

## Het verpleegkundig proces

[www.coutinho.nl/verpleegkundigproces](http://www.coutinho.nl/verpleegkundigproces)

Met de code in dit boek heb je toegang tot je online studiemateriaal. Dit materiaal bestaat uit casussen, oefentoetsen en praktijkopdrachten, toegespitst op vier verschillende zorgdomeinen, en een algemene begrippenlijst.

Om je studiemateriaal te activeren heb je onderstaande code nodig. Ga naar [www.coutinho.nl/verpleegkundigproces](http://www.coutinho.nl/verpleegkundigproces) en volg de instructies.

‘Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives.’

Florence Nightingale

# Het verpleegkundig proces

Op weg naar  
de best  
passende zorg

Jelle Reijngoudt  
José van Dorst

**UITGEVERIJ  
COUTINHO**  
bussum 2024

© 2024 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

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 op 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 wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)).

Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, [www.stichting-uvo.nl](http://www.stichting-uvo.nl)). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

[info@coutinho.nl](mailto:info@coutinho.nl)

[www.coutinho.nl](http://www.coutinho.nl)

Omslag: studio Pietje Precies bv, Hilversum

Foto's p. 17: Alexandros Michailidis / Shutterstock.com

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen.

Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

De personen op de foto's komen niet in de tekst voor en hebben geen relatie met hetgeen in de tekst wordt beschreven, tenzij anders vermeld.

ISBN: 978 90 469 0887 7

NUR: 180

# Voorwoord

Verpleegkundigen vervullen een sleutelpositie in ons zorgsysteem en verpleegkundige zorgvragen staan steeds meer op de voorgrond: preventie, zelfmanagement, samen beslissen, meer zorg thuis, omgaan met de gevolgen van multimorbiditeit, herstel na (psychische) ziekte, familieparticipatie en palliatieve zorg. Allemaal zorgvragen die met verpleegkundige zorg te beïnvloeden zijn. De zorg in Nederland wordt daarom steeds verpleegkundiger!

Aan de basis van ons vak, waar je ook werkt, ligt het verpleegkundig proces. Door dit proces systematisch te doorlopen en te evalueren, werken we aan de best passende zorg voor cliënten of patiënten. Dat klinkt heel logisch en toch staat goede zorg onder druk door schaarste. Maar juist in tijden van schaarste biedt het verpleegkundig proces ons houvast. Door het verpleegkundig proces komen we namelijk beter te weten wat voor een cliënt belangrijk is en welke ondersteunings- of zorgvragen op de voorgrond staan. Dat vraagt een brede kijk op gezondheid, waarin niet alleen ziekten, maar ook functioneren, sociaal netwerk, zingeving en zelfmanagementvaardigheden meegenomen worden. Niet alleen in de wijk is dat essentieel, maar ook in het ziekenhuis, de ggz, de verpleeghuiszorg en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Door de brede kijk in de anamnese kun je verpleegkundige diagnoses voor ondersteuning en zorg identificeren en vervolgens met cliënten samen vaststellen welke doelen belangrijk zijn om te behalen.

Het verpleegkundig proces vraagt ook: uitgaan van wat iemand zelf nog kan – enorm belangrijk voor de autonomie van zorgvragers. Vaak nemen we zorg over, maar is dat altijd echt nodig? Het kost in het begin soms meer tijd om zorgvragers zelf handelingen of zorg aan te leren, maar eigenlijk is het de essentie van de verpleegkunde: ondersteunen bij zelfredzaamheid zodat iemand het straks zelf weer kan doen. Juist dat helpt ook om zorg voor iedereen toegankelijk te houden, want als iemand het zelf weer kan, dan is er ook weer ruimte om aan iemand anders zorg te bieden. Technologie of hulpmiddelen helpen in toenemende mate bij de zelfredzaamheid. Denk aan monitoring op afstand, de druppelbril, de dagstructuurrobot voor mensen met beginnende dementie. Daar is de coachende en ondersteunende rol van de verpleegkundige essentieel. We hebben nog stappen te zetten om die technologie of hulpmiddelen breed in te zetten.

Door systematisch het verpleegkundig proces te doorlopen en vast te leggen, kunnen we ons vak ook beter onderbouwen. Want met die gegevens zien we ook of ons handelen effect heeft. Niet alleen daar waar we werken, maar – als we op dezelfde manier onze gegevens vastleggen in het ziekenhuis, de wijk, de ggz of het verpleeghuis – ook in het netwerk van zorg dat een patiënt doorloopt. Dus als iemand sneller van het ziekenhuis naar huis gaat, is het herstel dan beter, treden

er minder complicaties op? En kan iemand met een ggz-vraag in de thuissituatie goed begeleid worden? Kan zo voorkomen worden dat een klinische opname nodig is? Ook voor preventie bieden data uit het verpleegkundig proces mogelijkheden. Door zicht op de belangrijke verpleegkundige vragen in een wijk kan wijkgerichte preventie worden ingezet, zoals het dementievriendelijk maken van de wijk, preventie van obesitas of ondersteuning bij toenemende psychische vragen.

Door het verpleegkundig proces kunnen we dus goede zorg leveren, zelfredzaamheid ondersteunen en blijvend leren en ontwikkelen. Het geeft ons eigenaarschap over het verpleegkundig vak en ook zeggenschap over wat er in een team of wijk nodig is en hoe we met schaarste kunnen omgaan. Een optie die steeds vaker van stal gehaald wordt, is taakgericht werken. Ik ben er zelf echt geen voorstander van. Veel liever zie ik dat we vanuit de verpleegkunde en het verpleegkundig proces zelf prioriteren en werken aan het ondersteunen van gezondheid en eigen regie. Daarmee verminderen we de zorgvraag en kunnen we ons vak in de volle breedte blijven uitvoeren.

Bianca Buurman

voorzitter V&VN en hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC

# Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
------------------	-----------

## **Deel 1 Verpleegkundige zorg in een veranderende wereld**

<b>1 Kwaliteit van zorg</b>	<b>16</b>
1.1 Personeelstekort	18
1.2 De veranderende bevolkingssamenstelling	19
1.3 Technologische revolutie	21
1.4 Informele zorg	22
1.5 Take home messages	22
<b>2 Terug naar de basis</b>	<b>24</b>
2.1 Verandering van visie op gezondheid	24
2.1.1 Gezondheid volgens de WHO	24
2.1.2 Positieve Gezondheid volgens Machteld Huber	25
2.1.3 Gezondheid volgens Mildred Blaxter	27
2.2 Taakgerichte en integrale verpleging	29
2.2.1 Taakgerichte verpleging	29
2.2.2 Integrale verpleging	30
2.3 Zelfredzaamheid en eigen regie	31
2.4 Inspelen op de veranderingen in de zorg	32
2.4.1 Technologie in de zorg	32
2.4.2 Meer focus op het verpleegkundig proces	33
2.5 Take home messages	34
<b>3 Classificatiesystemen in het verpleegkundig proces</b>	<b>36</b>
3.1 Classificatiesystemen binnen de verpleegkunde	38
3.1.1 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	39
3.1.2 Omaha System	39
3.1.3 NANDA-I	40
3.1.4 Nursing Outcome Classification (NOC)	42
3.1.5 Nursing Intervention Classification (NIC)	44
3.2 Classificatiesystemen in dit boek	46
3.3 Take home messages	47

## Deel 2 Het verpleegkundig proces

<b>4 Anamnese</b>	<b>50</b>
4.1 Het belang van een goede anamnese	50
4.2 Verzamelen	52
4.2.1 Observeren	52
4.2.2 Vragen stellen	53
4.2.3 De omgeving bevragen	54
4.2.4 Lichamelijk onderzoek	56
4.2.5 Een overdracht ontvangen	57
4.3 Verifiëren	58
4.4 Ordenen	60
4.5 Vastleggen	61
4.6 Meetinstrumenten en tools	62
4.6.1 Het ecogram	63
4.6.2 De Barthel-index	64
4.6.3 Anamnese volgens de dertien domeinen van NANDA-I	65
4.7 Valkuilen en misvattingen	69
4.8 Take home messages	71
<b>5 Diagnose</b>	<b>72</b>
5.1 Het belang van een goede verpleegkundige diagnose	72
5.2 Interpreteren	73
5.2.1 Klinisch redeneren, verpleegkundig redeneren en kritisch denken	74
5.3 Verifiëren	75
5.3.1 Empathie jegens de zorgvrager	75
5.4 Labelen	76
5.4.1 De PES-structuur	76
5.4.2 Problemdiagnoses, bereidheidsdiagnoses en risicodiagnoses	78
5.4.3 Diagnoses clusteren	78
5.5 Vastleggen	79
5.6 Zorgvrager in context	79
5.6.1 Eigen regie en zelfredzaamheid	79
5.7 Meetinstrumenten en tools	81
5.8 Valkuilen en misvattingen	83
5.9 Take home messages	86



<b>6</b>	<b>Uitkomsten</b>	<b>88</b>
6.1	Doelen	88
6.1.1	De SMART-methode	88
6.1.2	De RUMBA-methode	90
6.2	Prioriteren	91
6.2.1	Drie soorten doelen	92
6.3	Afstemmen	92
6.3.1	Afstemmen met zorgvragers en hun naasten	92
6.3.2	Afstemmen met andere zorgprofessionals	93
6.4	Vastleggen	93
6.5	Meetinstrumenten en tools	94
6.6	Valkuilen en misvattingen	94
6.7	Take home messages	97
<b>7</b>	<b>Interventies</b>	<b>98</b>
7.1	Het verpleegplan	98
7.2	Interventies	99
7.2.1	Evidence Based Practice (EBP)	100
7.2.2	Kosten-batenafweging	101
7.2.3	De (on)mogelijkheden verhelderen	102
7.3	Vastleggen	104
7.4	Meetinstrumenten en tools	104
7.5	Valkuilen en misvattingen	105
7.6	Take home messages	107
<b>8</b>	<b>Uitvoering</b>	<b>108</b>
8.1	Zelf uitvoeren	108
8.2	Delegeren	108
8.3	Verwijzen	110
8.4	Overleg binnen het zorgteam	111
8.5	Vastleggen	111
8.6	Meetinstrumenten en tools	113
8.7	Valkuilen en misvattingen	114
8.8	Take home messages	115
<b>9</b>	<b>Evaluatie</b>	<b>116</b>
9.1	Evaluatie van het zorgproces	116
9.2	Evaluatie van het zorgproduct	118
9.3	Evaluatie van de zorgstructuur	119
9.4	Het zorgplan bijstellen	120
9.5	Vastleggen	120

9.6	De verpleegkundige overdracht	121
9.7	Meetinstrumenten en tools	121
9.8	Valkuilen en misvattingen	122
9.9	Take home messages	123

### **Deel 3 Verpleegkundige zorg in tijden van schaarste**

<b>10</b>	<b>Verpleegkundige zorg en tekorten</b>	<b>126</b>
10.1	Te weinig verpleegkundigen	127
10.2	Te veel zorgvragers	129
10.2.1	Acuut overaanbod van zorgvragers	130
10.2.2	Pandemische paraatheid	131
10.3	Verpleegkundige verantwoordelijkheid bij schaarste	132
10.4	Multimorbiditeit en chronische zorg	133
10.5	Take home messages	134
	<b>Bijlage: Anamneseformulier NANDA-I</b>	<b>135</b>
	<b>Begrippenlijst</b>	<b>143</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>151</b>
	<b>Register</b>	<b>155</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>159</b>

# Inleiding

## Waarom dit boek?

Geregeld zie je berichten in de media over het feit dat de zorg in Nederland onder grote druk staat. Niet alleen is er sprake van personeelstekort en wordt de zorg steeds duurder, ook de hogere verwachtingen van zorgvragers spelen een belangrijke rol. De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk.

Verpleegkundigen hebben een centrale en cruciale rol in de gezondheidszorg – in het algemeen, maar ook om deze toegankelijk te houden voor alle zorgvragers. De verpleegkundige beroepsgroep vormt de grootste groep zorgverleners in Nederland: er staan op het moment van schrijven (oktober 2023) bijna 217.000 verpleegkundigen ingeschreven in het BIG-register. Ter vergelijking: het aantal artsen – de tweede grootste groep zorgverleners – bedraagt ongeveer 78.000 (CIBG, 2023).

De kern van het verpleegkundig beroep is het initiëren, organiseren en uitvoeren van verpleegkundige zorg. Dit doen verpleegkundigen volgens een gestructureerde methodische benadering: het **verpleegkundig proces**. Met de stappen in het verpleegkundig proces kun je iedere zorgvrager op een vaste wijze benaderen en de juiste zorg voor de zorgvrager vaststellen. Overal waar verpleegkundigen werken, kun je het verpleegkundig proces toepassen: van ambulancezorg tot gehandicaptenzorg en van de gevangenis tot het ziekenhuis. Doordat verpleegkundigen de autonomie hebben om zelfstandig het verpleegkundig proces met een zorgvrager te doorlopen, hebben zij ook direct invloed op hoe de zorg tot stand komt en hoe deze georganiseerd wordt.

Door de toenemende druk op de zorg – niet alleen door personeelstekort, maar ook door overaanbod van zorgvragers – rijst echter steeds vaker de vraag of we als verpleegkundigen wel het juiste doen. Doen we misschien niet te veel voor onze zorgvragers? Hebben onze interventies wel het gewenste effect? Volgens de nationale en internationale Beter Laten-lijsten blijkt dat de verpleegkundige zorg verder geoptimaliseerd kan worden: op deze lijsten staan namelijk interventies die niet wetenschappelijk zijn onderbouwd, die achterhaald zijn of zelfs schadelijk zijn voor de zorgvrager. Oftewel: handelingen die je als verpleegkundige beter kunt laten. Daarnaast zijn er ook Beter Doen-lijsten in omloop, waarop handelingen staan die je als verpleegkundige juist beter wel kunt doen (ZonMw, IQ Scientific Center for Quality of Healthcare & V&VN, 2023; American Academy of Nursing, z.d.).

Om ongewenste en niet-noodzakelijke verpleegkundige zorg te reduceren, moet je als verpleegkundige kritisch durven kijken naar het eigen handelen. Daarom gaan we in dit boek terug naar de basis en beginnen we bij het begin: het verpleegkundig proces. Als je de verschillende stappen van dit proces juist en

systematisch doorloopt, kun je de zorgvrager de best passende zorg in de situatie van dat moment bieden. Dit doen we niet vanwege bezuinigingen en omdat we de zorg goedkoper willen maken, maar juist om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Want: hoe meer passende zorg, hoe meer tevredenheid bij de zorgvrager – en dat zorgt dan weer voor tevreden verpleegkundigen (Wendt et al., 2022).

### **Wat is dit boek wel en wat is het niet?**

Het verpleegkundig proces vormt dus de basis voor de best passende verpleegkundige zorg voor de zorgvrager, maar de stappen uit het verpleegkundig proces zijn zeker niet nieuw. Het begon allemaal met Florence Nightingale.

#### **Florence Nightingale**

Florence Nightingale is de grondlegger van de huidige verpleegkunde. Tijdens de Krimoorlog (1853-1856) en in de jaren daarna legde ze verbanden tussen wat ze zag en de gezondheidsuitkomsten van de soldaten die ze verpleegde. Ze kwam erachter dat er een relatie was tussen de defecte riolering en het hoge sterftecijfer onder de soldaten. Door kennis van de verpleegkunde te combineren met observaties, wiskunde en statistiek wist ze de zorg structureel te verbeteren. In 1860 richtte ze de eerste verpleegstersschool op in Londen, een van de eerste opleidingen tot verpleegkundige en al snel ook de invloedrijkste (FNI, z.d.). Ida Jean Orlando was rond 1958 de eerste die het verpleegkundig proces vormgaf, waarbij ze geïnspireerd was geraakt door de ontdekkingen van Nightingale (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).

Dit boek is een toevoeging op het al bestaande materiaal over het verpleegkundig proces. Dankzij de uitleg en aanwijzingen in dit boek ben je als (toekomstig) verpleegkundige in staat om het verpleegkundig proces uit te voeren in iedere denkbare zorgsetting. In dit boek ligt – in tegenstelling tot wat er tot nu toe is gepubliceerd over deze thematiek – de focus op het verpleegkundig proces als basis voor het reduceren van de overbelasting van de zorgsector. Ook gaan we uit van schaarste, iets wat in de huidige tijd voor verpleegkundigen helaas meer regel dan uitzondering is. De schaarste zal de komende jaren niet minder worden, dus verpleegkundigen zullen hiermee moeten leren omgaan.

Dit boek biedt zeker geen oplossing voor alle problemen in de verpleegkunde. Wel biedt het een realistische kijk op wat verpleegkundigen doen en tegen welke problemen zij in de praktijk aanlopen bij het doorlopen van het verpleegkundig proces. We focussen niet op een bepaalde zorgsetting, maar gaan uit van de zorg in de breedste zin van het woord. Dat is terug te zien in de voorbeelden.

Na het bestuderen van dit boek en het online studiemateriaal ben je in staat om het verpleegkundig proces toe te passen in de praktijk. Niet alleen wanneer de bezetting is zoals die zou moeten zijn, maar juist ook in tijden van schaarste, bij tekorten en wanneer er een overaanbod is van zorgvragers. Zo ben je als (toe-

komstig) verpleegkundige voorbereid op de toekomst en kun je – ook wanneer je onder grote druk komt te staan – de best passende zorg bieden.

### Leeswijzer

Dit boek bestaat uit drie delen.

In het eerste deel schetsen we de context waarin wij als verpleegkundigen werken en de uitdagingen die daarbij komen kijken. In **hoofdstuk 1** gaan we in op de huidige problemen binnen de gezondheidszorg: we beschrijven de achtergrond en werpen er een eerste blik op. In **hoofdstuk 2** volgt een overzicht van de veranderingen die invloed hebben op de zorg, en dus ook op de verpleegkunde, in Nederland. In **hoofdstuk 3** geven we een beschrijving van verschillende verpleegkundige classificatiesystemen.

In het tweede deel doorlopen we stap voor stap het verpleegkundig proces: van de anamnese (**hoofdstuk 4**), via de diagnose (**hoofdstuk 5**), de uitkomsten (**hoofdstuk 6**), de interventies (**hoofdstuk 7**) en de uitvoering (**hoofdstuk 8**), tot de evaluatie van de verpleegkundige zorg (**hoofdstuk 9**). Dit is de basis van jouw (toekomstig) werk als verpleegkundige.

In het derde deel gaan we dieper in op het bieden van verpleegkundige zorg in situaties van schaarste. **Hoofdstuk 10** beschrijft de rol van de verpleegkundige zorg in de huidige situatie van de zorg. We werpen een blik op de toekomst, waarin multimorbiditeit en chronische zorg steeds verder zullen toenemen.

Ieder hoofdstuk start met de leerdoelen van dat hoofdstuk. Door het boek heen vind je reflectieopdrachten, zodat je zelf kunt reflecteren op in hoeverre je de kennis uit de hoofdstukken al toepast in de praktijk. We sluiten telkens af met een aantal *take home messages*: belangrijke punten uit het hoofdstuk die de moeite waard zijn om te onthouden.

**Blauw** gedrukte woorden kun je terugvinden in de begrippenlijst achterin het boek en op de website.

### Terminologie

In dit boek bedoelen we met ‘zorgvrager’ degene aan wie de verpleegkundige zorg wordt verleend. In plaats van zorgvrager kun je ook patiënt, cliënt, bewoner, klant of een andere term gebruiken, afhankelijk van de zorgsetting.

### Online studiemateriaal

Op [www.coutinho.nl/verpleegkundigproces](http://www.coutinho.nl/verpleegkundigproces) vind je het online studiemateriaal bij dit boek. Dit materiaal bestaat uit:

- casussen per zorgsetting
- oefentoetsen per zorgsetting
- praktijkopdrachten per zorgsetting
- een begrippenlijst

Als je het hoogste leerrendement wilt halen, is het online studiemateriaal een essentiële toevoeging aan dit boek. Hier kun je namelijk opdrachten maken die gerelateerd zijn aan de grootste sectoren in de zorg. Zo kun je de kennis die je opdoet via het boek direct toepassen in de zorgpraktijk of studiesetting. Het online studiemateriaal is daardoor onlosmakelijk verbonden aan de inhoud van dit boek.

# Deel 1

## Verpleegkundige zorg in een veranderende wereld

# 1 Kwaliteit van zorg

De maatschappij waarin we leven, verandert razendsnel. Dit heeft direct invloed op de gezondheidszorg zoals we deze in Nederland kennen – en dus op het werk van de verpleegkundige. Daarom is het belangrijk dat je op de hoogte bent en blijft van deze veranderingen. In dit hoofdstuk lees je meer over wat er de afgelopen jaren is veranderd en wat er de komende jaren nog gaat veranderen.

Na dit hoofdstuk kun je:

- de context van de gezondheidszorg waarin de verpleegkundige werkt benoemen;
- beschrijven waarom de zorg de afgelopen jaren is veranderd en de komende jaren nog verder zal veranderen;
- factoren benoemen die van invloed zijn op de veranderingen in de gezondheidszorg.

Het voert te ver om een achtergrond te schetsen van de gehele gezondheidszorg, maar achteraf gezien laat de coronapandemie in een notendop zien waar de gezondheidszorg de laatste jaren mee geconfronteerd werd.

## **Coronapandemie**

Tijdens de coronapandemie kwamen regelmatig buitenlandse ziekenhuizen in de media. De beelden van Italië, waar de capaciteit van de ziekenhuizen zo laag was dat er gekozen moest worden tussen zorgvragers, schokten Nederland en de wereld (Bosa et al., 2021; zie figuur 1.1 en 1.2). Italië had slechts een capaciteit van negen intensiverebedden per 100.000 inwoners (Chesal & Overkleeft, 2020). Het land was daarmee onvoldoende voorbereid op een grootschalige pandemie waarbij veel intensiverebedden noodzakelijk zouden zijn. Italië werd als eerste Europese land getroffen door de pandemie. De impact was groot, omdat er wereldwijd nog onvoldoende bekend was over het ziektebeeld en behandelmogelijkheden. Men was gedwongen op basis van leeftijd te kiezen of behandeling op de intensive care wel of niet meer zou plaatsvinden. Zorgvragers van 70 jaar of ouder werden als eerste geweigerd en konden hierdoor niet de zorg krijgen die ze nodig hadden.

