt op het klinisch verloop.

Relatie met de andere stappen

Ook deze stap staat niet op zich. De uitwerking is altijd patiënt specifiek.

Stap 6: 'Nabeschuiving'

Toelichting

In de nabeschuiving neem je enigszins afstand van de casus en kijk je door middel van evaluatie en reflectie naar de gebeurtenissen. Dit kan in algemene zin, maar er zijn vier specifieke onderwerpen die je gericht beschouwt.

Redeneervaardigheden

De essentie is dat je de situatie, de zorg en jouw aandeel daarin beschouwt. Als verpleegkundige wordt van je verwacht dat je kunt beschouwen:

1. waar en wanneer de patiëntveiligheid niet optimaal was;
2. waar en wanneer de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet optimaal was;
3. waar en wanneer er sprake was van een ethisch dilemma;
4. wat je van de casus geleerd hebt.

Uitvoering punt 1

Met patiëntveiligheid wordt het volgende bedoeld: 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch), die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem' (www.onderzoekpatiëntveiligheid.nl). Van jou wordt verwacht dat je de casus beschouwt op situaties waarin de veiligheid van de patiënt in het geding is geweest. Maak, indien van toepassing, een overzicht van onbedoelde gebeurtenissen, de gevolgen en de oorzaken. Betrek ook je eigen aandeel daarin.

Uitvoering punt 2

Kijk naar de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Let wel: dat is niet hetzelfde als de kwaliteit van de zorg. Betrek ook nu je eigen aandeel daarin.

Uitvoering punt 3

Een ethisch dilemma is een situatie waarbij er verschillende keuzen tot handelen zijn die, volgens het zogenoemde gezond verstand, uitmonden in ethisch onwenselijke situaties. Van jou verwachten we dat je de casus beschouwt op de aanwezigheid van ethische dilemma's. Indien aanwezig, beschrijf je het dilemma en hoe hiermee is omgegaan. Betrek je eigen aandeel daarin.

Uitvoering punt 4

Reflectie helpt om de situatie te begrijpen, een volgende keer te herkennen en als het nodig is, er nieuw gedrag in te vertonen. Van jou verwachten we dat je aangeeft wat je geleerd hebt van de casus.