In Nederland was dit een wake-upcall. Met slechts 6,7 intensiverebedden per 100.000 inwoners had Nederland een nog kleinere capaciteit dan Italië (zie figuur 1.3). Zodra de eerste coronapatiënt zich in Nederland aandiende werd hard ingrijpen noodzakelijk geacht: het land ging – net als vele andere landen in de wereld – op slot.

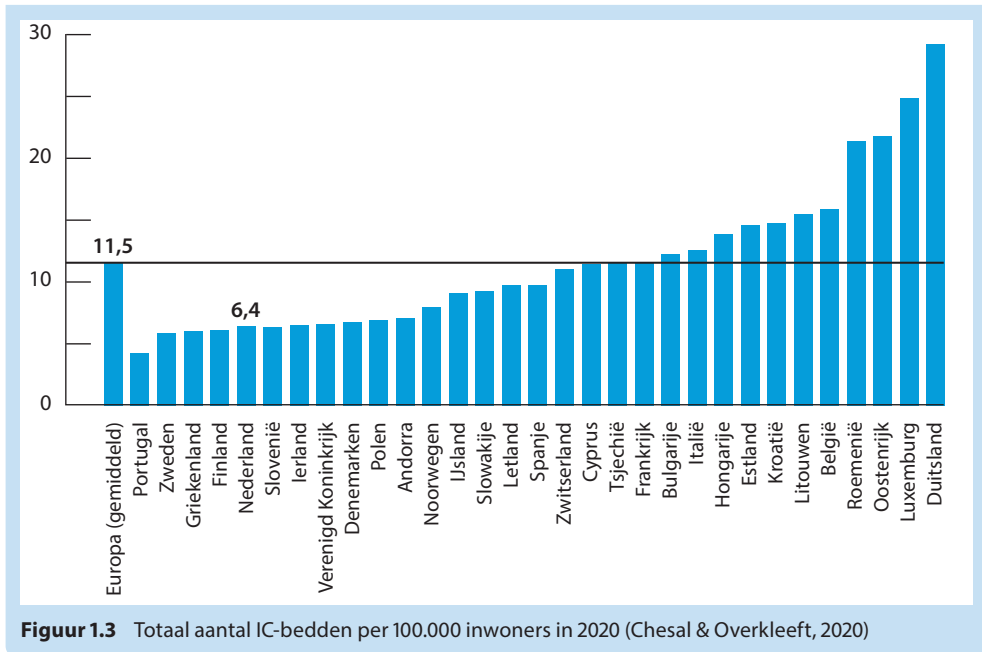




**Figuur 1.1** Een patiënt met COVID-19 in Brussel



**Figuur 1.2** COVID-19-zorg op de intensive care in Athene



De kwaliteit van de zorg wordt gemeten aan de hand van een aantal pijlers. Zo moet de zorg goed zijn, betaalbaar zijn en toegankelijk zijn voor eenieder die zorg nodig heeft. Als aan deze drie voorwaarden wordt voldaan, is de kans groot dat ook de zorgverlener voldoening haalt uit de geleverde zorg (Sikka et al., 2015). Hoe zit dat in Nederland?

## 1.1 Personeelstekort

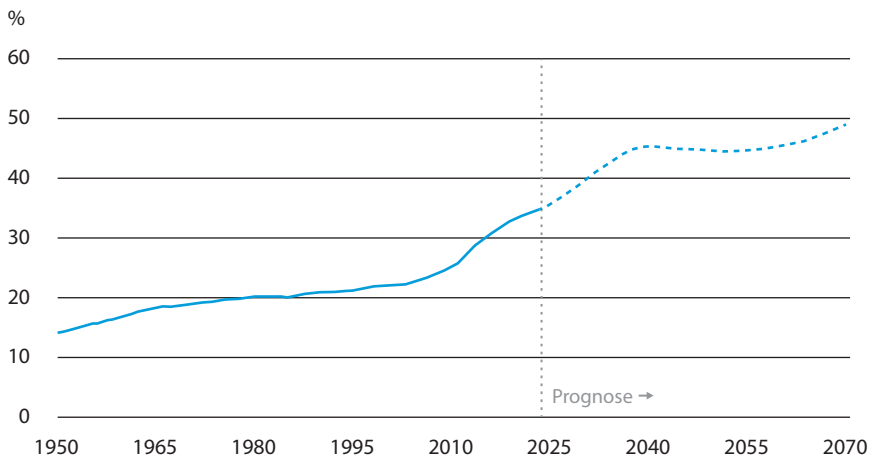
De capaciteit van de intensive care in Nederland is relatief laag in vergelijking met andere landen, door personeelstekorten en vanwege politieke keuzes rondom de benodigde capaciteit van de intensive care (Chesal & Overkleeft, 2020). Om de capaciteit uit te breiden ligt de uitdaging niet zozeer in het aanschaffen van de juiste apparatuur, maar veel meer in het tijdig opleiden van voldoende verpleegkundigen om het specialistische werk uit te voeren. En niet alleen op de intensive care is dit een groot probleem; in alle sectoren van de zorg is een groot *tekort aan zorgverleners*, waaronder verpleegkundigen. De gezondheidszorg staat meer dan ooit onder druk.

In 2020 werkte een op de zeven werkenden in Nederland in de sector zorg en welzijn. Als de organisatie van zorg en welzijn in Nederland niet ingrijpend verandert, zal in 2040 een op de vier werkenden in Nederland in de zorg moeten gaan werken (Sociaal-Economische Raad, 2020). Het is onrealistisch om te denken

dat er binnen vijftien jaar zo enorm veel meer mensen kiezen om in de zorg te gaan werken, zeker omdat steeds duidelijker wordt dat de sector een *tekort aan waardering* ervaart. Het is opvallend dat veel zorgverleners de sector verlaten. Zo verlaat 43 procent van de verpleegkundigen binnen twee jaar na hun afstuderen de zorg, laat onderzoek van Doekle Terpstra zien (NOS Nieuws, 2020).

## 1.2 De veranderende bevolkingssamenstelling

Door een verschuiving in de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking is duidelijk zichtbaar dat er sprake is van **dubbele vergrijzing**: mensen worden steeds ouder en tegelijkertijd neemt het percentage werkenden in Nederland af. Dit zie je goed in figuur 1.4.

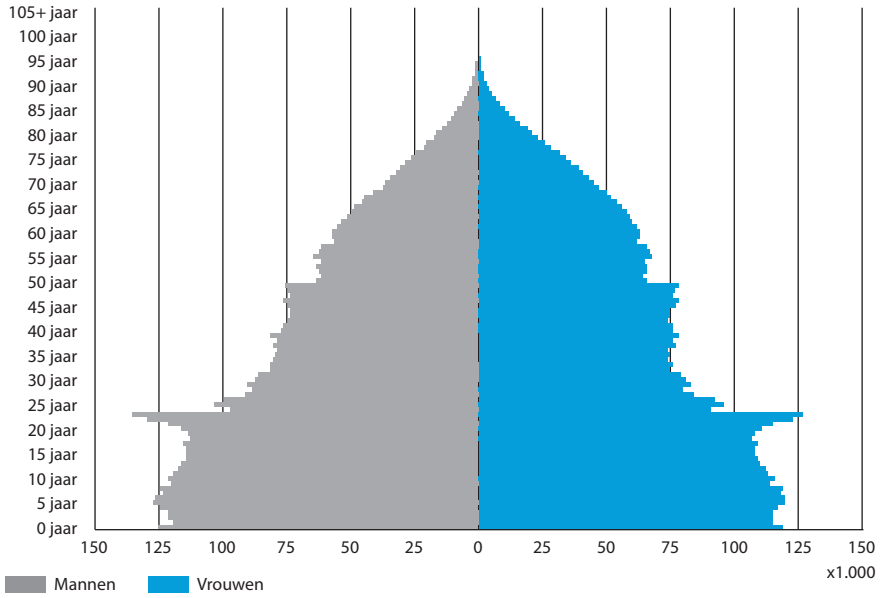


**Figuur 1.4** Aantal 65-plussers t.o.v. aantal 20- tot 65-jarigen (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.-a)

In 1950 was 6,7 procent van de inwoners van Nederland 65 jaar of ouder en slechts 1 procent 80 jaar of ouder. In 2020 is dit reeds gestegen naar 15 procent (65 jaar of ouder) en 4,8 procent (80 jaar of ouder). Het stijgend aantal ouderen in de samenleving komt boven op een daling van het aantal jongeren. Hierdoor stijgt het aantal ouderen procentueel nog sterker. In figuur 1.5 zie je de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking in 1970 en de prognose van de leeftijdsopbouw van 2030. De totale bevolking in Nederland is in deze periode met bijna vijf miljoen inwoners gestegen.

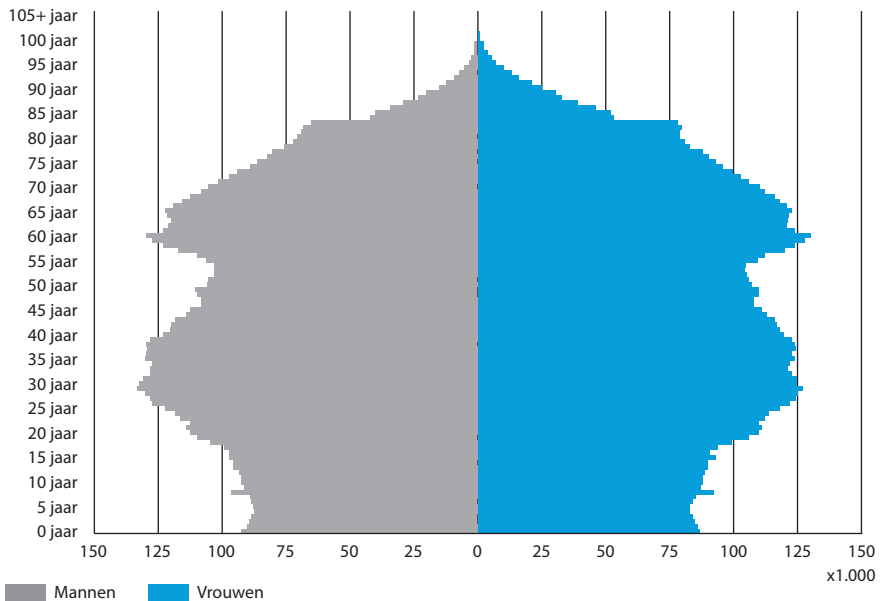
### Leeftijdsopbouw Nederland 1970

Totaal: 12.958.000 inwoners



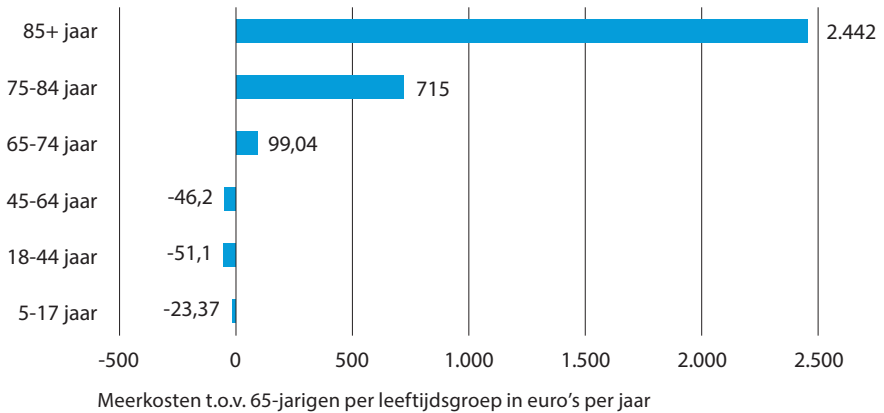
### Leeftijdsopbouw Nederland 2030 (prognose)

Totaal: 18.475.000 inwoners



**Figuur 1.5** De bevolkingspiramide van Nederland in 1970 en de prognose voor 2030 (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.-b)

Het aandeel van de werkende Nederlanders (18 tot 67 jaar) is in 2030 procentueel sterk verminderd vergeleken met 1970. Hierdoor zijn er ook relatief minder mensen werkzaam in de zorg, terwijl het aandeel zorgbehoevenden juist is gestegen. Figuur 1.6 laat de relatieve stijging in zorgkosten per leeftijdscategorie zien. Er is in deze grafiek gecorrigeerd op geslacht, sociaaleconomische status en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Uit de grafiek blijkt dat een leeftijd van 65 jaar en ouder samenhangt met hogere zorgkosten dan onder deze leeftijd.



**Figuur 1.6** Het verband tussen leeftijd en kosten per zorgvrager binnen de verpleging en verzorging tussen 2015 en 2017 (Zorginstituut Nederland, 2021)

Het staat dus vast dat de bevolkingssamenstelling de komende jaren een flinke impact zal hebben op de zorgzwaarte en de hoeveelheid zorgvragers. Tevens heeft de bevolkingssamenstelling een negatieve impact op de hoeveelheid beschikbare zorgverleners. Om de zorg houdbaar te maken, en in 2030 passende zorg te kunnen blijven verlenen, is verandering dus noodzakelijk. Maar hoe gaan we dat doen? En welke keuzes hebben we daarin?

### 1.3 Technologische revolutie

De dubbele vergrijzing zet de betaalbaarheid van de zorg onder druk. Maar belangrijker nog is de *technologische revolutie* in de afgelopen decennia (ICT & Health, 2018). Doordat er technisch steeds meer mogelijk is, worden ook de verwachtingen van zorgvragers en hun naasten steeds groter. Er worden bijvoorbeeld steeds vaker robots ingezet om te opereren. Deze ontwikkeling levert een hogere kwaliteit van zorg op; de zorg wordt veiliger en steeds meer ziektebeelden zijn behandelbaar. Hier hangt echter ook een prijskaartje aan.

## 1.4 Informele zorg

De overheid heeft de afgelopen jaren ingespeeld op de toenemende zorgvraag, onder andere door stappen te zetten om Nederland zelfredzamer te maken (NIVEL, 2014). Er wordt meer eigen verantwoordelijkheid van de burger verwacht. Als je ouders ziek worden, word je geacht om voor hen te zorgen. De inzet van **informele zorg**, zoals mantelzorg en burenhulp, wordt niet alleen steeds normaler, maar ook steeds meer noodzakelijk. Het Sociaal en Cultureel Planbureau publiceerde in 2019 een onderzoek waaruit blijkt dat 35 procent van de Nederlanders boven de 16 jaar **mantelzorg** verleent aan een naaste. Dit komt neer op vijf miljoen Nederlanders. Bovendien verleent ongeveer 16 procent van de Nederlanders intensieve en langdurige mantelzorg; meer dan acht uur per week en meer dan drie maanden lang. De maatschappelijke waarde van mantelzorg wordt geschat op tussen de 32 en 44 miljard euro per jaar (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2019). Dit zijn kosten die gemaakt zouden moeten worden wanneer alle mantelzorgers vervangen zouden worden door formele zorgverleners. De verwachting is dat er de komende jaren een nog groter beroep gedaan zal moeten worden op mantelzorgers om de zorg in stand te houden. De politiek wil daarom meer inzetten op de ondersteuning van mantelzorgers, om overbelasting te voorkomen en tegen te gaan.



### Reflectieopdracht

Ga op zoek naar andere relevante (maatschappelijke) veranderingen die invloed hebben (gehad) op de zorg in Nederland. Beschrijf de verandering en waarom de verandering invloed heeft gehad op de verpleegkundige zorg.

## 1.5 Take home messages

Het is duidelijk dat er iets ingrijpends moet veranderen in de zorg. Het is simpelweg niet mogelijk om zorg van dezelfde kwaliteit te blijven bieden met hetzelfde aantal zorgverleners aan meer zorgvragers. Omdat het niet aannemelijk is dat het aantal zorgverleners significant zal toenemen of dat het aantal zorgvragers voldoende zal afnemen, kunnen we niet dezelfde zorg blijven leveren. De schaarste zal de komende jaren alleen maar toenemen, door met name de dubbele vergrijzing en de afname van mantelzorgers. We staan voor een grote uitdaging om de zorg anders te organiseren en alle zorgvragers in 2030 (en daarna) passende zorg te bieden.

De toenemende zorgvraag, stijgende kosten en terugloop in het aantal zorgverleners zorgen voor extra druk op de huidige en toekomstige verpleegkundigen. Van hen wordt veel gevraagd en er wordt creativiteit verwacht in het omgaan met schaarste. Ook vergt dit veel aanpassingsvermogen en kritische zelfreflectie

van verpleegkundigen, met als kernvraag: doen we op dit moment het goede voor deze zorgvrager?

In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de veranderingen in de zorg, de veranderende visie op gezondheid en op goede verpleegkundige zorg en op mogelijke oplossingsrichtingen.

## 2 Terug naar de basis

Er zijn veel veranderingen gaande die een sterke invloed hebben op de gezondheidszorg in de hele wereld, dus ook in Nederland. Daarom moeten we als verpleegkundigen kritisch kijken naar wat we doen. Terug naar de basis dus. In dit hoofdstuk bespreken we waarom het vanuit verpleegkundig perspectief van belang is om terug te gaan naar de basis en hoe dit eruit kan zien.

Na dit hoofdstuk kun je:

- meerdere visies op gezondheid en hun voor- en nadelen benoemen;
- het verschil uitleggen tussen taakgericht en integraal verplegen;
- de rol van zelfredzaamheid en eigen regie voor de zorgvrager toelichten;
- de voordelen van het verpleegkundig proces kort toelichten;
- ingaan op de rol van technologie in de zorg.

### 2.1 Verandering van visie op gezondheid

Zoals we in hoofdstuk 1 hebben gelezen, is de zorg de afgelopen jaren sterk veranderd. Daarom is het van belang om de basis van verplegen en verzorgen opnieuw te verkennen. Wat is dat eigenlijk, gezondheid? De visie op gezondheid is in de loop der jaren veranderd. We bespreken hier drie verschillende definities van 'gezondheid': die van de World Health Organization (WHO), die van Machteld Huber en die van Mildred Blaxter.

#### 2.1.1 Gezondheid volgens de WHO

In de reguliere definitie van gezondheid, geformuleerd door de WHO in 1948, wordt bij gezondheid uitgegaan van een complete staat van welbevinden en de afwezigheid van ziekten (World Health Organization, z.d.):

*Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van aandoening of handicap.*

In de huidige samenleving is het niet meer realistisch en haalbaar om te streven naar gezondheid voor alle mensen volgens deze definitie. Vroeger waren infectieziekten namelijk de grootste doodsoorzaak, waardoor de gemiddelde levensverwachting ook niet hoog was. Inmiddels hebben kanker en hart- en vaatziekten de infectieziekten verdreven als grootste doodsoorzaak. De levensverwachting is hierdoor gestegen en er zijn meer mensen die met een chronische ziekte leven.



### 2.1.2 Positieve Gezondheid volgens Machteld Huber

Machteld Huber heeft in 2011 het concept ‘**Positieve Gezondheid**’ ontwikkeld, waarbij de focus ligt op het vermogen van de zorgvrager om zich aan te passen aan uitdagingen in het leven (Institute for Positive Health, 2023):

*Gezondheid is het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk zelf de regie te voeren.*

Een uitdaging kan bijvoorbeeld een ziekte of een beperking zijn. Positieve Gezondheid is een benadering binnen de gezondheidszorg die het leven van mensen centraal stelt. Het accent ligt niet op de ziekte, maar op de mensen zelf, hun veerkracht en wat hun leven betekenisvol maakt. Positieve Gezondheid bestaat uit zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, **kwaliteit van leven** en dagelijks functioneren (zie figuur 2.1). Deze dimensies dragen bij aan het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en zo veel mogelijk eigen regie te voeren (Huisartsgeneeskunde, 2021). Positieve Gezondheid heeft in de huidige gezondheidszorg een sterke invloed, waarbij steeds meer de focus komt te liggen op hoe een zorgvrager zich kan aanpassen aan de nieuwe situatie.



**Figuur 2.1** De zes pijlers van Positieve Gezondheid (GGD Limburg-Noord, z.d.)

De theorie rondom Positieve Gezondheid kent enkele voor- en nadelen:

### Voordelen

- **Brede definitie van gezondheid**  
Positieve Gezondheid gaat verder dan de traditionele opvatting van gezondheid als 'afwezigheid van ziekte'. Het benadrukt gezondheid als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan en veerkrachtig te zijn. Deze bredere definitie erkent dat gezondheid meer is dan alleen fysieke gezondheid en omvat ook aspecten zoals mentaal welzijn, zingeving en kwaliteit van leven.
- **Nadruk op eigen regie en zelfmanagement**  
Positieve Gezondheid benadrukt het belang van eigen regie en zelfmanagement in het streven naar gezondheid. Het moedigt individuen aan om actieve deelnemers te zijn in hun eigen gezondheidsproces en stelt hen in staat om doelen te stellen en keuzes te maken die aansluiten bij hun eigen waarden en behoeften.
- **Multidimensionaliteit en integratie**  
Positieve Gezondheid omvat zes dimensies van gezondheid: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, spiritueel welzijn, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Deze multidimensionale benadering erkent dat gezondheid complex is en dat alle dimensies met elkaar verweven zijn. Het stimuleert een integrale aanpak waarbij verschillende aspecten van gezondheid in samenhang worden bekeken.

### Nadelen

- **Subjectiviteit en meetbaarheid**  
Positieve Gezondheid legt de nadruk op de subjectieve beleving van gezondheid, wat kan leiden tot een gebrek aan meetbaarheid. Het evalueren van iemands gezondheid op basis van individuele ervaringen en percepties kan lastig zijn en maakt het moeilijk om vergelijkingen te maken op populatieniveau of over verschillende studies.
- **Overweldigend en complex**  
Het concept van Positieve Gezondheid omvat zes dimensies en een breed scala aan elementen die in aanmerking moeten worden genomen. Dit kan overweldigend en complex zijn, zowel voor individuen als voor professionals in de gezondheidszorg. Het implementeren van Positieve Gezondheid in de praktijk kan uitdagend zijn en vergt een multidisciplinaire benadering.

- **Beperkte focus op ziekte**

Omdat Positieve Gezondheid zich richt op het versterken van de gezondheid en veerkracht, kan het de neiging hebben om minder aandacht te besteden aan ziekte en het behandelen van specifieke medische aandoeningen. Dit kan een beperking zijn voor diegenen die primair gericht zijn op het omgaan met ziekte en medische interventies.

Het is belangrijk op te merken dat deze voor- en nadelen gebaseerd zijn op de algemene perceptie van de benadering van Positieve Gezondheid en dat verschillende mensen verschillende perspectieven kunnen hebben. Het kan ook afhangen van de context en het specifieke doel waarvoor de benadering wordt gebruikt.

Het valt op dat het begrip 'Positieve Gezondheid' de afgelopen jaren veel terugkomt binnen de (Nederlandse) zorgsector. Steeds meer organisaties introduceren en omarmen dit concept en passen de zorgverlening aan op de pijlers van Positieve Gezondheid.

Het is echter niet zo dat Positieve Gezondheid de heilige graal is die oplossingen biedt voor alle problemen in de gezondheidszorg. Er zijn nog vele andere visies op gezondheid en op wat goede zorg in moet houden. De keuzes die je als verpleegkundige maakt, hangen nauw samen met jouw persoonlijke visie op gezondheid en op goede zorg. Het is daarom belangrijk dat je meerdere visies kent en voor jezelf afwegingen en keuzes kunt maken in wat jij verstaat onder 'goede zorg' en 'gezondheid'. Om je een beeld te geven van een andere visie op gezondheid dan die van de WHO en Machteld Huber, tref je hierna een uitwerking van de visie van Mildred Blaxter.

### 2.1.3 Gezondheid volgens Mildred Blaxter

In 2010 publiceerde Mildred Blaxter, een Britse socioloog, een nieuwe visie op gezondheid. In haar visie maakt ze onderscheid tussen een negatief, een functioneel en een positief geformuleerde definitie:

*Gezondheid kan negatief worden gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte, functioneel als het vermogen om te gaan met dagelijkse activiteiten, of positief als fitheid of welzijn.*

Blaxter benadrukt de afwezigheid van ziekte als de dominante factor bij het definiëren van gezondheid. Ze stelt dat gezondheid vaak wordt beschouwd als de afwezigheid van ziekte, maar ze erkent ook dat het een complex en multidimensionaal concept is. Blaxter beschrijft dat gezondheid een subjectieve ervaring is, die door ieder individu anders kan worden gezien. Dit is afhankelijk van persoonlijke ervaringen en omgeving, maar bijvoorbeeld ook van sociaal-culturele achtergrond en geloofsovertuiging. Gezondheid wordt sterk beïnvloed door de

sociale omgeving, zoals sociaaleconomische status, werk, opleiding, huisvesting en sociale netwerken.

Blaxters theorie benadrukt dat gezondheid niet enkel een fysieke toestand is, maar ook sociaal, psychologisch en emotioneel welzijn omvat: het gaat dus over meerdere aspecten die samen 'gezondheid' vormen. Deze verschillende dimensies zijn onderling met elkaar verbonden en kunnen elkaar (zowel positief als negatief) versterken. Bovendien is de interpretatie van gezondheid een concept dat kan veranderen gedurende iemands leven: door opgedane ervaringen rondom gezondheid en ziekte, maar ook door persoonlijke keuzes en omgevingsfactoren (Blaxter, 2010). Blaxters concept van gezondheid is niet zwart-wit: er zijn gradaties in de ervaring van gezondheid en ziekte.

Ook de benadering van Blaxter kent enkele voor- en nadelen:

### Voordelen

- **Holistische benadering**

Blaxters benadering van gezondheid is holistisch, wat betekent dat ze erkent dat gezondheid niet alleen fysiek welzijn omvat, maar ook sociaal, psychologisch en emotioneel welzijn. Dit biedt een bredere kijk op gezondheid en maakt het mogelijk om verschillende aspecten van het leven te integreren in de definitie van gezondheid.

- **Nadruk op subjectieve ervaring**

Blaxter benadrukt de subjectieve ervaring van individuen. Ze erkent dat gezondheid voor verschillende mensen verschillende betekenissen kan hebben, afhankelijk van hun persoonlijke ervaringen en omstandigheden. Dit geeft ruimte aan diversiteit en culturele verschillen.

- **Sociale determinanten van gezondheid**

Blaxter wijst op de invloed van sociale factoren op gezondheid. Ze benadrukt dat sociaaleconomische omstandigheden, arbeidsomstandigheden, sociale steun en andere bredere sociale determinanten van invloed kunnen zijn op iemands gezondheid. Dit helpt om gezondheid te begrijpen als meer dan alleen individueel gedrag en genetica.

### Nadelen

- **Subjectiviteit kan leiden tot onduidelijkheid**

Het feit dat Blaxter de subjectieve ervaring van individuen benadrukt, kan leiden tot een gebrek aan duidelijkheid in de definitie van gezondheid. Omdat de betekenis van gezondheid kan variëren tussen mensen, kan het moeilijk zijn om een eenduidige definitie vast te stellen.

- **Mogelijke verwaarlozing van biologische factoren**

Omdat Blaxter de nadruk legt op sociaaleconomische en psychologische factoren, kan haar benadering de biologische aspecten van gezondheid en ziekte enigszins verwaarlozen. Biologische factoren spelen ook een belangrijke rol bij het begrijpen van gezondheid, en het uitsluiten ervan kan een beperking zijn.

- **Beperkte toepassing in de praktijk**

Blaxters benadering is voornamelijk theoretisch en conceptueel. Hoewel het nuttig is om de complexiteit van gezondheid te begrijpen, kan het lastig zijn om de theorie van Blaxter om te zetten in concrete acties of beleidsmaatregelen.

Het is belangrijk op te merken dat deze voor- en nadelen subjectief zijn en afhankelijk kunnen zijn van het perspectief van degenen die ze beoordelen. Sommige mensen kunnen de holistische benadering en de nadruk op de subjectieve ervaring al positief zien, terwijl anderen de nadruk op biologische factoren missen.



#### Reflectieopdracht

Welke visies op gezondheid ben jij in je werk, tijdens stage of gedurende de opleiding al tegengekomen? Wat is jouw persoonlijke visie op gezondheid?

## 2.2 Taakgerichte en integrale verpleging

### 2.2.1 Taakgerichte verpleging

Een grote verandering in de verpleegkundige zorg, aangedragen door onder andere branchevereniging in de ouderenzorg Actiz, is het programma 'Bekwaam is bevoegd'. Volgens dit programma zou iedereen die bekwaam is om handelingen uit te voeren, hier ook toe bevoegd moeten zijn, ongeacht achtergrond en opleiding. Dat betekent dat de taak en niet de zorgvrager centraal staat: taakgerichte verpleging (SiRM, 2022; Actiz, 2022).

**Taakgerichte verpleging** richt zich op het voltooien van specifieke verpleegkundige taken, zoals medicatie toedienen, wondverzorging, het meten van vitale functies en andere klinische interventies. Deze benadering richt zich voornamelijk op het voltooien van specifieke taken die nodig zijn voor de zorgvrager, zonder rekening te houden met de bredere behoeften en omstandigheden van de zorgvrager. Deze benadering omvat niet alle aspecten van de gezondheid van de zorgvrager en is dus niet holistisch. In de casus lees je een voorbeeld uit de praktijk over taakgericht verplegen, ontstaan door personeelstekorten in het verpleeghuis.

### **Mevrouw Kraal**

Verpleegkundige Ties vertelt: 'Door de grote personele tekorten op onze afdeling zijn we weer taakgericht gaan verplegen. Mevrouw Kraal wordt 's ochtends gewassen en in haar rolstoel geholpen door een helpende. Vervolgens krijgt ze haar medicatie van een van de verzorgenden, omdat een helpende geen losse medicatie mag toedienen. Omdat mevrouw Kraal een complexe wond heeft op haar bovenbeen waarvoor complexe wondzorg nodig is, komt 's middags een wondverpleegkundige van een overkoepelend wondteam om de wond te verzorgen. Ze krijgt daarnaast hulp bij de maaltijden van een welzijnsmedewerker (één in de ochtend en middag, en één in de avond) en ze wordt 's avonds in bed geholpen door een andere helpende dan in de ochtend. Gemiddeld wordt mevrouw Kraal daardoor op één dag door zes verschillende zorgverleners geholpen.' Onwenselijk voor haar, vindt Ties, omdat ze steeds opnieuw haar wensen kenbaar moet maken, en ze niet met iedere zorgverlener een even goede vertrouwensrelatie heeft. Hierdoor durft ze niet alles bespreekbaar te maken.

Voorheen vond Ties het veel beter geregeld: mevrouw Kraal werd in de ochtend verzorgd door een verzorgende, die ook gelijk haar medicatie mocht geven en haar kon helpen met de maaltijd. De wondzorg werd ook toen gedaan door de wondverpleegkundige, vanwege de expertise die hiervoor nodig was. Mevrouw Kraal zag toen op een gemiddelde dag drie zorgverleners, die haar van alle zorg konden voorzien.

### **2.2.2 Integrale verpleging**

Het tegenovergestelde van taakgerichte verpleging is **integrale verpleging**. Deze benadering van verpleegkundige zorg richt zich op de hele persoon, inclusief de fysieke, emotionele, spirituele, sociale en culturele behoeften van de zorgvrager. Het doel van integrale verpleging is om de zorgvrager te ondersteunen bij het behouden of verbeteren van het algehele welzijn en de algehele gezondheid, door zorg te bieden die aansluit op de unieke behoeften en omstandigheden van de zorgvrager.

#### **Voordelen**

Integrale verpleegkundige zorg kent een aantal voordelen, zowel voor de verpleegkundige als voor de zorgvrager:

- Het helpt verpleegkundigen om een beter begrip te krijgen van de hele persoon en de zorgbehoeften van de zorgvrager.
- Het biedt meer gepersonaliseerde zorg, waarbij rekening wordt gehouden met de unieke behoeften en omstandigheden van de zorgvrager.
- Het kan leiden tot betere zorguitkomsten, omdat het zorg biedt die beter aansluit op de behoeften van de zorgvrager.

- Het kan bijdragen aan een betere communicatie tussen de zorgvrager en de verpleegkundige, omdat het zorgverleners helpt om een breder beeld te krijgen van de zorgvrager.

### Nadelen

Naast de voordelen zijn er ook enkele nadelen:

- Het kan tijdrovender zijn voor verpleegkundigen, omdat het vereist dat zij een breed scala aan zorgbehoeften van de zorgvrager in overweging nemen.
- Het kan leiden tot overbelasting van verpleegkundigen, vooral als er te weinig zorgverleners zijn om de zorg te bieden die nodig is.
- Het kan moeilijk zijn om integrale verpleging in te passen in traditionele zorgsystemen, waardoor het voor sommige zorgvragers minder toegankelijk is.
- Het kan duurder zijn dan taakgerichte verpleging, vooral als er extra middelen of zorgverleners nodig zijn om de zorg te bieden die nodig is.



#### Reflectieopdracht

Wat is jouw visie op goede verpleegkundige zorg? Waaraan moet goede verpleegkundige zorg volgens jou voldoen?

## 2.3 Zelfredzaamheid en eigen regie

Twee begrippen die de laatste jaren steeds vaker naar voren komen binnen de gezondheidszorg zijn zelfredzaamheid en eigen regie. **Zelfredzaamheid** is het vermogen van een individu om voor zichzelf te zorgen en dagelijkse activiteiten uit te voeren zonder afhankelijk te zijn van anderen. Het omvat vaardigheden zoals persoonlijke verzorging, mobiliteit, huishoudelijke taken en het nemen van beslissingen die van invloed zijn op het eigen leven. Zelfredzaamheid heeft betrekking op het behouden van de eigen **autonomie** en onafhankelijkheid. **Eigen regie** heeft te maken met de controle van individuen over hun eigen leven en gezondheid. Het omvat het nemen van beslissingen over de zorg en behandeling die ze ontvangen, het stellen van doelen, het maken van keuzes en het actief deelnemen aan het beheer van hun gezondheid. Eigen regie benadrukt de rol van het individu als expert van het eigen leven en de eigen gezondheid.

Door de verschuiving in de visie op gezondheid en de **holistische benadering** van zorgvragers zijn het erkennen en bevorderen van de zelfredzaamheid en eigen regie van zorgvragers steeds belangrijker geworden. De nadruk ligt op een gelijkwaardige samenwerking tussen zorgverlener en zorgvrager. Zelfredzaamheid en eigen regie stellen zorgvragers in staat om een actievere rol te spelen in hun eigen gezondheid en welzijn. Het geeft mensen een gevoel van controle over het eigen leven, en dat ze keuzes kunnen maken die passen bij de eigen waarden

en behoeften. Dit kan zorgen voor meer motivatie en het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.

Daarnaast speelt het kostenaspect mee bij het behoud van zelfredzaamheid en eigen regie. Door de zelfredzaamheid zo hoog mogelijk te houden, kunnen zorgkosten worden beheerst en kan de duurzaamheid van de gezondheidszorg worden verbeterd. Het ondersteunen en stimuleren van zorgvragers om de eigen gezondheid te verbeteren en preventief te handelen, kan helpen om chronische aandoeningen te voorkomen of beter te beheersen. Hierdoor neemt de behoefte aan intensieve (en dure) zorg af. Dit is een van de redenen dat in Nederland ouderen steeds langer thuis moeten blijven wonen: thuis is simpelweg goedkoper dan een opname in een verpleeghuis.

## 2.4 Inspelen op de veranderingen in de zorg

### 2.4.1 Technologie in de zorg

Technologie wordt niet voor niets gezien als een van de oplossingen voor het personeelstekort in de zorg. Door de juiste technologie bij de juiste zorgvrager in te zetten, bespaart de zorgverlener tijd en wordt de zorgvrager zelfstandiger. Er is steeds meer mogelijk op dit gebied. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van zelfhulpprogramma's via **eHealth**, waardoor zorgvragers in eerste instantie via zelfzorgadviezen geholpen worden met bijvoorbeeld hun ziekte. Voor een deel van de zorgvragers is dit voldoende, waardoor er een minder groot beroep wordt gedaan op de zorgverlener. Uit een onderzoek van Lau et al. (2020) blijkt dat verschillende digitale zelfhulpprogramma's gericht op het verbeteren van het mentale welbevinden een significant positieve invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven van de zorgvrager. Deze programma's ontlasten de zorgverlener, die zich hierdoor kan richten op zorgvragers die niet voldoende geholpen zijn met een zelfhulpprogramma.

Een ander voorbeeld van technologie om de zorgverlener te ontlasten is het inzetten van sensoren om valincidenten te detecteren of zelfs te voorspellen. Ben-Sadoun et al. (2022) toonden in een onderzoek aan dat valdetectiesystemen over het algemeen een betrouwbaarheid hebben van 85-90 procent. Systemen die gebruikmaken van twee of meer sensoren, hebben een betrouwbaarheid van meer dan 90 procent. Hieruit kan worden geconcludeerd dat valdetectiesystemen een bijdrage kunnen leveren aan het sneller detecteren van een val, waardoor zorgverleners in bijvoorbeeld verpleeghuizen minder controlerondes hoeven te doen.

Met artificial intelligence (AI), de wetenschap die zich bezighoudt met het ontwikkelen van machines en computers die een bepaalde mate van denkvermogen en intelligentie vertonen, kan een val zelfs voorspeld worden, bijvoorbeeld aan de hand van het loop- of beweegpatroon van de zorgvrager. Het systeem



leert middels AI van eerdere ervaringen: als er een valincident is geweest, wordt het beweegpatroon van de zorgvrager van voor dit incident geanalyseerd en zal het systeem eenzelfde patroon de volgende keer herkennen en meewegen in het voorspellen van een valincident. Deze technologie draagt dus direct bij aan het verminderen van valincidenten, waardoor er ook weer minder behoefte is aan zorg na een valincident (Usmani et al., 2021).

Technologie wordt gezien als de heilige graal tegen de toenemende zorgvraag en de oplopende personeelstekorten in de zorg; er zouden door de inzet van zorgtechnologie zelfs zo veel zorgverleners kunnen worden vrijgespeeld dat het personeelsprobleem in de zorg voor 2030 opgelost is (Gupta Strategists, 2022). Een groot struikelblok is de financiering van zorgtechnologie: de ontwikkeling, implementatie en opschaling van technologie kost veel geld (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). Sterker nog: een groot deel van de stijgende zorgkosten in Nederland is te herleiden naar de zorgtechnologie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.d.).

### **Technologie is een middel, geen doel op zich.**

Hoewel technologie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de personeelstekorten in de zorg, is het uitgangspunt voor de inzet van zorgtechnologie nooit de implementatie van de technologie zelf (Vilans, 2021). Zorgtechnologie moet gericht zijn op de zorguitkomsten: betere zorg, meer patiënttevredenheid en/of een afname van het personeelstekort.

#### **2.4.2 Meer focus op het verpleegkundig proces**

Het verpleegkundig proces is een cyclische methode om een zorgvrager te benaderen. De stappen zijn opeenvolgend: anamnese, diagnose, uitkomsten, interventies, uitvoering en evaluatie.

Door het verpleegkundig proces te optimaliseren, kunnen verpleegkundigen direct invloed uitoefenen op het toegankelijk houden van de zorg. Het verpleegkundig proces draagt namelijk bij aan efficiëntere, effectievere en beter gestructureerde zorgverlening (Oelen, 2015) – bijvoorbeeld aan het reduceren van wachtlijsten, doordat adequater wordt verwezen en behandeld. Ook kan adequate verpleegkundige diagnostisering heropnames van zorgvragers voorkomen (Lardinois et al., 2023). Als je als verpleegkundige het verpleegkundig proces goed toepast, kun je passende diagnostiek geven. Daarnaast kan beter worden ingespeeld op de specifieke behoeften, wensen en noden van zorgvragers (Paans et al., 2013). Bovendien gaat er een preventieve werking van uit: verpleegkundigen kunnen de gezondheidstoestand van de zorgvrager beoordelen, relevante gegevens verzamelen en analyseren om potentiële risico's te identificeren. Op basis hiervan kunnen preventieve maatregelen worden genomen om complicaties of

nieuwe zorgvragen te voorkomen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018; Paans, 2015). In het volgende hoofdstuk wordt het verpleegkundig proces verder toegelicht.

## 2.5 Take home messages

Een veranderende samenstelling van de bevolking, stijgende kosten door de steeds verder ontwikkelende technologie in de zorg en een veranderde visie op gezondheid: het zorgt voor de nodige uitdagingen in het verpleegkundig beroep. Twee concepten die steeds vaker genoemd worden als antwoorden op deze problemen zijn zelfredzaamheid en eigen regie. Deze concepten zorgen niet alleen voor besparingen, maar ook voor betere zorg.

Technologie en het delegeren van taken gaan geen oplossing bieden voor de tekorten in de zorg. Zorg is en blijft mensenwerk, waarbij de interactie tussen zorgverlener en zorgvrager centraal staat. Meer focus op het verpleegkundig proces kan bijdragen aan het bepalen van de daadwerkelijke zorgvraag en welke zorg daar het beste op aansluit. Door de stappen van het verpleegkundig proces nauwkeurig te doorlopen, kan de verpleegkundige de zorgvrager de best passende zorg geven.



# 3 Classificatiesystemen in het verpleegkundig proces

Het verpleegkundig proces is het belangrijkste instrument van de verpleegkundige. Op systematische wijze doorloop je met de zorgvrager alle stappen van het verpleegkundig proces. Om dit proces soepel te laten verlopen, zijn correcte registratie en goede communicatie met je collega's van groot belang. Daarom maak je in iedere stap van het verpleegkundig proces gebruik van classificatiesystemen.

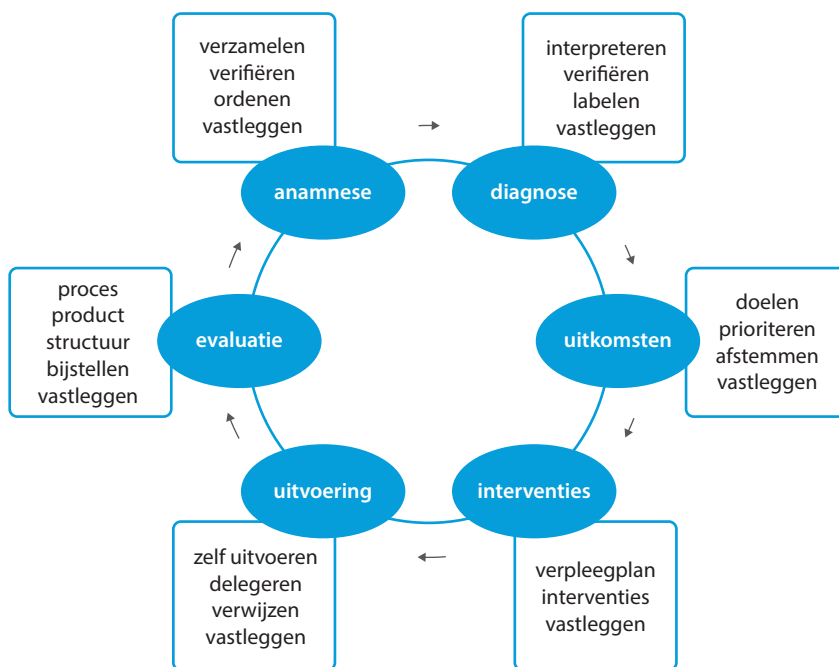
Na dit hoofdstuk:

- weet je uit welke stappen het verpleegkundig proces bestaat;
- kun je verschillende classificatiesystemen benoemen.

Het verpleegkundig proces is cyclisch, wat inhoudt dat de stappen elkaar opvolgen en meermaals doorlopen kunnen worden. In de praktijk komt het veel voor dat de zorgvraag van een zorgvrager veranderd is tijdens het uitvoeren van de zorg, waardoor de anamnese, diagnoses, zorguitkomsten en interventies aangepast moeten worden. Daarom is het continu evalueren en aanpassen van de verpleegkundige zorg een essentieel onderdeel van het verpleegkundig proces en wordt de cyclus meestal meermaals doorlopen. In figuur 3.1 zie je de stappen van het verpleegkundig proces.

Je ziet dat het proces bestaat uit zes verschillende stappen. In sommige modellen bevat het verpleegkundig proces nog een zevende stap: het borgen van de kwaliteit. Eigenlijk is het toetsen en borgen van de kwaliteit een continu proces dat bij iedere stap van het verpleegkundig proces terugkomt. In dit boek is dit daarom niet opgenomen als aparte stap, maar zal het borgen van de kwaliteit meermaals de revue passeren.

Bij de meeste zorgvragers zal het verpleegkundig proces beginnen met een anamnese en wordt vanaf daar de cyclus doorlopen. In tegenstelling tot wat je logischerwijs zou denken, wordt de cyclus niet altijd vanaf de anamnese gestart en worden de stappen ook niet altijd in dezelfde volgorde doorlopen. Er zijn namelijk ook situaties waarin de anamnese niet (goed) kan worden afgenomen, en eerst het stellen van een hypothetische diagnose en interventies noodzakelijk zijn. Een **hypothetische diagnose** is een tijdelijke diagnose waarop direct acties kunnen worden uitgezet. De volgende casus illustreert dit.



**Figuur 3.1** Het verpleegkundig proces (Rosendal & Van Dorst, 2019)

### Anamnese bij terminaal delier?

Aiske, verpleegkundige van het verpleegkundig team, wordt gebeld door de specialist ouderengeneeskunde van de afdeling somatiek in het verpleeghuis, voor een terminaal zieke man. Hij heeft kanker en is in de laatste dagen van zijn leven. De specialist vraagt Aiske om een medicatiepomp palliatieve sedatie op te starten bij de man.

Als Aiske bij de afdeling van de man aankomt, treft ze de specialist, die ook net aan komt lopen. Ze stappen de kamer van de man binnen en treffen hem zeer verward aan. Hij heeft duidelijk last van een terminaal delier (*hypothetische diagnose*). Dit type delier treedt vaak op in de laatste levensfase. De arts dient meteen medicatie toe om de man te sederen. Aiske sluit de medicatiepomp aan en start deze op. Het doel is om direct comfort te bieden (*uitkomsten*). Nadat de man in slaap is gebracht, brengt Aiske de wensen en voorkeuren van de kinderen van de man in kaart (*anamnese*).

In deze situatie is geen tijd om te starten met de anamnese en lopen de andere stappen door elkaar. In veel situaties binnen de verpleging zal het verpleegkundig proces wel gestart worden met de anamnese en zo het cyclische verpleegkundig proces volgen.

Terwijl je het verpleegkundig proces doorloopt, ga je methodisch te werk: ordelijk en je volgt steeds dezelfde stappen. Het maakt niet uit of je binnen de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, het ziekenhuis, de wijkverpleging of ergens anders werkt; het verpleegkundig proces bestaat overal uit dezelfde stappen. Daarnaast is het proces cyclisch ingericht: het bevat een vast en regelmatig terugkerend patroon. Veelal doorloopt de zorgvrager het proces ook meerdere keren.

Het doel van het methodisch en cyclisch doorlopen van het verpleegkundig proces is om uniform te werken. Wanneer iedere verpleegkundige op dezelfde wijze werkt, kun je ervan uitgaan dat de cyclus volledig is doorlopen wanneer een zorgvrager van de ene naar de andere afdeling wordt overgeplaatst, of overgedragen wordt van de ene naar de andere collega. Eenduidigheid, veiligheid en uniformiteit zijn essentieel om de kwaliteit van zorg te borgen. Volgens de Richtlijn Verslaglegging (V&VN, 2022a) moet iedere fase van het verpleegkundig proces vastgelegd worden in het dossier van de zorgvrager. Ook staat beschreven dat verpleegkundige taal en begrip eenduidig moet zijn: dat is noodzakelijk voor een goede en veilige overdracht tussen organisaties en tussen professionals.

### 3.1 **Classificatiesystemen binnen de verpleegkunde**

Om efficiënt te kunnen samenwerken en misverstanden te voorkomen, moeten verpleegkundigen elkaar goed begrijpen. Het is daarom belangrijk dat ze dezelfde taal en verpleegkundige terminologie gebruiken om het verpleegkundig proces te beschrijven. Daarvoor worden **verpleegkundige classificatiesystemen** gebruikt. Classificatiesystemen zijn ordeningen van taal en begrippen. Classificatiesystemen komen goed van pas in de zorg – en zeker binnen de verpleegkunde – om het klinisch redeneren te vereenvoudigen (Wilkinson, 2020). Ze helpen verpleegkundigen bij het indelen/ordenen van de informatie die wordt verzameld rondom een zorgvrager; uit deze informatie worden relevante diagnoses gededuceerd, waarna een zorgplan opgesteld kan worden. In meerdere fasen van het verpleegkundig proces helpen classificatiesystemen de verpleegkundige om een casus helder weer te geven. In de fase van de anamnese wordt bijvoorbeeld enorm veel informatie over de zorgvrager verzameld en is het belangrijk om hoofd- en bijzaken te onderscheiden.

Over het algemeen kies je niet zelf het classificatiesysteem (dat hangt af van de setting waar je werkt), maar je hebt wel zeggenschap in hoe het classificatiesysteem gebruikt wordt.

De bekendste classificatiesystemen zijn de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), het Omaha System, de NANDA-International, de Nursing Outcome Classification (NOC) en de Nursing Intervention Classification (NIC).

Sommige van deze systemen, zoals het Omaha System, bevatten terminologie die in meerdere fasen van het verpleegkundig proces gebruikt kan worden. Andere, zoals de NIC, bevatten daarentegen enkel terminologie om de verpleegkundige interventies te benoemen.

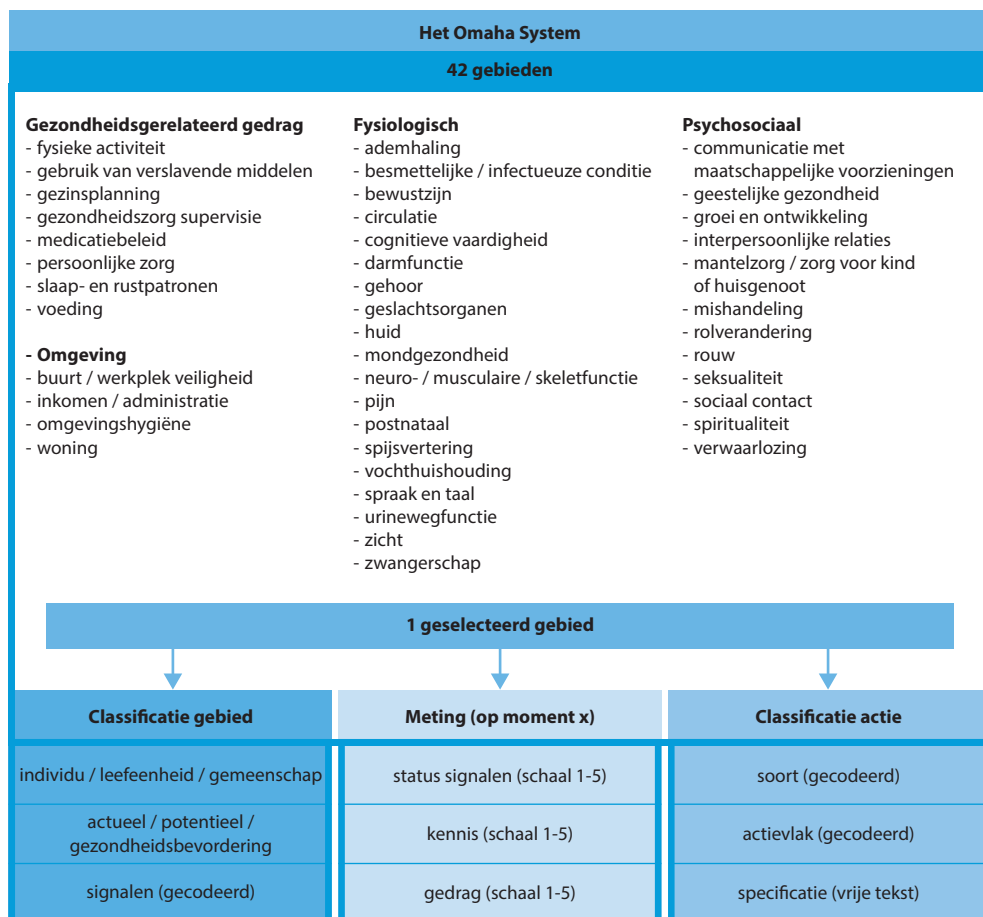
### 3.1.1 **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**

De **ICF** wordt in meerdere sectoren gebruikt om het functioneren van mensen te kunnen beschrijven en wat daarop van invloed is. Er zijn drie perspectieven: het menselijk organisme, het menselijk handelen en het maatschappelijk functioneren. Het classificatiesysteem is ontwikkeld door de WHO en werd geïntroduceerd in 2001. De ICF is niet ontwikkeld voor de verpleegkunde. Daarom wordt er in dit boek niet verder over uitgebreid. Het is wel goed om het te kennen.

### 3.1.2 **Omaha System**

Het **Omaha System** is genoemd naar de plek waar het vandaan komt: Omaha in de Verenigde Staten. Het is een verpleegkundige taal die daar in 1997 specifiek voor thuisverpleging is ontwikkeld. Omaha System is in 2005 in Nederland geïntroduceerd door Buurtzorg en werd met ICT ondersteund waardoor er een elektronisch zorgdossier ontstond. De classificatie mag niet gewijzigd worden (is dus statisch) en met name de ondersteunende ICT had toen als doel om (geleverde) zorg te registreren en te declareren.

Het Omaha System bestaat uit vier domeinen, 42 aandachtsgebieden, vier acties en 76 activelakken (Martin et al., 1992) (zie figuur 3.2). De acties zijn herkenbaar gerelateerd aan de producten die tot 2015 binnen het zorgsysteem in Nederland gedeclareerd konden worden: behandelen en procedures toepassen, adviseren/instrueren/begeleiden, casemanagen en monitoren en bewaken. Wat verder opvalt, is dat de aandachtsgebieden wel symptomen en signalen bevatten, maar geen **etiologische** factoren – er kan geen oorzaak worden geselecteerd voor het aandachtsgebied of de symptomen en signalen. Omaha System bevat geen diagnoses, maar aandachtsgebieden. De etiologie van het aandachtsgebied ontbreekt en het toetsen van diagnoses wordt niet ondersteund. Wel bevat Omaha System volledig de interventiefase van het verpleegkundig proces. De doelen zijn gericht op drie elementen: kennis, status van de signalen en gedrag. Omdat Omaha minder diagnostische taal heeft dan NANDA-I (zie paragraaf 3.1.3), leent dit onderdeel van de classificatie zich minder goed om de diagnostiek te onderbouwen.



**Figuur 3.2** Het Omaha System (Zorg voor Leren, z.d.)

### 3.1.3 NANDA-I

Het doel van **NANDA-I**, een classificatie van diagnoses, is om de diagnostische fase van het zorgproces te ondersteunen. NANDA-I staat voor North American Nursing Diagnosis Association International. De dertien domeinen van NANDA-I zijn onderverdeeld in klassen en daarin bevinden zich verschillende diagnoses (zie tabel 3.1). De dertien domeinen zijn voortgekomen uit de elf gezondheidspatronen van Gordon. De classificatie wordt iedere twee jaar bijgewerkt, waardoor ze de ontwikkeling van de maatschappij volgt en de verpleegkundige taal continu aangescherpt wordt met steeds meer (internationale) evidence.

NANDA-I onderscheidt drie soorten diagnoses: de problemdiagnose, de risicodiagnose en de bereidheid-tot-verbetering-diagnose. De dertien domeinen ordenen de anamnese-informatie, waardoor de stap van verzamelde informatie naar mogelijke diagnoses makkelijker wordt. De desbetreffende aandoening is in



deze classificatie apart opgenomen, omdat deze vaak niet **verpleegsensitief** is, dus niet door verpleegkundig handelen te beïnvloeden. De aandoening is vaak een medische aandoening die wel van belang is te kennen om je klinische kennis aan te vullen, maar de medicus zal hierop interveniëren en niet de verpleegkundige.

Hoe werkt het? In de diagnosefase kun je de NANDA-I-classificatie gebruiken als ondersteuning voor je klinisch redeneren. De opgedane kennis, observaties en gedachten rondom de zorgvrager kun je objectiveren middels de NANDA-I. Hierdoor kom je tot diagnoses: verpleegproblemen. Het concept dat in de NANDA-I-diagnose beschreven staat, helpt je om objectief te beoordelen of het verpleegprobleem daadwerkelijk bestaat. Je beoordeelt het probleem aan de hand van de definitie van de diagnose. Klopt de definitie met wat je ziet bij de zorgvrager, dan kijk je of er een set aan bepalende kenmerken aanwezig is en welke samenhangende factoren een rol spelen in de oorzaak of oorzaken van het verpleegprobleem. Je objectiveert dus het probleem, en onderbouwt tegelijkertijd je vervolgstappen in het zorgproces.

**Tabel 3.1** De NANDA-I-taxonomie (Herdman et al., 2021)

<b>Gezondheidsbevordering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezondheidsbewustzijn</li> <li>• gezondheidsmanagement</li> </ul>
<b>Voeding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voedselinname</li> <li>• spijsvertering</li> <li>• absorptie</li> <li>• stofwisseling</li> <li>• vochthuishouding</li> </ul>
<b>Uitscheiding/uitwisseling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• blaasfunctie</li> <li>• maagdarmpunctie</li> <li>• huidfunctie</li> <li>• respiratoire functie</li> </ul>
<b>Activiteit en rust</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• slaap/rust</li> <li>• activiteit/lichaamsbeweging</li> <li>• energiebalans</li> <li>• cardiovasculaire/pulmonale reacties</li> <li>• persoonlijke zorg</li> </ul>
<b>Waarneming/cognitie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aandacht</li> <li>• oriëntatie</li> <li>• gewaarwording/perceptie</li> <li>• cognitie</li> <li>• communicatie</li> </ul>
<b>Zelfperceptie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zelfbeeld</li> <li>• zelfachting</li> <li>• lichaamsbeeld</li> </ul>

<b>Rollen/relaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verzorgersrollen</li> <li>• familie-/gezinsrelaties</li> <li>• rolvervulling</li> </ul>
<b>Seksualiteit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seksuele identiteit</li> <li>• seksueel functioneren</li> <li>• voortplanting</li> </ul>
<b>Coping/ stresstolerantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• posttraumatische reacties</li> <li>• copingreacties</li> <li>• <i>neurobehavioral stress</i></li> </ul>
<b>Levensprincipes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• waarden</li> <li>• overtuigingen</li> <li>• congruentie tussen waarden, overtuigingen en handelen</li> </ul>
<b>Veiligheid/ bescherming</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infectie</li> <li>• lichamelijk letsel</li> <li>• geweld</li> <li>• omgevingsrisico's</li> <li>• verdedigingsprocessen</li> <li>• thermoregulatie</li> </ul>
<b>Welbevinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lichamelijk welbevinden</li> <li>• omgevingscomfort</li> <li>• sociaal welbevinden</li> </ul>
<b>Groei/ontwikkeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• groei</li> <li>• ontwikkeling</li> </ul>

### 3.1.4 Nursing Outcome Classification (NOC)

De **NOC** is een classificatie van zorguitkomsten. Ook deze classificatie is opgebouwd uit domeinen, klassen en mogelijke zorguitkomsten (zie tabel 3.2). Alle zorguitkomsten hebben een definitie en een groot aantal indicatoren om te toetsen of je de gewenste uitkomst wel bereikt. Met deze indicatoren kun je de uitkomst die je met de zorgvrager wilt bereiken niet alleen erg specifiek, maar ook meetbaar, acceptabel, relevant en tijdsgebonden maken, SMART dus. Er zijn verbandingen te leggen tussen diagnoses en voorgestelde zorguitkomsten. Als verpleegkundige kies je, samen met het zorgteam, de zorgvrager en de naasten van de zorgvrager, wat het gewenste zorgresultaat is. Voorafgaand aan de keuze van het zorgresultaat moet je een aantal aspecten goed bespreken met de zorgvrager, zoals: welke medische aandoeningen en verpleegkundige problemen heeft de zorgvrager, en heeft de zorgvrager leervermogen en de wil om voor een resultaat te gaan? Je kunt je misschien voorstellen dat het lastiger is om zorguitkomsten te bereiken als een zorgvrager niet zo'n goede prognose heeft dan als de zorgvrager

zo snel mogelijk wil opknappen na een ziekteperiode waarvan die weet dat genezing mogelijk is. Het is belangrijk dat je de zorgvrager er in deze fase goed bij betrekt zodat er haalbare resultaten kunnen worden vastgesteld.

**Tabel 3.2** De NOC-taxonomie (Moorhead et al., 2020)

<b>Functionele gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• energiebeheersing</li> <li>• groei en ontwikkeling</li> <li>• mobiliteit</li> <li>• persoonlijke zorg</li> </ul>
<b>Fysiologische gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hart en longen</li> <li>• spijsvertering en voedsel</li> <li>• uitscheiding</li> <li>• vocht en elektrolyten</li> <li>• immuunrespons</li> <li>• regulering van de stofwisseling</li> <li>• neurocognitief</li> <li>• sensorische functies</li> <li>• behandelrespons</li> <li>• weefselconditie</li> </ul>
<b>Psychosociale gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychologisch welbevinden</li> <li>• psychosociale aanpassing</li> <li>• persoonlijke beheersing</li> <li>• sociale interactie</li> </ul>
<b>Gezondheidskennis en -gedrag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezondheidsgedrag</li> <li>• gezondheidsopvattingen</li> <li>• gezondheidsmanagement</li> <li>• kennis gezondheidscondities</li> <li>• kennis gezondheidsbevordering</li> <li>• risicobeheersing</li> <li>• veiligheid</li> </ul>
<b>Gezondheidsbeleving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kwaliteit van leven en gezondheid</li> <li>• tevredenheid over de zorg</li> <li>• klachten en verschijnselen</li> </ul>
<b>Gezondheid van familie en gezin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• functioneren van een mantelzorger</li> <li>• gezondheidstoestand van een familie- of gezinslid</li> <li>• welzijn van familie en gezin</li> <li>• ouderschap</li> </ul>
<b>Maatschappelijke gezondheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezondheidsbewaking van de gemeenschap</li> <li>• welzijn van de gemeenschap</li> </ul>

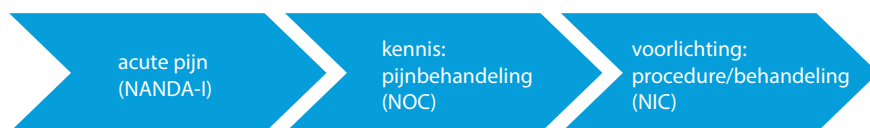
### Classificatiesystemen en elektronische verpleegdossiers

Er heeft in korte tijd een grote ontwikkeling plaatsgevonden als het gaat om digitalisering in de zorg, maar er zijn ook nog veel uitdagingen. Een voorbeeld van digitalisering van de zorg is de toepassing van elektronische patiëntendossiers (epd's). Binnen de verschillende epd's die er bestaan, kunnen zorgaanbieders kiezen voor verschillende classificatiesystemen om de verpleegkundige te ondersteunen bij de beroepsuitoefening. De combinatie van epd en classificatiesysteem heeft zowel voor- als nadelen voor de verpleegkundige. Het voordeel is dat het classificatiesysteem geïntegreerd is in het epd, waardoor de verpleegkundige eenvoudiger een zorgplan kan opstellen. Echter, ieder classificatiesysteem is anders, en niet ieder systeem beschikt over dezelfde mogelijkheden om buiten de lijnen van het systeem te denken. Van jou als verpleegkundige wordt verwacht dat je in kaders denkt, waarbij het systeem leidend is en niet jouw klinische kennis en verpleegkundige ervaring. Dit kan belemmerend werken, zeker wanneer je bijvoorbeeld diagnoses uit meerdere classificatiesystemen wilt combineren in één zorgplan (De Groot, 2022). Het combineren van diagnoses kan namelijk een nog beter zorgplan voor de zorgvrager opleveren, en dat is waar we het uiteindelijk voor doen. Als verpleegkundige ben je niet helemaal overgeleverd aan het systeem. In de meeste epd's is namelijk open ruimte opgenomen die verpleegkundigen naar eigen inzicht en behoefte kunnen vullen. Het nadeel hiervan is dat verpleegkundigen ook kunnen kiezen voor subjectieve terminologie die multi-interpretabel is en daardoor verkeerd begrepen kan worden door andere zorgverleners.

#### 3.1.5 Nursing Intervention Classification (NIC)

De **NIC** is een classificatie van interventies (zie tabel 3.3). Ook in deze classificatie staan domeinen, klassen en mogelijke interventies die verder uitgediept zijn in activiteiten. Tussen NANDA-I, NOC en NIC zijn koppelingen gemaakt. Je kunt kiezen voor de meest gebruikte interventies, maar uiteraard ook voor andere interventies.

De NANDA-I, NOC en NIC zijn op elkaar afgestemd en hangen samen. Er is veel wetenschappelijk bewijs dat de drie classificatiesystemen samen een optimaal zorgplan voor de zorgvrager kunnen opleveren (Wilkinson, 2020). In figuur 3.3 zie je de samenhang tussen de NANDA-I, NOC en NIC bij de verpleegkundige diagnose 'acute pijn'.



**Figuur 3.3** De samenhang tussen NANDA-I, NOC en NIC

In figuur 3.3 zie je dat de diagnose ‘acute pijn’ is gesteld. Als zorgresultaat is ervoor gekozen om de kennis van de zorgvrager over de pijnbehandeling te vergroten. De interventie die de verpleegkundige hieraan heeft gekoppeld, is het geven van voorlichting aan de zorgvrager over de procedure of behandeling.

**Tabel 3.3** De NIC-taxonomie (Butcher et al., 2020)

<b>Elementair fysiologische functies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bevorderen van activiteiten en lichaamsbeweging</li> <li>• zorg voor de uitscheiding</li> <li>• zorg bij immobiliteit</li> <li>• zorg voor de voeding</li> <li>• bevorderen van lichamelijk comfort</li> <li>• ondersteuning bij persoonlijke zorg</li> </ul>
<b>Complex fysiologische functies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zorg voor de elektrolytenbalans en het zuur-base-evenwicht</li> <li>• zorg bij geneesmiddelengebruik</li> <li>• neurologische zorg</li> <li>• preoperatieve zorg</li> <li>• zorg voor de ademhaling</li> <li>• huid- en wondverzorging</li> <li>• temperatuurregulering</li> <li>• zorg voor de weefseldoorbloeding</li> </ul>
<b>Gedrag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gedragstherapie</li> <li>• cognitieve therapie</li> <li>• bevorderen van de communicatie</li> <li>• ondersteunen bij probleemhantering</li> <li>• patiëntenvoorlichting</li> <li>• bevorderen van het psychisch welbevinden</li> </ul>
<b>Veiligheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• omgaan met crisissituaties</li> <li>• risicobestrijding</li> </ul>
<b>Gezin en familie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zorg rondom geboorte</li> <li>• zorg rondom de opvoeding</li> <li>• zorg rondom levensfasen van het gezin</li> </ul>
<b>Gezondheidszorgstelsel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bemiddeling in zorgvoorzieningen</li> <li>• beheer van zorgvoorzieningen</li> <li>• informatiebeheer</li> </ul>
<b>Samenleving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bevordering van de gezondheid in de samenleving</li> <li>• coördinatie van risico's voor de samenleving</li> </ul>

## 3.2 Classificatiesystemen in dit boek

In dit boek kiezen we voor NANDA-I als classificatiesysteem voor verpleegkundige diagnoses. De belangrijkste reden is dat deze classificatie van verpleegkundige diagnoses in alle verpleegkundige sectoren toegepast kan worden. Daarnaast zijn de verzamelde diagnoses voorzien van een *level of evidence* (LOE) waaraan je kunt zien hoe stevig deze diagnose onderbouwd is met wetenschappelijk bewijs. Bovendien wordt de NANDA-I iedere twee jaar herzien: er komen relevante diagnoses bij en er wordt kritisch gekeken of sommige diagnoses misschien verwijderd moeten worden. Zo gaat NANDA-I mee met de maatschappelijke ontwikkelingen.

Het diagnoseconcept bestaat uit een probleemformulering, bepalende kenmerken en samenhangende factoren, en samenhangende aandoeningen. Deze vormen samen de **PES-structuur** die ooit door Marjory Gordon is geïntroduceerd (Price, 1980). Een *probleem* wordt gedefinieerd, wordt veroorzaakt door samenhangende factoren (*etiologie*), wat blijkt uit de aanwezigheid van bepalende kenmerken (*symptomen*).

De dertien domeinen van NANDA-I zijn ook gebaseerd op de elf gezondheidspatronen van Gordon. De elf patronen en dertien domeinen liggen niet ver uit elkaar en veel verpleegkundigen gebruiken in de praktijk voor de anamnese dan ook nog steeds het Gordon-model of passen dit aan op de domeinen van NANDA-I. De classificatiestructuur begint met domeinen en binnen de domeinen zien we klassen. Bijvoorbeeld binnen het domein gezondheidsbevordering zien we twee klassen: gezondheidsbewustzijn en gezondheidsmanagement (Herdman et al., 2021). Deze heldere omschrijving van begrippen maakt het mogelijk voor verpleegkundigen om hun observaties te toetsen aan wat beschreven en dus bekend is omtrent verpleegkundige diagnoses. De inhoud van de verschillende diagnoses kan daardoor ook gebruikt worden in de anamnese fase van het zorgproces.

De diagnostische fase geeft dus al inzicht in welke factoren verpleegsensitief zouden kunnen zijn en dus behandelbaar voor verpleegkundigen. Zo zie je al een logische connectie ontstaan tussen diagnose, doelen en interventies (Paans et al., 2013). Als je de veroorzakende etiologische factor kunt beïnvloeden, dan kun je maximale gezondheidswinst behalen: neem de oorzaak van een probleem weg en het probleem bestaat niet meer. Het mag duidelijk zijn dat als je inzet op een diagnose die onbehandelbaar is, dat je eindeloos kunt blijven behandelen/interveniëren. Dat kan een keuze zijn omdat je inzet op behoud van functioneren; dus kies je een NOC en de keuze handhaven op in plaats van verbeteren tot. Als dit het maximaal haalbare is, dan is dat helder in je diagnostiek.

Een diagnose staat zelden alleen. Dat kan in wondzorg bijvoorbeeld, maar in de meeste situaties heeft een zorgvrager meerdere **verpleegkundige diagnoses**.

De belangrijkste fase in het zorgproces is dan ook de diagnosefase. De diagnose geeft inzicht in wat wel en niet mogelijk is en wat haalbaar is. Zo geeft de diagnose ook richting aan de doelen en vervolgens aan de interventies.



#### Reflectieopdracht

Welke verpleegkundige classificatiesystemen ben je in de praktijk of tijdens je studie al tegengekomen? Welke heeft of hebben jouw voorkeur en waarom? Wat maakt dat je dit classificatiesysteem prettiger vindt dan een ander?

### 3.3 Take home messages

Het verpleegkundig proces is de basis van de zorg die verpleegkundigen bieden. Aan de hand van de stappen van het verpleegkundig proces, kan de zorgvraag worden vastgesteld en kan worden gezocht naar de best passende zorg voor de individuele zorgvrager.

Het is essentieel dat verpleegkundigen dezelfde taal spreken met elkaar. Zo ontstaan er geen tegenstrijdige verwachtingen en worden de continuïteit en kwaliteit van zorg bevorderd. De eenheid in verpleegkundige taal wordt gewaarborgd door het gebruik van verpleegkundige classificatiesystemen. Er zijn verschillende systemen beschikbaar, en elk systeem heeft zijn eigen voor- en nadelen. Verpleegkundigen kiezen veelal niet zelf het classificatiesysteem dat zij gebruiken, maar hebben wel enige vrijheid in hoe ze het systeem gebruiken. In het elektronisch zorgdossier dat de zorginstelling gebruikt, zit al een classificatiesysteem verwerkt. Binnen de kaders van dit classificatiesysteem wordt van verpleegkundigen verwacht dat zij dezelfde taal spreken met elkaar.

In dit boek is gekozen voor NANDA-I, omdat dit systeem in alle zorgsectoren kan worden toegepast, het classificatiesysteem iedere twee jaar wordt aangepast aan ontwikkelingen in de maatschappij en wetenschap, en omdat er veel wetenschappelijk bewijs is voor de verpleegkundige diagnoses binnen NANDA-I. Desondanks is de inhoud van dit boek ook zeker geschikt voor (toekomstig) verpleegkundigen die met een ander classificatiesysteem werken. De stappen van het verpleegkundig proces zijn immers hetzelfde.

In het volgende hoofdstuk wordt de eerste stap van het verpleegkundig proces beschreven: de anamnese.





## **Deel 2**

# **Het verpleegkundig proces**

## 4 Anamnese

In dit hoofdstuk lees je meer over de eerste stap van het verpleegkundig proces: de **verpleegkundige anamnese**. Wanneer je te maken krijgt met een zorgvrager, is het van belang om snel en professioneel een passende inschatting te maken van de situatie en mogelijke zorgvragen. Om dit goed te kunnen doen, is de anamnesefase cruciaal. Je leest in dit hoofdstuk hoe je samen met je zorgvrager op onderzoek uit kunt gaan zodat je een volledig beeld kunt vormen. Dat beeld vormt de basis voor de volgende stap in het proces: de verpleegkundige diagnose.

Na dit hoofdstuk:

- kun je op een effectieve wijze gegevens verzamelen in het kader van de verpleegkundige anamnese;
- weet je hoe je anamnesegegevens kunt verifiëren;
- kun je anamnesegegevens ordenen volgens een passende methodiek;
- ben je in staat om de anamnese efficiënt vast te leggen in het dossier;
- ken je de valkuilen en misvattingen van de anamnesefase.

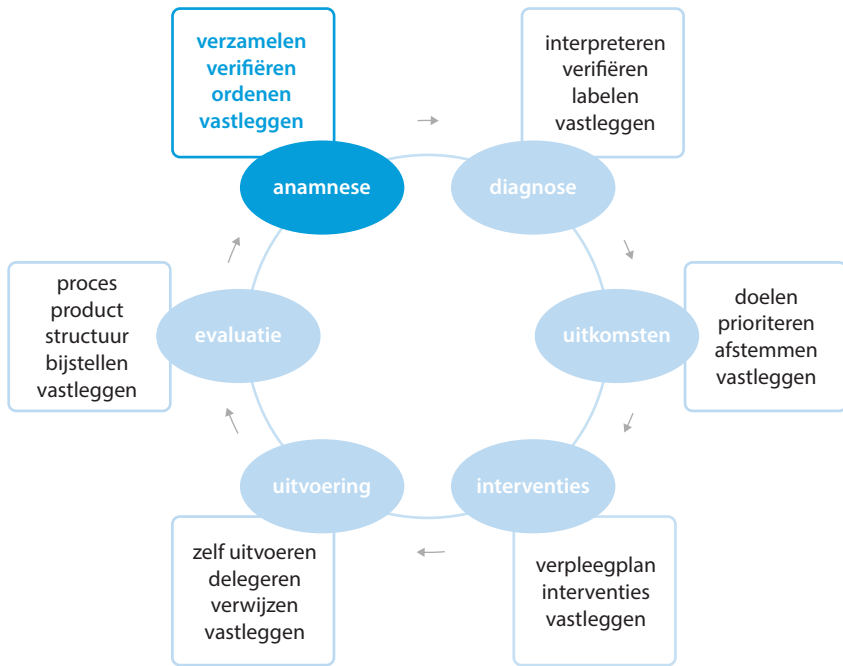
### 4.1 Het belang van een goede anamnese

In de geneeskunde geldt: zonder een goede diagnose geen goede behandeling. Voor het stellen van een medische diagnose past de arts verschillende diagnostische methoden toe: het afnemen van een anamnese, lichamelijk onderzoek, beeldvormende onderzoeken (zoals röntgenfoto's en scans), bloedonderzoek, enzovoort. Door het samenvoegen van al deze gegevens, gecombineerd met de eigen klinische kennis en ervaring, kan de arts de juiste diagnose stellen. Dit geldt feitelijk ook in de verpleegkunde. Een verpleegkundige kan alleen een goede diagnose stellen als er een goede anamnese is afgenomen, waarbij de zorgvrager volledig in beeld wordt gebracht.

Een misvatting die ook weleens naar voren komt bij multidisciplinaire zorg is:

De arts neemt toch ook al een anamnese af, waarom moet ik dat dan nog een keer doen?

De arts neemt zeker een anamnese af, maar met een ander doel. Het doel van de arts is namelijk om een medische diagnose te stellen, zodat er een behandelplan kan worden opgesteld. De verpleegkundige anamnese richt zich niet op het medische domein, maar juist op de gevolgen of uitingen van een ziekte die de zorgvrager ervaart. De arts richt zich op de ziekte of medische aandoening zelf en in



**Figuur 4.1** Het verpleegkundig proces: de anamnese (Rosendal & Van Dorst, 2019)

veel mindere mate op de gevolgen van de ziekte voor de zorgvrager. De focus van de arts is dus anders dan die van de verpleegkundige. Voor de juiste verpleegkundige zorg is een verpleegkundige anamnese dus essentieel.

De verpleegkundige anamnese is breed en omvat alle domeinen, zodat er een holistisch beeld van de zorgvrager ontstaat. Dit is ook opgenomen in de *Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*, een belangrijke standaard voor de uitvoering van het verpleegkundig beroep (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015). Maar het kan ook zorgen voor een misvatting:

Als ik alles uitvraag, moet ik ook met alles iets doen, terwijl ik daar geen tijd voor heb.

Het is niet zo dat de verpleegkundige altijd degene is die alle zorg moet uitvoeren als in de anamnese zorgvragen naar voren komen. Het kan ook zo zijn dat de verpleegkundige een zorgvraag signaleert en omzet tot een verpleegkundige diagnose, maar dat de interventie beter aansluit bij de expertise van een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of diëtist. Het is dus niet automatisch zo dat de verpleegkundige met alle informatie zelf iets moet doen.

Belangrijk is dat je, door het uitvragen van een goede anamnese, de zorgvrager echt leert kennen. Je komt te weten wat de zorgvrager belangrijk vindt in het leven, welke zorg de zorgvrager ontvangt en hoe je de zorgvrager het beste kunt helpen. Essentiële informatie over bijvoorbeeld wat de zorgvrager zelf kan en wat de naasten kunnen betekenen in de zorg, kom je alleen te weten door de zorgvrager vragen te stellen. Je doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven van de zorgvrager. Door op gestructureerde en systematische wijze de situatie van de zorgvrager in kaart te brengen, kun je zorg bieden die echt bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de zorgvrager en betrek je de zorgvrager (en de naasten) nadrukkelijk bij het verpleegkundig proces. Het betrekken van de zorgvrager en de naasten is tevens opgenomen in de beroepscode.

## 4.2 Verzamelen

De anamnese start over het algemeen met het verzamelen van de basisgegevens van de zorgvrager. Denk aan leeftijd, geboortedatum, geslacht, adresgegevens, burgerlijke staat en verzekeringsgegevens. Vervolgens verzamel je op verschillende manieren informatie over een zorgvrager. Dit kan bijvoorbeeld door te observeren, vragen te stellen, de omgeving te bevragen, lichamelijk onderzoek uit te voeren of een overdracht te krijgen. We behandelen deze manieren een voor een.

### 4.2.1 Observeren

Een belangrijk onderdeel van het verzamelen van informatie is het observeren van de zorgvrager binnen zijn context en omgeving. Deze methode kun je bij iedere zorgvrager toepassen, onafhankelijk van eventuele communicatieve barrières. Je kunt bijvoorbeeld observeren in welke mate een zorgvrager zelfredzaam is, hoe het gedrag van de zorgvrager is en hoe de zorgvrager reageert op de omgeving (zie casus).

#### **Meneer Baten**

Meneer Baten is via de huisarts doorverwezen naar de wijkverpleging. Wijkverpleegkundige Jona gaat bij hem op bezoek om de situatie in kaart te brengen. Voordat ze het gesprek starten, vraagt meneer Baten of Jona koffie wil. Deze kans grijpt ze met beide handen aan. Niet omdat ze dorst heeft, maar omdat ze op deze manier heel veel kan observeren. Ze kan namelijk zien hoe hij loopt, of hij weet hoe hij koffie moet zetten en of hij vervolgens ook met koffie terugkomt uit de keuken. Dit zegt niet alleen iets over zijn mobiliteit, maar ook over het geheugen en de cognitie van meneer Baten. Jona maakt weleens mee dat een cliënt ontkent geheugenproblemen te hebben, maar dan bijvoorbeeld zonder koffie uit de keuken terugkomt en niet weet wie Jona is.

### 4.2.2 Vragen stellen

Tijdens een verpleegkundige anamnese is het van cruciaal belang dat je de juiste vragen stelt zodat je een volledig en nauwkeurig beeld krijgt van de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Er zijn verschillende soorten vragen die je kunt inzetten om relevante informatie te verzamelen:

- **Open vragen**

Dit zijn vragen die niet kunnen worden beantwoord met een eenvoudig 'ja' of 'nee'. Ze moedigen de zorgvrager aan om uitgebreide informatie te geven. Open vragen beginnen altijd met een vraagwoord: wie, wat, wanneer, waarom, hoe, waar. Bijvoorbeeld: 'Wat kunt u me vertellen over uw medische geschiedenis?'

- **Gesloten vragen**

Deze vragen kunnen alleen met 'ja' of 'nee' worden beantwoord of met een andere beknopte reactie. Ze kunnen handig zijn om specifieke feitelijke informatie te verkrijgen. Bijvoorbeeld: 'Heeft u allergieën voor medicijnen?'

- **Gerichte vragen**

Deze vragen gaan specifiek over een bepaald aspect van de gezondheidstoestand van de zorgvrager (zoals een symptoom of probleem) en zijn bedoeld om te verdiepen. Bijvoorbeeld: 'Kunt u me vertellen wanneer de pijn begon en hoe het zich heeft ontwikkeld?'

- **Reflectieve vragen**

Deze vragen moedigen de zorgvrager aan om na te denken over zijn gevoelens, gedachten en ervaringen. Ze kunnen nuttig zijn om psychosociale factoren en emoties te verkennen. Bijvoorbeeld: 'Hoe voelde u zich toen dit symptoom voor het eerst optrad?'

- **Chronologische vragen**

Deze vragen helpen om de tijdlijn van gebeurtenissen, symptomen of klachten te begrijpen. Dit kan helpen om de progressie van een aandoening te begrijpen. Bijvoorbeeld: 'Kunt u de volgorde van gebeurtenissen beschrijven vanaf het moment dat u zich niet goed voelde?'

- **Ondersteunende vragen**

Deze vragen bieden de zorgvrager de mogelijkheid om meer details toe te voegen of om aanvullende informatie te geven. Ze kunnen handig zijn om een completer beeld te krijgen. Bijvoorbeeld: 'Kunt u meer vertellen over uw dieet en lichaamsbeweging?'

- **Samenvattende vragen**

Deze vragen worden gebruikt om de informatie die je hebt verzameld te bevestigen en te verifiëren. Het stelt de zorgvrager in staat om eventuele fouten te corrigeren en belangrijke punten te benadrukken.

Het is belangrijk om tijdens de anamnese deze verschillende soorten vragen strategisch te gebruiken. Een open vraag levert bijvoorbeeld meer informatie en een breder antwoord op dan een gesloten vraag. Als je echter wilt weten of je de ander juist hebt begrepen, volstaat een samenvattende en gesloten vraag, waarop de zorgvrager bevestigend of ontkenkend kan antwoorden. Het stellen van de juiste vragen op het juiste moment helpt niet alleen om nauwkeurige informatie te verzamelen, maar ook om een vertrouwensrelatie met de zorgvrager op te bouwen.

Door in de anamnese alle dimensies van het leven uit te vragen, schets je een volledig beeld van de zorgvrager. Om ervoor te zorgen dat je geen dimensie hebt overgeslagen, kun je gebruikmaken van een vaste structuur. Dit is niet hetzelfde als vraag voor vraag een vragenlijst afwerken, maar betekent dat je het gesprek volgens een vaste structuur voert. In paragraaf 4.5 komen hulpmiddelen rondom de anamnese verder aan de orde.

#### 4.2.3 De omgeving bevragen

Bij de **heteroanamnese** verzamel je informatie van familieleden, verzorgers of naasten van de zorgvrager. De heteroanamnese kan vooral nuttig zijn wanneer de zorgvrager zelf niet in staat is om informatie te verstrekken, zoals bij bewusteloosheid, verwardheid of ernstige gezondheidsproblemen. Aandachtspunten bij de heteroanamnese:

- **Identificatie van informanten**

Identificeer wie relevante informatie kan verstrekken. Dit kunnen familieleden, verzorgers, vrienden of naasten van de zorgvrager zijn. Kies iemand die goed op de hoogte is van de medische geschiedenis en de huidige gezondheidstoestand van de zorgvrager.

- **Benadering en toestemming**

Benader de informanten respectvol en vriendelijk. Leg uit waarom hun informatie belangrijk is en vraag om hun medewerking. Vraag ook toestemming aan de zorgvrager of diens naasten om de informatie te verzamelen, en houd rekening met de privacy en gevoeligheid van de situatie.

- **Gesprekstechniek**  
Voer een gestructureerd gesprek om de nodige informatie te verzamelen. Stel open vragen om een volledig beeld te krijgen en moedig de informant aan om details te geven.
- **Medische geschiedenis**  
Verzamel informatie over vroegere medische aandoeningen, operaties, allergieën, medicijnen en eventuele huidige gezondheidsproblemen van de zorgvrager.
- **Symptomen en klachten**  
Vraag naar specifieke symptomen, klachten of veranderingen in de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Dit kan helpen bij het identificeren van recente problemen.
- **Leefstijl en gewoonten**  
Verkrijg inzicht in de levensstijl, voeding, lichaamsbeweging, rook- en alcoholgebruik van de zorgvrager.
- **Psychosociale informatie**  
Vraag naar de emotionele toestand, stressfactoren en eventuele psychosociale problemen die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van de zorgvrager.

Het is bij de heteroanamnese belangrijk om rekening te houden met de vertrouwelijkheid van de gegevens die je verkrijgt. De informanten moeten erop kunnen vertrouwen dat hun informatie vertrouwelijk wordt behandeld en alleen wordt gebruikt om de zorgvrager te helpen. Daarnaast is de informatie die je via een informant verkrijgt over het algemeen subjectief: het is het perspectief van de informant en niet dat van de zorgvrager. Het is belangrijk dat je dit perspectief kent, maar wees ook kritisch. Dit geldt natuurlijk niet voor feitelijke gegevens die de informant deelt, zoals wie de behandelend arts is, welke medicatie de zorgvrager gebruikt of de contactgegevens van de familieleden. Wel moet deze informatie worden geverifieerd.

Houd ook rekening met eventuele culturele verschillen en taalbarrières. Mogelijk begrijp je informatie hierdoor niet of verkeerd. Misverstanden kunnen niet alleen optreden tussen zorgverlener en zorgvrager, maar ook tussen zorgverlener en informanten. Ook kan het afnemen van een heteroanamnese een emotionele impact hebben op de informant: de vragen kunnen confronterend zijn en heftig overkomen. Wees empathisch en geef ruimte voor het uiten van gevoelens en emoties.

#### 4.2.4 Lichamelijk onderzoek

De verpleegkundige kan en mag lichamelijk onderzoek uitvoeren als onderdeel van de verpleegkundige anamnese. Hoewel verpleegkundigen geen medische diagnoses stellen zoals artsen, kunnen ze wel klinische gegevens verzamelen en beoordelen om de zorgbehoeften van de zorgvrager te begrijpen en verpleegkundige diagnoses te kunnen stellen. Het verschilt per setting welke vormen van lichamelijk onderzoek tot de taken van de verpleegkundige behoren. Realiseer je dat je lichamelijk onderzoek alleen uitvoert om een passende verpleegkundige diagnose te kunnen stellen, geen medische diagnose. Enkele voorbeelden van lichamelijke onderzoeken die verpleegkundigen kunnen uitvoeren zijn:

##### 1 Algemene observatie

Dit omvat het observeren van de zorgvrager op uiterlijke tekenen van ongemak, pijn, vermoeidheid en verwarring, huidskleur, ademhalingsnelheid en andere zichtbare indicatoren van de gezondheidstoestand.

##### 2 Vitale functies meten

Het meten van vitale functies zoals bloeddruk, hartslag, ademhalingsfrequentie en lichaamstemperatuur. Dit geeft inzicht in de algehele fysiologische toestand van de zorgvrager.

##### 3 Lichamelijk onderzoek van specifieke systemen:

- **huid:** onder andere inspectie van de huid op huiduitslag, wonden, kleurveranderingen, temperatuur en vochtigheid;
- **cardiovasculair systeem:** onder andere auscultatie van het hart, controleren van de pols, controle van de hartslag en beoordelen van de capillaire refill;
- **respiratoir systeem:** onder andere auscultatie van de longen, beoordelen van de ademhalingsbewegingen en ademhalingsgeluiden;
- **gastro-intestinaal systeem:** inspectie van de buik, luisteren naar darmgeluiden en het beoordelen van eventuele buikpijn;
- **neurologisch systeem:** beoordelen van bewustzijn, pupilreacties, motorische functie en coördinatie;
- **musculoskeletaal systeem:** beoordelen van bewegingsbereik, spierspanning en bijvoorbeeld pijn bij beweging;
- **urogenitaal systeem:** bijvoorbeeld het controleren van de urineproductie en controleren op symptomen van urineweginfecties.

##### 4 Beoordeling van pijn

Het evalueren van de mate van pijn van de zorgvrager met behulp van schalen of zelfrapportage. Pijnbeoordeling is essentieel om passende pijnverlichting te bieden.



## 5 Functionele beoordeling

Beoordelen van het vermogen van de zorgvrager om dagelijkse activiteiten uit te voeren, zoals lopen, zitten, eten en zichzelf verzorgen.

## 6 Medicatiebeoordeling

Controleren van de medicatie-inname en het medicatiebeheer van de zorgvrager, inclusief dosering, frequentie en eventuele bijwerkingen.

Het is belangrijk op te merken dat de mate van lichamelijk onderzoek afhankelijk is van de zorgsetting, de aard van de zorg en de specifieke gezondheidstoestand van de zorgvrager. Verpleegkundigen werken vaak in samenwerking met artsen en andere zorgprofessionals om de best mogelijke zorg te bieden op basis van de verzamelde gegevens tijdens de verpleegkundige anamnese en het lichamelijk onderzoek.

### 4.2.5 Een overdracht ontvangen

Een overdracht van een andere zorgprofessional kan aanzienlijk bijdragen aan het effectief uitvoeren van een verpleegkundige anamnese. Een **verpleegkundige overdracht** is het proces waarbij essentiële informatie over de zorgvrager wordt doorgegeven van de ene zorgverlener naar de andere, meestal bij het wisselen van diensten. Hier is hoe het bijdraagt aan het vormen van een verpleegkundige anamnese:

- **Informatie vooraf**

De overdracht biedt verpleegkundigen een overzicht van de medische geschiedenis, huidige gezondheidstoestand, diagnose, behandelingen en speciale zorgbehoeften van de zorgvrager. Dit stelt de verpleegkundige in staat om voorbereid te zijn en specifieke vragen te stellen tijdens het anamnese-interview.

- **Continuïteit van zorg**

De informatie die wordt doorgegeven tijdens de overdracht zorgt voor een naadloze overgang in de zorg voor de zorgvrager. Verpleegkundigen zien de voortgang van de behandeling en zorgen voor consistentie in de zorg.

- **Focus op relevante zaken**

De overdracht benadrukt de belangrijkste aspecten van de gezondheid van de zorgvrager op dat moment. Hierdoor kan de verpleegkundige tijdens de anamnese gerichtere vragen stellen om specifieke zorgen of veranderingen in de gezondheidstoestand te verduidelijken.

- **Veiligheidsaspecten**

De overdracht kan eventuele veiligheidsrisico's, allergieën, medicatie-interacties en speciale instructies voor de zorg benadrukken. Zo kan de verpleegkundige proactief maatregelen nemen om de veiligheid van de zorgvrager te waarborgen.

- **Tijdsefficiëntie**

Een duidelijke en beknopte overdracht bespaart de verpleegkundige tijd, omdat deze niet opnieuw hoeft te beginnen met het verzamelen van basale informatie.

- **Diepere focus tijdens anamnese**

Omdat verpleegkundigen al op de hoogte zijn van de context, kunnen ze tijdens de anamnese dieper ingaan op specifieke aspecten van de gezondheidstoestand van de zorgvrager, zoals veranderingen in symptomen, behandelingsresponsen en de emotionele toestand.

- **Opbouwen van vertrouwen**

Als de verpleegkundige goed geïnformeerd is, wekt dat vertrouwen bij de zorgvrager en diens naasten. Dit draagt bij aan een positieve interactie en een nauwere samenwerking bij het verzorgen van de zorgvrager.

Een effectieve overdracht is afhankelijk van duidelijke communicatie en nauwkeurige documentatie. Verpleegkundigen moeten zorgen voor een goede opvolging en verificatie van de verstrekte informatie, zodat er een volledig en accuraat beeld van de zorgvrager ontstaat en ze een doordachte verpleegkundige anamnese kunnen opstellen.

## 4.3 Verifiëren

Het verifiëren van informatie die is opgehaald tijdens de verpleegkundige anamnese is cruciaal: het zorgt ervoor dat de gegevens nauwkeurig en betrouwbaar zijn. Aandachtspunten:

- **Herhaal en vat samen**

Nadat je de informatie hebt verzameld, herhaal je de belangrijkste punten en vraag je de zorgvrager om te bevestigen of je het correct hebt begrepen. Zo voorkom je misverstanden en kun je eventuele onduidelijkheden aanpakken.

- **Stel (met name) open vragen**

Stel open vragen om verdiepende informatie te verkrijgen en om te bevestigen of de zorgvrager consistent blijft in zijn antwoorden. Open vragen moedigen de zorgvrager aan om uitgebreide informatie te geven.

- **Vergelijk met medische gegevens**

Vergelijk de verzamelde informatie met bestaande medische dossiers, eerdere verslagen of laboratoriumresultaten (als dat mogelijk is). Dit kan helpen om de juistheid van de verstrekte informatie te bevestigen.

- **Betrek familie en zorgverleners**

Als de zorgvrager akkoord gaat, kan het nuttig zijn om familieleden of zorgverleners te raadplegen om aanvullende informatie te krijgen of om de juistheid van bepaalde details te verifiëren.

- **Controleer tegenstrijdigheden**

Let op eventuele tegenstrijdigheden in de verstrekte informatie. Als je merkt dat er discrepanties zijn, vraag dan om verduidelijking en probeer de reden achter de inconsistenties te begrijpen.

- **Gebruik je professionele beoordeling**

Maak gebruik van je professionele kennis en klinische ervaring om de verkregen informatie te evalueren. Sommige gegevens kunnen medisch gezien onwaarschijnlijk zijn, en dit vereist mogelijk verder onderzoek.

- **Vraag om documentatie**

Als de zorgvrager informatie heeft die al gedocumenteerd is, zoals medica-tielijsten, eerdere (medische) rapporten of een (verpleegkundige) overdracht, vraag dan om deze documenten zodat je ze kunt verifiëren.

- **Vraag om toestemming voor het delen van informatie**

Als je van plan bent om de informatie te delen met andere zorgverleners, zorg er dan voor dat de zorgvrager hiervoor toestemming heeft gegeven.

Het verifiëren van informatie is een cruciale vaardigheid in de verpleegkundige praktijk, omdat het helpt om betrouwbare basisgegevens te verzamelen voor de verdere zorg en behandeling van de zorgvrager. Het bevordert ook open communicatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener, wat essentieel is voor een effectieve zorgrelatie. In de volgende casus komt naar voren wat het belang is van het verifiëren van gegevens en informatie die de zorgvrager tijdens de verpleegkundige anamnese geeft.

### Mevrouw Sweere

Sarah werkt als verpleegkundige op de afdeling cardiologie in een regionaal ziekenhuis. Een nieuwe patiënt wordt op de afdeling opgenomen: mevrouw Sweere. Tijdens het anamnesege gesprek vertelt mevrouw Sweere dat ze hypertensie heeft en hiervoor al jarenlang dagelijks het medicijn lisinopril, een bloeddrukverlager, slikt. Sarah neemt de informatie over in het dossier.

Even later neemt Michelle, een collega van Sarah, de anamnese en de medicatielijst uit het dossier door. Het valt haar op dat er geen lisinopril in de medicatielijst staat. Ze belt de arts en vraagt dit na. Ook de arts blijkt van niks te weten. Wel staat al jaren enalapril op de medicatielijst; een andere bloeddrukverlager. Michelle bespreekt dit met Sarah en mevrouw Sweere. Beiden schrikken hiervan. Mevrouw Sweere had zich vergist: haar partner slikt lisinopril, en zijzelf enalapril. Sarah had gedurende en na het anamnesege gesprek niet geverifieerd of de medicatiegegevens klopten, waardoor verwarring was ontstaan en zelfs het verkeerde medicijn toegediend had kunnen worden.

## 4.4 Ordenen

Het ordenen van gegevens in de verpleegkundige anamnese zorgt ervoor dat de verzamelde informatie gestructureerd, overzichtelijk en gemakkelijk te begrijpen is. Dit helpt niet alleen de verpleegkundige bij het efficiënt documenteren en rapporteren, maar ook andere zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van de zorgvrager. Een gestructureerde aanpak zorgt ervoor dat belangrijke informatie niet over het hoofd wordt gezien en maakt het mogelijk om trends en patronen in de gegevens te herkennen.

Je kunt op vele manieren gegevens uit de verpleegkundige anamnese ordenen. Over het algemeen wordt de ordening aangehouden van het classificatiesysteem dat jouw organisatie gebruikt, bijvoorbeeld de dertien domeinen van NANDA-I. Als je alle gegevens ordent volgens deze domeinen, weet je zeker dat je alle domeinen hebt besproken, en de zorgvrager holistisch benaderd hebt en volledig in kaart hebt gebracht. Mogelijk ontdek je na het ordenen dat er nog informatie ontbreekt, dan kun je dit in een tweede gesprek dieper uitvragen.

Het ordenen van gegevens uit de anamnese heeft een aantal grote voordelen. Zo zorgt een gestructureerde methodiek ervoor dat alle relevante aspecten uit de anamnese worden verzameld en gedocumenteerd. Als verpleegkundigen binnen de afdeling, het team of de organisatie op een vaste wijze gegevens ordenen, is het eenvoudiger om dossiers te lezen. Zo bespaar je niet alleen tijd, ook het risico op fouten is minder groot.

## 4.5 Vastleggen

Het vastleggen van gegevens in de anamnese is cruciaal om goede zorg te kunnen bieden en continuïteit van zorg te bereiken (V&VN, 2022b). Het leidt tot een nauwkeurig en gestructureerd overzicht van de gezondheidstoestand, zorgbehoeften en wensen van de zorgvrager: het dossier. Het dossier van de zorgvrager dient als een centrale bron van informatie voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening. Goede en gestructureerde verslaglegging zorgt ervoor dat iedere zorgverlener op de hoogte is van wat de zorgvrager nodig heeft; daarnaast kan het bijdragen aan de besluitvorming. Bovendien kan de gezondheidstoestand van de zorgvrager op het moment van de afname van de anamnese worden vergeleken met latere momenten. Hierdoor kan bijvoorbeeld worden bepaald of de verpleegkundige interventies het beoogde en gewenste effect hebben gehad. Aandachtspunten:

- **Wees nauwkeurig en specifiek**  
Zorg ervoor dat de informatie die je vastlegt nauwkeurig, specifiek en gedetailleerd is. Vermijd vage termen en zorg ervoor dat de documentatie de exacte situatie en bevindingen weergeeft.
- **Documenteer in realtime**  
Idealiter leg je de informatie direct na het verzamelen vast. Dit minimaliseert het risico op het vergeten van belangrijke details en zorgt voor tijdige en actuele informatie.
- **Gebruik heldere taal**  
Schrijf in duidelijke en begrijpelijke taal (en gebruik de begrippen uit de classificatie). Vermijd jargon en medisch-technische termen die mogelijk niet bekend zijn bij andere zorgverleners.
- **Houd rekening met privacy en vertrouwelijkheid**  
Zorg ervoor dat de informatie in overeenstemming is met de privacywetgeving en de regels van gegevensbeveiliging. Bescherm de vertrouwelijkheid van de patiëntgegevens.
- **Noteer datum en tijd**  
Voeg data en tijdstempels toe aan de documentatie om een chronologisch overzicht van de zorg te behouden.

- **Wees objectief**  
Wees objectief in je documentatie en vermijd persoonlijke meningen. Beschrijf feitelijke bevindingen en observaties. Wanneer je toch iets subjectiefs wilt beschrijven, vermeld dan duidelijk dat het gaat om jouw interpretatie.
- **Documenteer zowel positieve als negatieve bevindingen**  
Het is belangrijk om zowel positieve als negatieve veranderingen of bevindingen vast te leggen, omdat dit helpt bij het volgen van de voortgang en het nemen van de juiste beslissingen.

In tabel 4.1 lees je een voorbeeld van een casus waarbij de anamnesegegevens onduidelijk zijn vastgelegd en een voorbeeld van hoe de anamnesegegevens wel op een duidelijke wijze zijn vastgelegd.

**Tabel 4.1** Het verschil tussen duidelijke en onduidelijke verslaglegging van de anamnesegegevens

Onduidelijke verslaglegging	Duidelijke verslaglegging
Meneer Noordzij heeft al enige tijd last van buikpijn. Hij voelt zich niet zo lekker.	Meneer Noordzij heeft sinds drie maanden last van een constante scherpe pijn in de rechteronderbuik. Hij geeft de pijn een 7 op een schaal van 0 tot 10. Hij geeft aan dat hij misselijk is en heeft afgelopen week tweemaal overgegeven.

In het voorbeeld van de onduidelijke verslaglegging wordt niet duidelijk waar de pijn precies zit en hoelang de pijn al aanwezig is. Hierdoor is het lastig voor andere zorgverleners om de situatie te begrijpen en de juiste zorg te geven. Bij de duidelijke verslaglegging komt goed naar voren op welke plaats de pijn zit, hoe intens de pijn is en hoelang de pijn al aanwezig is. Het biedt een duidelijk en objectief beeld van de gezondheidstoestand van de zorgvrager, waardoor er ook een diagnostiek en/of behandeling kan volgen.

## 4.6 Meetinstrumenten en tools

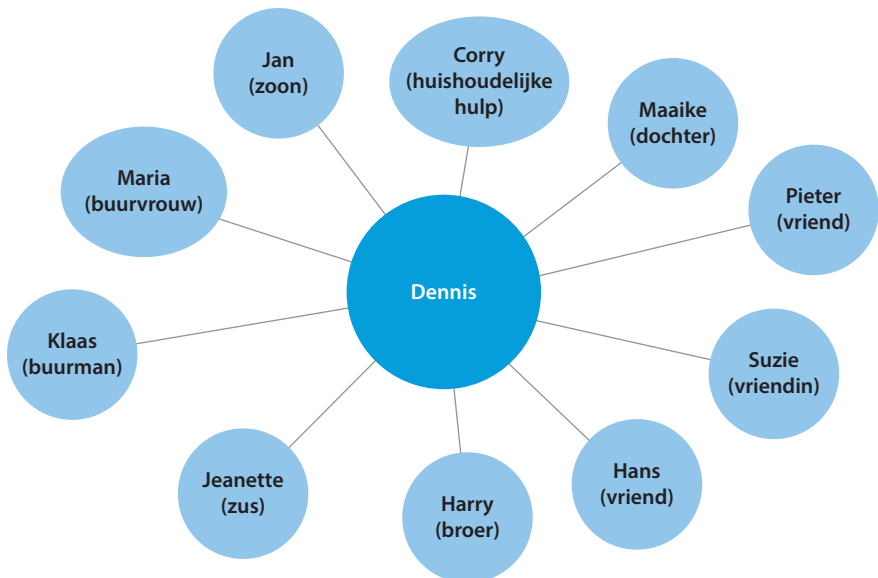
Ter ondersteuning van de eerste anamnese kun je allerlei meetinstrumenten en hulpmiddelen gebruiken om nog meer (objectieve) informatie te verzamelen. Welke instrumenten worden ingezet door de verpleegkundige, is onder andere afhankelijk van de situatie van de zorgvrager en van de zorgsetting waarin de verpleegkundige werkt. Door het gebruik van meetinstrumenten kun je de informatie objectief beschrijven, zonder termen als 'veel', 'weinig', 'groot' of 'klein'

te gebruiken. Deze termen zijn subjectief en hierdoor minder geschikt om in het verpleegkundig proces te gebruiken: ze kunnen leiden tot verwarring of miscommunicatie. Een voorbeeld hiervan is de mate van belasting van de mantelzorg. Als beschreven wordt dat de mantelzorg erg belast is, zegt dat minder dan wanneer een scoringslijst wordt gebruikt en er een cijfer wordt verbonden aan de belasting van de mantelzorg.

In de wijkverpleging en langdurige zorg is het bijvoorbeeld relevant om het volledige netwerk van de zorgvrager in beeld te brengen. Als een 30-jarige zorgvrager in een ziekenhuis wordt opgenomen met een gebroken enkel, kan het relevant zijn om het directe netwerk in kaart te brengen om te beoordelen in hoeverre de zorgvrager zich thuis, met hulp van naasten, kan redden. Uitvragen wie de administratie van het huishouden doet bijvoorbeeld is echter niet nodig, omdat dit niet relevant is voor de zorg-/hulpvraag.

#### 4.6.1 Het ecogram

Een instrument om het netwerk van een zorgvrager uitgebreid in beeld te brengen, is het **ecogram** (Zorg voor Beter, 2023). Een voorbeeld van het ecogram van de fictieve zorgvrager Dennis zie je in figuur 4.2.



**Figuur 4.2** Een ecogram

### 4.6.2 De Barthel-index

Een ander een meetinstrument dat je voor een zo objectief mogelijke anamnese kunt gebruiken, is de **Barthel-index**. Hiermee kun je de mate van zelfredzaamheid in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl) bepalen (zie tabel 4.2).

**Tabel 4.2** De Barthel-index (Meetinstrumenten in de zorg, 2023)

De Barthel-index		
Onderwerp	Score	Omschrijving
1. Darmen	0	Incontinent
	1	Af en toe een ongelukje
	2	Continent
2. Blaas	0	Incontinent of katheter en niet in staat daarmee om te gaan
	1	Af en toe een ongelukje (maximaal 1 x per 24 uur)
	2	Continent (langer dan 7 dagen)
3. Uiterlijke verzorging	0	Heeft hulp nodig
	1	Zelfstandig bij gezicht, haren, tanden en scheren
4. Toiletgang	0	Afhankelijk van anderen
	1	Heeft enige hulp nodig, maar kan sommige dingen zelfstandig
	2	Niet afhankelijk van anderen in het naar het toilet gaan, aankleden en afvegen
5. Eten	0	Niet in staat tot zelfstandig eten
	1	Heeft hulp nodig bij snijden en smeren
	2	Zelfstandig
6. Transfers van bed naar stoel en omgekeerd	0	Niet in staat tot zelfstandige transfer
	1	Veel hulp nodig (1-2 personen, lift)
	2	Weinig hulp nodig (aansturen)
	3	Zelfstandig
7. Mobiliteit	0	Kan zich niet zelfstandig verplaatsen
	1	Zelfstandig met rolstoel, inclusief hoeken van een kamer
	2	Loopt met hulp van 1 persoon
	3	Zelfstandig (eventueel met hulpmiddel zoals stok of rollator)



Onderwerp	Score	Omschrijving
8. Aan- en uitkleden	0	Niet in staat om zichzelf zelfstandig aan- en uit te kleden
	1	Heeft hulp nodig, maar kan ongeveer de helft zelfstandig
	2	Zelfstandig
9. Traplopen	0	Niet in staat tot traplopen
	1	Heeft hulp nodig (aansturing, hulpmiddel)
	2	Zelfstandig naar boven en beneden
10. Baden en douchen	0	Niet zelfstandig, heeft hulp nodig
	1	Zelfstandig

Uiteraard zijn er nog vele andere hulpmiddelen, meetinstrumenten en tools die je in de anamnese fase kunt gebruiken om de anamnesegegevens verder in kaart te brengen of te **objectiveren**.

#### **Meetinstrumentenzorg.nl**

Via de website [meetinstrumentenzorg.nl](http://meetinstrumentenzorg.nl) zijn honderden gevalideerde (wetenschappelijk bewezen en vastgestelde) vragenlijsten en instrumenten beschikbaar.

#### **4.6.3 Anamnese volgens de dertien domeinen van NANDA-I**

Een ander handig hulpmiddel is om de dertien domeinen van de NANDA-I als tussenkopjes te gebruiken in de anamnese. Door de verkregen informatie te koppelen aan de domeinen uit de NANDA-I, kun je makkelijker nagaan of je nog aanvullende informatie nodig hebt. De dertien domeinen zijn:

- 1 Gezondheidsbevordering
- 2 Voeding
- 3 Uitwisseling en uitscheiding
- 4 Activiteit en rust
- 5 Perceptie en cognitie
- 6 Zelfperceptie
- 7 Rollen en relaties
- 8 Seksualiteit
- 9 Coping en stresstolerantie
- 10 Waarden en normen
- 11 Veiligheid en bescherming
- 12 Comfort en welbevinden
- 13 Groei en ontwikkeling

- **Domein 1: Gezondheidsbevordering**

Dit domein benadrukt het proactieve en preventieve karakter van de verpleegkundige zorg, waarbij niet enkel wordt gehandeld als er al symptomen zijn, maar juist ook voordat een symptoom ontstaat. Dit domein richt zich op het verbeteren van de gezondheidstoestand en het bevorderen van het welzijn bij zorgvragers, families of gemeenschappen. Preventie – het voorkomen van gezondheidsproblemen in de toekomst – staat centraal, maar ook het nemen van maatregelen om de huidige gezondheid te optimaliseren wordt niet vergeten.

- **Domein 2: Voeding**

De voedingsstatus en eventuele problemen met betrekking tot voeding staan centraal in dit domein. Dat kan gaan om voeding van de zorgvrager zelf, van het hele gezin of van de gemeenschap. Er wordt binnen dit domein de nadruk gelegd op het belang van gezonde voeding voor het behouden van een optimale gezondheid en het voorkomen van eventuele complicaties of risico's. Verpleegkundigen kunnen waar nodig problemen signaleren met betrekking tot de voeding, het gewicht of een verandering in de behoefte van voedingsstoffen bij specifieke ziektebeelden of gezondheidsproblemen. Zo heeft iemand met een wond een grotere behoefte aan eiwitten ter bevordering van de wondgenezing. In dit domein kan ook beschreven worden of en in welke mate er sprake is van een specifieke behoefte aan (aanvullende) voedingsstoffen.

- **Domein 3: Uitwisseling en uitscheiding**

Bij uitscheiding denk je mogelijk al snel aan ontlasting en urine, maar onder dit domein vallen bijvoorbeeld ook de uitscheiding van afvalstoffen via de luchtwegen of zweten via de huid. Een goede balans tussen opname en uitscheiding is essentieel om de gezondheid optimaal te bevorderen.

- **Domein 4: Activiteit en rust**

Het domein van activiteit en rust richt zich op inspanning, fysieke activiteit en bewegingsmogelijkheden aan de ene kant en op het slaappatroon en de rustbehoefte aan de andere kant. Een goede balans tussen in- en ontspanning is van belang voor een optimaal welzijn van de zorgvrager. In dit domein is het cruciaal om duidelijk en specifiek te zijn bij beperkingen in de beweeglijkheid en mobiliteit. Als iemand zichzelf niet (volledig) kan verzorgen, wat zorgt er dan precies voor dat dit niet lukt? Gaat het bijvoorbeeld om krachtverlies in de vingers, of om een mobiliteitsbeperking in het schoudergewricht? Hoe specifieker dit beschreven wordt, hoe eenvoudiger het zal worden om passende diagnostiek, doelen en interventies te realiseren.

- **Domein 5: Perceptie en cognitie**

In dit domein staan zintuiglijke waarneming, cognitieve processen, emotionele reacties en psychosociale aanpassingen van de zorgvrager, families of gemeenschappen centraal. Het domein richt zich op het identificeren van veranderingen, verstoringen en potentiële risico's op het gebied van perceptie, bewustzijn, denk- en aanpassingsvermogen. Ook het geheugen en eventuele verwardheid komen naar voren.

- **Domein 6: Zelfperceptie**

Hoe kijkt de zorgvrager eigenlijk zelf tegen de situatie aan? Wat maakt de zorgvrager gelukkig? Wat houdt de zorgvrager op de been en gemotiveerd? Welke overwinningen heeft deze al bereikt en wat deed dit met de zorgvrager? Dit zijn slechts een paar vragen om erachter te komen hoe het is gesteld met de zelfperceptie van de zorgvrager. In dit domein ga je op zoek naar hoe de zorgvrager tegen zichzelf aankijkt en of hierin verbetering of optimalisatie mogelijk is. Het gaat niet alleen om het lichaamsbeeld, maar ook om de eigen identiteit en het gevoel van eigenwaarde.

- **Domein 7: Rollen en relaties**

Dit domein richt zich op de rollen van de zorgvrager in zijn leven, bijvoorbeeld de rol binnen het eigen gezin of de familie. Ook sociale isolatie, verstoorde relaties en eventuele rolconflicten komen ter sprake. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de zorgvrager door zijn ziekte de eigen rol als vader, moeder of partner niet meer (goed) kan vervullen. Daarnaast wordt in kaart gebracht hoe het netwerk van de zorgvrager eruitziet, wat de draagkracht en draaglast is en hoe het sociale netwerk betrokken kan worden bij de zorg voor de zorgvrager.

- **Domein 8: Seksualiteit**

Seksualiteit is vaak niet iets wat direct in de eerste vijf minuten van een anamnesegesprek wordt besproken, vanwege het taboe dat hierop rust. Echter, intimiteit en seksualiteit zijn wel degelijk basisbehoeften van de mens (Sant & Warmelink, 2020). Binnen dit domein worden de seksuele gezondheid, seksuele functies en seksuele identiteit van de zorgvrager in kaart gebracht. Het domein richt zich op het identificeren van eventuele verstoringen, uitdagingen en potentiële risico's op het gebied van seksuele beleving, seksuele functies, anticonceptie en reproductieve functies. Daarnaast kan er aandacht worden besteed aan de behoefte aan intimiteit en het al dan niet ervaren van voldoende intimiteit en nabijheid.

- **Domein 9: Coping en stresstolerantie**

Iedereen maakt in zijn leven veranderingen, stressvolle situaties en moeilijke situaties mee, maar niet iedereen gaat hier hetzelfde en even adequaat mee om. Dit domein vertoont overeenkomsten met de theorie van Positieve Gezondheid (zie paragraaf 2.1.2), waarin het omgaan met uitdagingen in het leven centraal staat. Het NANDA-I-domein richt zich op copingmechanismen, stressmanagement en emotionele veerkracht. Er is niet alleen aandacht voor eerder ervaren stress en het doormaken van veranderingen, maar ook voor toekomstige aanpassingen die nodig zijn in het kader van ziekte en gezondheid.

- **Domein 10: Waarden en normen**

In dit domein ga je samen met de zorgvrager op zoek naar wat nou echt belangrijk is in diens leven. Waar haalt de zorgvrager kracht uit? Dit kan bijvoorbeeld een geloofsovertuiging zijn, maar ook het hebben van autonomie in het leven, of veel contact met familieleden. Door uit te vinden wat belangrijk is voor de ander, kun je hier in de zorgverlening rekening mee houden en beter aansluiten op bestaande wensen en behoeften. In dit domein horen ook levensvragen of vragen over het levenseinde thuis. Denk bijvoorbeeld aan de keuze voor een bepaalde behandeling die levensverlengend zal werken, maar waardoor de kwaliteit van leven minder zal worden. Welke normen en waarden in het leven spelen voor de zorgvrager een rol bij het maken van een keuze?

- **Domein 11: Veiligheid en bescherming**

Dit domein richt zich op risico-inventarisatie van (potentiële) gevaren die de veiligheid van de zorgvrager beïnvloeden. Die veiligheid betreft niet enkel de fysieke veiligheid van zorgvragers (zoals valgevaar, risico op brandwonden, op letsel of op verstikking), maar ook de psychosociale veiligheid (zoals een onveilige thuissituatie of inperking van rechten van de zorgvrager door derden). Dit is een breed domein dat alles rondom de (ervaren) veiligheid en bescherming van en door het lichaam nader bekijkt en in kaart brengt.

- **Domein 12: Comfort en welbevinden**

Binnen dit domein gaat het niet enkel om fysieke factoren als ongemak, pijn en spanningen die het welbevinden negatief kunnen beïnvloeden, maar ook om alle andere factoren die het comfort en algeheel welzijn van mensen beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan slaapproblemen, misselijkheid, depressie en neerslachtigheid. Wat is de algehele levenskwaliteit van de zorgvrager op dit moment, hoe zou de zorgvrager dit graag in de toekomst zien en hoe kan dit geoptimaliseerd worden?

- **Domein 13: Groei en ontwikkeling**

Hieronder vallen alle kwesties met betrekking tot fysieke, psychosociale en cognitieve groei en ontwikkeling, zoals ontwikkelingsmijlpalen maar ook groeiachterstanden. Ook kun je de zorgvrager vragen stellen over wat deze nog graag zou willen in het leven, wat deze nog zou willen leren, of nog zo lang mogelijk zelfstandig wil (blijven) doen.

Bij het afnemen van de anamnese kun je gebruikmaken van een vaste vragenlijst die is gebaseerd op de domeinen van NANDA-I. Als je informatie verzamelt over alle domeinen, ontstaat er een holistisch beeld van de zorgvrager. Zeker als je nog niet veel anamneses hebt afgenomen, kan het lastig zijn om structuur aan te brengen in het anamnesegegesprek en om de juiste vragen te stellen. Daarom hebben we als bijlage een anamneseformulier opgenomen dat de domeinen van NANDA-I volgt.

## 4.7 Valkuilen en misvattingen

Er zijn enkele valkuilen en misvattingen rondom het afnemen van de anamnese en het verzamelen van informatie. De grootste valkuil is het niet volledig afnemen van de verpleegkundige anamnese. Dit kan verschillende redenen hebben, bijvoorbeeld tijdsgebrek, werkdruk of communicatieve uitdagingen bij de zorgvrager. Echter, niet grondig genoeg doorvragen of belangrijke informatie overslaan kan leiden tot een onvolledig beeld van de gezondheidstoestand van de zorgvrager, zoals bij mevrouw Claassen in de volgende casus.

### **Mevrouw Claassen**

Als verpleegkundige in het ziekenhuis werkt Meryem onder hoge tijdsdruk. Iedere dag komen er wel vijf tot tien nieuwe patiënten op de afdeling, die daar een korte tijd verblijven en vervolgens naar een andere afdeling of naar huis gaan. Hierdoor neemt Meryem regelmatig de anamnese af bij de patiënten.

In een dienst werd mevrouw Claassen op Meryems afdeling opgenomen met een complexe breuk in haar bovenarm. Toen Meryem in haar dossier keek, zag ze dat dit de vierde keer binnen twee jaar was dat mevrouw Claassen met een breuk werd opgenomen. Eerder was de verpleegkundige anamnese niet volledig afgenomen, waardoor Meryem geen volledig beeld kreeg van de patiënt. Toen ze met mevrouw Claassen in gesprek ging, kreeg ze het vermoeden dat die de breuken niet zomaar had opgelopen door een val of ongelukjes. In de dagen daarna heeft Meryem meerdere keren met haar en met de arts gesprekken gevoerd. Uiteindelijk kwam het hoge woord eruit bij mevrouw Claassen: ze werd al ruim vijf jaar lichame-lijk mishandeld door haar partner.

Meryem vertelt: 'Ik schaamde me, omdat dit tijdens de vorige opnames in het ziekenhuis niet ter sprake is gebracht en het ook niet gesignaleerd is door mij of mijn col-

lega's. Hadden we de anamnese eerder volledig uitgevraagd, dan was het probleem eerder gesignaleerd geweest en was misschien zelfs een nieuwe breuk voorkomen.'

Een tweede valkuil bij het afnemen van een anamnese is dat verpleegkundigen een eigen afweging maken in de domeinen, en ervoor kiezen om enkel de domeinen uit te vragen die gerelateerd zijn aan het (medische) probleem waarvoor de verpleegkundige is ingeschakeld. Hierdoor ontstaat meer taakgericht dan holistisch verplegen en wordt niet het hele verhaal van zorgvrager in kaart gebracht. Bijvoorbeeld: bij een zorgvrager met COPD of hartfalen bij wie vermoeidheid een belangrijk symptoom is, zullen de domeinen 'uitwisseling en uitscheiding', 'activiteit en rust', 'rollen en relaties' en 'comfort en welbevinden' vermoedelijk het meest worden uitgediept. Bij een zorgvrager met een ontregelde bloedglucosewaarde door diabetes mellitus zullen voornamelijk de domeinen 'gezondheidsbevordering' en 'voeding' in kaart worden gebracht. Echter, het échte probleem kan ook gelinkt zijn aan eenzaamheid of coping. Als hier niet naar gevraagd wordt, zal de verpleegkundige hier ook niet snel achter komen. Het is een valkuil voor verpleegkundigen, zeker als de verpleegkundige een bepaalde specialisatie heeft, dat ze een kokervisie ontwikkelen en niet meer breed kijken.

Een derde valkuil is om in de anamnese te weinig aandacht te besteden aan niet-fysieke aspecten. Vooral binnen de **somatische zorg**, ziekenhuiszorg, wijkverpleging en verpleeghuiszorg blijken verpleegkundigen de focus bij het uitvragen van de anamnese met name te leggen op het fysieke domein (Ludmir & Small, 2018). Ze vragen veel informatie uit over welke beperkingen de zorgvrager ervaart op het gebied van fysieke problemen, maar minder over bijvoorbeeld psychosociale en spirituele problemen. Het verschilt per zorgvrager wat nou echt belangrijk is in diens leven.

Een vierde valkuil bij het in kaart brengen van de zorgvrager is vooringemenheid en stereotypering. Vooroordelen en stereotypen over bepaalde groepen zorgvragers kunnen de objectiviteit van de verpleegkundige beïnvloeden en kunnen leiden tot onjuiste verpleegkundige diagnostiek en/of het bagatelliseren of juist dramatiseren van signalen en symptomen van een zorgvrager. Het is ook van belang dat de verpleegkundige rekening houdt met eventuele culturele verschillen. Het negeren van culturele aspecten kan namelijk leiden tot misverstanden of het niet goed begrijpen van de gezondheidstoestand van de zorgvrager, zoals bij mevrouw Nkosi.

#### **Mevrouw Nkosi**

Mevrouw Nkosi komt uit Kameroen en woont sinds een aantal jaar in Nederland. Ze heeft kanker en gebruikt regelmatig sterke pijnstillers. Op een ochtend treft verpleegkundige Tabe haar schreeuwend en huilend van de pijn aan in haar bed. Tabe heeft geleerd dat mensen met Afrikaanse roots vaak een andere beleving hebben van, en een andere uiting geven aan, pijn, en daardoor neemt hij de pijn vaak min-

der serieus. Dit keer is het echter anders: mevrouw Nkosi heeft geen pijn op de plek waar je dat zou verwachten als gevolg van haar kanker, maar in haar onderbuik. Als Tabe haar shirt optilt, ziet hij dat haar buik blauw is.

De arts maakt onmiddellijk een echografie van de buik, waaruit blijkt dat er een actieve bloeding in de buik zit. Ze wordt direct geopereerd. Tabe is blij dat hij in deze situatie de pijn niet gebagatelliseerd heeft, maar serieus heeft genomen.



### Reflectieopdracht

Hoe voer jij een anamnese gesprek? Welke hulpmiddelen gebruik je tijdens het gesprek om een compleet beeld van jouw zorgvrager te krijgen? Hoe objectiever jij de gegevens die je hebt verzameld?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de website en maak de oefentoets *Anamnese* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 4.8 Take home messages

De anamnese is de eerste stap in het verpleegkundig proces. Deze stap is essentieel, omdat de volgende stappen voortborduren op de gegevens uit de anamnese. De verpleegkundige anamnese bestaat niet alleen uit het verkrijgen van mondelinge informatie van de zorgvrager zelf, maar kan worden aangevuld met informatie uit de (verpleegkundige) overdracht en informatie van naasten, zorgverleners of andere betrokkenen bij de zorgvrager. Samen met lichamelijk onderzoek, gegevens uit aanvullend onderzoek en je eigen observaties als verpleegkundige ontstaat er een holistisch beeld van de zorgvrager.

Voor dat holistische beeld van de zorgvrager wordt tijdens de anamnese informatie verzameld uit alle verschillende domeinen van het classificatiesysteem dat je organisatie gebruikt. Door een classificatiesysteem te gebruiken, weet je als verpleegkundige zeker dat je alle domeinen hebt bekeken. Zo krijg je een volledig beeld.

Het objectief en duidelijk beschrijven van de gegevens in de anamnese is van groot belang om ervoor te zorgen dat er weinig tot geen ruimte overblijft voor collega's om de gegevens anders te interpreteren dan bedoeld. Om dit te bereiken, moeten vage termen zoals 'veel', 'weinig', 'groot' en 'klein' worden vermeden. Meetinstrumenten kunnen een bijdrage leveren aan het objectief beschrijven van gegevens die in de anamnese worden verzameld.

Met de gegevens die in de anamnese worden verzameld, kan de verpleegkundige op zoek naar de juiste verpleegkundige diagnoses. Daar gaat het volgende hoofdstuk over.

# 5 Diagnose

Als je alle informatie uit de anamnese hebt doorgenomen en de zorgvrager goed in beeld hebt, kun je verpleegkundige diagnoses gaan stellen. Je begint met hypothetische diagnoses. De definitieve verpleegkundige diagnose stel je pas als je de hypothetische diagnose hebt voorgelegd aan de zorgvrager en die zich erin herkent. In dit hoofdstuk lees je meer over de opbouw van de verpleegkundige diagnoses, hoe ze kunnen worden vastgesteld en hoe je ze gedegen kunt onderbouwen.

Na dit hoofdstuk:

- ken je het belang van goede verpleegkundige diagnostiek;
- weet je hoe een verpleegkundige diagnose tot stand komt;
- ben je in staat om de PES-structuur toe te passen;
- ken je de meest voorkomende valkuilen en misvattingen van de verpleegkundige diagnostiek.

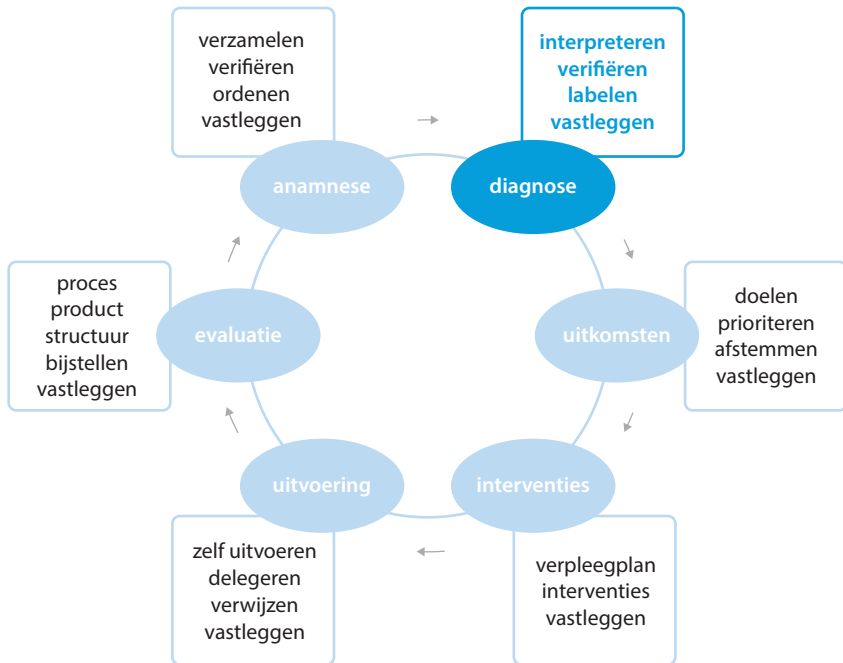
## 5.1 Het belang van een goede verpleegkundige diagnose

Een verpleegkundige diagnose is een klinisch oordeel over de ervaring of reacties van een individu, gezin, groep of gemeenschap op actuele of potentiële gezondheidscondities of levensprocessen (Herdman et al., 2021). Het is een vaststelling van iemands feitelijke of mogelijke reacties op gezondheidsproblemen of levensprocessen, op grond waarvan verpleegkundige zorg kan worden verleend.

Meestal staat een verpleegkundig probleem niet op zichzelf, maar wordt het ergens door veroorzaakt. Er is dus samenhang te vinden in meerdere verpleegkundige diagnoses. Vaak zie je bij zorgvragers met **comorbiditeit** (zorgvragers met een of meerdere chronische ziektebeelden naast de ziekte waarvoor ze hoofdzakelijk worden behandeld) ook twee zogenoemde **probleemclusters**: een somatische lijn die ontstaat door een medische aandoening en daarnaast een copinglijn die ontstaat door de reactie van de zorgvrager op de aandoening.

Een verpleegkundige diagnose vormt de basis voor een selectie van verpleegkundige interventies waarmee zorguitkomsten worden bereikt, en waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijkheid draagt (Herdman et al., 2021). Je begint met een hypothetische diagnose: de diagnose die je op basis van de verzamelde informatie denkt te kunnen stellen. Je moet de hypothetische diagnose dan nog testen. Om de hypothetische diagnose vast te kunnen stellen, kijk je altijd naar het totaalplaatje: het probleem, de oorzaak en de bijbehorende klachten of verschijnselen.





**Figuur 5.1** Het verpleegkundig proces: diagnose (Rosendal & Van Dorst, 2019)

De verpleegkundige diagnoses die bij een zorgvrager worden vastgesteld, kunnen een voorspellende bijdrage leveren, bijvoorbeeld voor de lengte van een ziekenhuisopname (Paans et al., z.d.). De verpleegkundige heeft de verantwoordelijkheid om de juiste verpleegkundige diagnose vast te stellen als basis voor de zorg die de verpleegkundige gaat uitvoeren, net zoals een arts de verantwoordelijkheid heeft voor het vaststellen van een medische diagnose zodat de juiste behandeling kan worden gegeven.

## 5.2 Interpretieren

Om een verpleegkundige diagnose te stellen, moet je de anamnesegegevens interpreteren: je moet de verzamelde informatie goed begrijpen en patronen, verbanden en mogelijke oorzaken identificeren. Je begint met het analyseren van de **subjectieve gegevens** (wat de zorgvrager vertelt en ervaart) en de **objectieve gegevens** (wat de verpleegkundige heeft waargenomen). Hierbij let je op relevante symptomen, risicofactoren, gedragingen, fysieke en emotionele reacties, en eventuele veranderingen in de gezondheidstoestand van de zorgvrager.

Bij de interpretatie zoek je naar samenhang tussen en betekenis in de gegevens. Het gaat erom het verband te leggen tussen verschillende symptomen en bevindingen, mogelijke onderliggende oorzaken te identificeren en de invloed van de gezondheidsgeschiedenis, leefstijl en sociale context van de zorgvrager te begrijpen. De vastgestelde verpleegkundige diagnose moet relevant zijn en passen bij de unieke behoeften van de zorgvrager. De verpleegkundige stelt een verpleegkundig probleem vast. Dat kan variëren van fysieke symptomen tot psychosociale uitdagingen en leefstijlproblemen.

### 5.2.1 Klinisch redeneren, verpleegkundig redeneren en kritisch denken

Als verpleegkundige maak je gebruik van **klinisch redeneren** en pas je je professionele kennis en ervaring toe om verschillende mogelijke diagnoses te overwegen en te evalueren welke het beste aansluit bij de verzamelde gegevens. Klinisch redeneren is tweeledig:

- 1 je koppelt je eigen observaties en interpretaties aan medische kennis;
- 2 je denkt na over problemen van zorgvragers in een klinische setting.

**Verpleegkundig redeneren** sluit hier goed op aan, alleen kijk je hierbij niet alleen naar de observaties, maar houd je ook rekening met de fysieke, psychosociale, emotionele en culturele aspecten van de zorgvrager. De nadruk ligt op de specifieke kennis, vaardigheden en beoordelingsprocessen die verpleegkundigen nodig hebben om de zorgvrager de beste zorg te bieden.

Naast verpleegkundig en klinisch redeneren pas je tijdens het doorlopen van het verpleegkundig proces ook kritisch denken toe. **Kritisch denken** doen we in ons gewone leven ook en is gericht op problemen oplossen en besluiten nemen. Kritisch denken vereist reflectief vermogen op het wat en waarom van je denken en je uiteindelijke doen. We bevragen wat we willen doen, of we de juiste afwegingen maken. Dat kritisch denken doen we ook professioneel in de klinische context. Daarin gebruik je jouw klinische kennis en toets je of wat je denkt te zien, klopt en feitelijk aanwezig is. Je toetst dus kritisch jouw beeld van de situatie.

Het is in deze fase van belang dat je geen aannames doet, dat je systematisch te werk gaat en dat je de juistheid van wat je denkt te zien ook toetst. Met je klinische kennis zie je de verbanden tussen mogelijke diagnoses en trek je conclusies op basis van vaststellingen.

Een voorbeeld: tijdens het anamnesegeprek denk je steeds dat je angst hoort in het verhaal van je zorgvrager. Je moet dan nagaan of dat klopt, voordat je de diagnose ‘angst’ vaststelt. Angst kan een diagnose zijn, maar ook een kenmerk (symptoom) of een samenhangende factor (oorzaak) van een andere diagnose. Aannames doen zonder te toetsen, kan leiden tot de verkeerde diagnose. Toetsen kan natuurlijk bij de zorgvrager, maar je kunt ook de hypothetische diagnose ge-

bruiken en doorvragen op de elementen die zijn beschreven in de NANDA-I; de samenhangende factoren en de bepalende kenmerken (zie de diagnosematrix in paragraaf 5.7 (tabel 5.1)). Kijk bijvoorbeeld naar alle diagnoses waarin het woord ‘angst’ voorkomt. Als je denkt aan de diagnose ‘angst’, vraag dan door bij de zorgvrager op de definitie: zijn de andere kenmerken die jij nog niet gezien hebt wel of niet aanwezig en welke samenhangende factoren zijn aanwezig? Angst kan bijvoorbeeld een kenmerk zijn van de diagnose ‘ineffectieve planning van activiteiten’, maar angst is ook een samenhangende factor bij ‘defensieve coping’. Vaak kom je via de eerste hypothetische diagnose bij mogelijke andere diagnoses en toets je bij de zorgvrager wat er daadwerkelijk vastgesteld kan worden. Hier zijn jouw communicatieve vaardigheden van groot belang, omdat dit geen gemakkelijke gesprekken zijn. Een basis van professioneel vertrouwen is noodzakelijk.

## 5.3 Verifiëren

Het verifiëren van verpleegkundige diagnoses is essentieel voor de juiste verpleegkundige diagnostiek, omdat er dan een nauwkeurig en betrouwbaar beeld van de gezondheidstoestand van de zorgvrager ontstaat. Als je twijfelt over een bepaalde diagnose, kun je de diagnose verifiëren door te overleggen met collega-verpleegkundigen, multidisciplinaire teams en – misschien wel het belangrijkste – met de zorgvrager en diens naasten. Deze samenwerking en communicatie dragen bij aan een grondige en objectieve evaluatie van de gestelde diagnoses, en voorkomen fouten als gevolg van eenzijdige of onjuiste interpretatie. Het verificatieproces bevordert een holistische benadering van diagnostiek en draagt eraan bij dat de uiteindelijke verpleegkundige diagnoses zowel nauwkeurig als geschikt zijn om effectieve zorgplannen te ondersteunen.

### 5.3.1 Empathie jegens de zorgvrager

Bij het vaststellen van de verpleegkundige diagnose is een **empathische benadering** van groot belang. Dit omvat het actief luisteren naar de zorgvrager, open vragen stellen om inzicht te krijgen in hun ervaringen en perspectieven, en duidelijke uitleg geven over de vastgestelde verpleegkundige diagnoses en hun betekenis. Door de zorgvrager te betrekken bij de diagnosestelling, erkent de verpleegkundige de expertise en het unieke begrip van de zorgvrager over diens eigen gezondheid en welzijn.

Dit proces is belangrijk omdat het de autonomie, zelfredzaamheid en eigen regie van de zorgvrager respecteert en bevordert. Ook kunnen de zorgbehoeften en doelen van de zorgvrager beter worden geïntegreerd in het zorgplan. Dit verbetert de **therapietrouw**, tevredenheid en het algemene welzijn van de zorgvrager. Bovendien raakt de zorgvrager meer betrokken bij het eigen zorgproces, wat uitein-

delijk resulteert in betere uitkomsten en een versterkt gevoel van vertrouwen. Dit bevordert een partnerschap tussen de verpleegkundige en de zorgvrager, waarbij ze gezamenlijk bepalen welke diagnoses voor de zorgvrager prioriteit hebben. De zorgvrager en verpleegkundige zijn gedurende dit proces gelijkwaardig aan elkaar. Alleen op deze wijze kan er een gezamenlijk besluit genomen worden.

Belangrijk is of de zorgvrager de diagnose (h)erkent of ontkent. Als een zorgvrager een bepaalde diagnose ontkent, dan wordt het voor de verpleegkundige namelijk bijzonder lastig om interventies in te zetten en zo de diagnose te beïnvloeden.

## 5.4 Labelen

De verpleegkundige labelt diagnoses door ze te formuleren met termen uit het classificatiesysteem die de essentie van het probleem, de mogelijke oorzaak en relevante bevindingen weergeven. Deze labels moeten een beknopte beschrijving zijn van de geïdentificeerde gezondheidsproblemen van de zorgvrager. Het labelen van verpleegkundige diagnoses is belangrijk omdat het helpt bij het communiceren over de diagnose met andere zorgverleners. Het is de basis voor een effectieve zorgplanning en -uitvoering. Het gebruik van een classificatiesysteem is dan ook essentieel.

### 5.4.1 De PES-structuur

Het labelen van een verpleegkundige diagnose gebeurt aan de hand van de PES-structuur. De afkorting PES staat voor *Problem* (probleem), *Etiology* (oorzaak) en *Symptoms* (symptomen):

- **Probleem**  
In dit deel wordt het specifieke gezondheidsprobleem van de zorgvrager geïdentificeerd en beschreven. Het probleem wordt op een duidelijke en beknopte manier geformuleerd, zodat het direct aangeeft wat de kern van de diagnose is.
- **Etiologie (oorzaak)**  
Hier wordt de mogelijke oorzaak of de factoren die hebben bijgedragen aan het ontstaan van het probleem aangegeven. Dit helpt bij het begrijpen van de onderliggende mechanismen die hebben geleid tot de symptomen. Bij NANDA-I wordt de **etiologie** beschreven als 'samenhangende factoren' en 'samenhangende aandoening'.

- **Symptomen**

Dit gedeelte omvat de specifieke symptomen, signalen en bevindingen die de basis vormen van de diagnose. Het beschrijft hoe het probleem zich manifesteert en wat de waarneembare en meetbare indicatoren zijn.

Bij het formuleren van een verpleegkundige diagnose volgens de PES-structuur begin je met het identificeren van het probleem. Je formuleert het probleem duidelijk (probleem). Vervolgens kijk je naar oorzaken of factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het probleem (etiologie). Tot slot beschrijf je de symptomen en bevindingen die de diagnose ondersteunen nauwkeurig (symptomen). Bij het labelen volgens de PES-structuur wordt de terminologie gehanteerd van het classificatiesysteem dat de zorgorganisatie gebruikt.

Een voorbeeld van de PES-structuur volgens NANDA-I luidt:

- **Probleem:** acute pijn
- **Etiologie:** letsel door lichamelijke oorzaken
- **Symptomen:** gezichtsuitdrukking van pijn, afleidend gedrag, eetlustverandering en een pijnverminderende lichaamshouding

NANDA-I hanteert iets andere termen dan bij PES: ‘etiologie’ is ‘samenhangende factoren’ en ‘symptomen’ zijn ‘bepalende kenmerken’ (zie figuur 5.2).

<b>PES:</b>	<b>Probleem</b>	gerelateerd aan	<b>Etiologie</b>	zich uitend in	<b>Symptomen</b>
<b>NANDA-I:</b>	<b>NANDA-I-label</b>	gerelateerd aan	<b>Samenhangende factoren</b>	zich uitend in	<b>Bepalende kenmerken</b>
<b>Voorbeeld:</b>	<b>Acute pijn</b>	gerelateerd aan	<b>Letsel door lichamelijke oorzaken</b>	zich uitend in	<b>Gezichtsuitdrukking van pijn, afleidend gedrag, eetlustverandering, pijnverminderende lichaamshouding</b>

**Figuur 5.2** De NANDA-I-classificatie binnen de PES-structuur

De PES-structuur ondersteunt bij het helder en gestructureerd communiceren van verpleegkundige diagnoses en biedt een overzichtelijke manier om de relevante informatie over het gezondheidsprobleem van de zorgvrager te presenteren.

### 5.4.2 Probleemdiagnoses, bereidheidsdiagnoses en risicodiagnoses

In de NANDA-I staan niet alleen **probleemdiagnoses**, maar ook bereidheidsdiagnoses en risicodiagnoses. Met een **bereidheidsdiagnose** kun je bijvoorbeeld toetsen of de zorgvrager daadwerkelijk bereid is om de eigen situatie te verbeteren. En bij een **risicodiagnose** kun je aantonen dat er een gegrond risico is, omdat bij de zorgvrager meerdere risicofactoren vastgesteld zijn.

### 5.4.3 Diagnoses clusteren

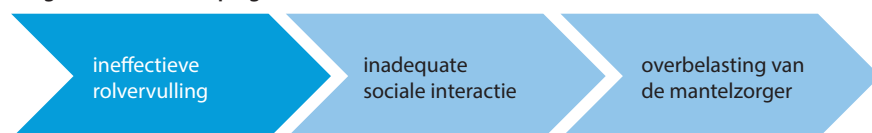
Het clusteren van verpleegkundige diagnoses is een manier om de zorgbehoeften van zorgvragers te groeperen en te organiseren. Dit kan de zorg efficiënter maken en het helpt om de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de zorgvrager. Je kunt diagnoses op verschillende manieren clusteren, bijvoorbeeld op basis van de aard van de diagnose, de ernst van de diagnose of de aandoening van de zorgvrager. In de verpleegkunde clusteren we diagnoses op basis van de samenhang tussen verschillende factoren, waarbij we op zoek gaan naar oorzaken en gevolgen.

Een zorgvrager heeft vaak meerdere diagnoses, die in een oorzaak-gevolglijn ontstaan zijn. Er is een soort van keten van diagnoses. Het is belangrijk dat je deze oorzaak-gevolglijn herkent, ook omdat er vaak sprake is van een somatische lijn en een copinglijn (zie figuur 5.3). De diagnose geeft namelijk richting aan je doelen. Je wilt graag de oorzaak van een probleem oplossen, omdat je dan het gehele probleem op kunt lossen. Als er veel verpleegkundige diagnoses zijn, zul je keuzes moeten maken in welke diagnoses nog positief te beïnvloeden zijn en dus in een zorgplan opgenomen dienen te worden.

#### Somatische diagnoses:



#### Diagnoses rondom coping:



**Figuur 5.3** Een keten van diagnoses; de eerste keten bevat somatische diagnoses, de tweede keten bevat diagnoses rondom coping

## 5.5 Vastleggen

Als je de verpleegkundige diagnoses hebt gelabeld, moet je de diagnoses uniform vastleggen. Dit doe je op een gestructureerde, nauwkeurige en goed georganiseerde manier in het verpleegkundig dossier. In duidelijke en beknopte taal beschrijf je de diagnose volgens de PES-structuur. Het is belangrijk om de verpleegkundige diagnoses te integreren in het bredere klinische beeld van de zorgvrager en ze te koppelen aan relevante anamnesegegevens, observaties, ziektebeelden, laboratoriumresultaten en andere relevante informatie. Zo ontstaat er een volledig, holistisch en juist beeld van de zorgvrager.

Het juist en zorgvuldig vastleggen van verpleegkundige diagnoses is belangrijk omdat dit de communicatie en samenwerking binnen het zorgteam verbetert. Zorgverleners moeten eenvoudig en snel kunnen begrijpen wat de diagnose inhoudt, welke problemen er spelen, welke symptomen er zijn en welke oorzaken ten grondslag liggen aan deze problemen. Een nauwkeurige en gestructureerde documentatie helpt hierbij. Bovendien dient de documentatie van de verpleegkundige diagnoses als een juridisch en ethisch verantwoord verslag van de zorg die aan de zorgvrager is verleend. Het biedt inzicht in de denkwijze van de verpleegkundige en de gevolgde besluitvorming. Goed vastgelegde verpleegkundige diagnoses ondersteunen daarom hoogwaardige en gepersonaliseerde zorg en dragen bij aan positieve zorguitkomsten.

## 5.6 Zorgvrager in context

De zorgvrager bepaalt uiteindelijk wat je als verpleegkundige wel of niet kunt doen. Daarbij speelt de interactie in de relatie een grote rol. Als je er bijvoorbeeld niet in slaagt het vertrouwen van een zorgvrager te winnen, dan zal er tussen jullie ook geen goede samenwerking ontstaan voor het zorgplan. Als een zorgvrager een verpleegkundige diagnose ontkent of niet herkent, dan is het niet handig om doelen en interventies te kiezen die deze diagnose kunnen verbeteren. Kortom: de voorkeuren en wensen van de individuele zorgvrager zijn bepalend voor het succes van de zorgrelatie.

### 5.6.1 Eigen regie en zelfredzaamheid

Het komt vaak voor dat verpleegkundigen handelingen van de zorgvrager overnemen die de zorgvrager zelf kan. De bedoelingen zijn vaak goed, maar in de praktijk heeft het vaak een ongewenst effect. Enerzijds omdat de zorgvrager zich aangetast kan voelen in de eigenwaarde, anderzijds omdat de zorgvrager zo minder zelfstandig zal worden/blijven, wat de kwaliteit van leven zal verminderen.

Er is een duidelijk positief verband tussen zelfstandigheid en levensverwachting, oftewel: hoe minder zelfstandig de zorgvrager is, hoe groter de kans op eerder overlijden (Da Silva et al., 2020). We willen als verpleegkundigen juist dat de kans op vroeg overlijden afneemt en dat de ervaren kwaliteit van leven zo hoog mogelijk is – en dus is het niet meer dan logisch om de zorgvrager zo zelfstandig mogelijk te maken en te laten zijn.

### **‘Alles wat de zorgvrager zelf kan, doet de zorgvrager zelf!’**

Het is dus van groot belang om in kaart te brengen wat de zorgvrager zelf kan en wat naasten eventueel kunnen betekenen. Soms kost de zorg hierdoor meer tijd, maar hij levert ook meer op in de ervaren kwaliteit van leven. Het gaat niet alleen maar om het wassen en omkleden van de zorgvrager, maar bijvoorbeeld ook om het beheren van medicatie en het turven van de frequentie van de ontlasting. In intramurale zorgsettingen wordt dit veelal van de zorgvrager overgenomen. Waarom kan een zorgvrager die thuis zijn eigen medicatie beheert, dit in het ziekenhuis plotseling niet meer? Waarom moet de verpleegkundige drie keer per dag vragen of de zorgvrager al ontlasting heeft gehad, terwijl de zorgvrager wel zelfstandig naar het toilet kan gaan? Een simpele voorlichting is vaak afdoende om de zorgvrager hierin zelfstandiger te maken.

Uiteraard zijn er uitzonderingen. Als er veel wisselingen zijn in de dosering of het soort medicatie, is de kans op medicatiefouten groter. De zorgvrager zou er echter ook voor moeten kunnen kiezen om dit te accepteren en de eigen zelfstandigheid te behouden.

In de dagelijkse praktijk wordt bij de anamnese veelal gefocust op wat de zorgvrager niet kan en wat de zorgprofessional kan doen om dit op te lossen of over te nemen van de zorgvrager. De laatste jaren is er wel meer aandacht voor zelfredzaamheid, zowel in de opleiding van verpleegkundigen als in de praktijk. Maar veel verpleegkundigen hebben een blinde vlek: ze denken de zelfredzaamheid van de zorgvrager te bevorderen door de zorgvrager te stimuleren om zichzelf te wassen en aan te kleden. Vervolgens houden dezelfde verpleegkundigen lijsten bij met de frequentie van de ontlasting en turven ze ieder glas drinken – terwijl ook dit taken zijn die de zorgvrager prima zelf kan uitvoeren. Veel zorgvragers kunnen omgaan met een mobiele telefoon of tablet, dus ze kunnen deze dingen makkelijk digitaal bijhouden. Hetzelfde geldt voor het bijhouden van medicatiegebruik of het uitvoeren van een (digitaal begeleid) oefenprogramma om te mobiliseren. Dit zijn slechts enkele voorbeelden van wat verpleegkundigen momenteel niet verwachten van zorgvragers, maar wat een groot deel van de zorgvragers wel degelijk zelfstandig (of met een beetje hulp van de omgeving) kan.



## 5.7 Meetinstrumenten en tools

NANDA-I leent zich uitermate goed voor het vaststellen van diagnoses. Als uit je anamnese al aanwijzingen naar voren komen dat er zorgproblemen aanwezig zijn, dan kun je via de PES-structuur toetsen of wat je observeert ook daadwerkelijk aanwezig is. Klopt de definitie met wat je denkt te zien? Zijn er kenmerken van deze diagnose aanwezig? En welke samenhangende factoren en medische oorzaken zijn er? Als op alle vragen positief geantwoord kan worden, dan kun je de verpleegkundige diagnose vaststellen.

Een hulpmiddel bij het in kaart brengen en afwegen van diagnoses is de **diagnosematrix**. Hiermee kun je duidelijk aangeven welke diagnoses je vaststelt, parkeert en elimineert. Bij een diagnose kan worden vastgesteld wanneer de definitie klopt (P), of er meer dan één samenhangende factor aanwezig is (E) en of er meerdere bepalende kenmerken aanwezig zijn (S). Bij een probleemdiagnose zullen er geen bepalende kenmerken (S) aanwezig zijn. Wel is er dan minimaal één risicofactor aanwezig (E). Bij een bereidheidsdiagnose ontbreekt de etiologie (E), maar is wel vastgesteld of er sprake is van echte bereidheid van de zorgvrager.

Een diagnose kan bijvoorbeeld worden geparkeerd als de zorgvrager (nog) niet kan of wil werken aan de diagnose of wanneer de diagnose (nog) niet bespreekbaar is doordat er een beperkte vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en zorgvrager is.

Als een diagnose toch niet blijkt te kloppen of niet goed blijkt aan te sluiten, kan een diagnose geëlimineerd worden. Dit gebeurt wanneer de definitie van de diagnose niet aansluit op de zorgvrager (P), er geen samenhangende factoren aanwezig zijn (E) of wanneer er geen bepalende kenmerken aansluiten op de zorgvrager (S). Een risicodiagnose wordt geëlimineerd wanneer de definitie niet klopt (P) of wanneer er geen risicofactoren aanwezig zijn (E). Bij een bereidheidsdiagnose kan eliminatie nodig zijn wanneer de definitie niet aansluit (P), er geen of onvoldoende bereidheid is vanuit de zorgvrager en/of wanneer er geen bepalende kenmerken aanwezig zijn (S).

In de diagnosematrix kunnen de hypothetische diagnoses worden opgesomd en stuk voor stuk kritisch worden bekeken en gewogen via de onderbouwing van de PES-structuur (zie tabel 5.1).

**Tabel 5.1** De diagnosematrix (SBW, 2023)

Een <i>hypothese</i> is een veronderstelling of aanname, waarvan nog bewezen moet worden of deze juist is of niet. Vermeld van welke diagnose(s) sprake zou kunnen zijn op basis van je anamnesegegevens.			
Er zijn drie soorten diagnoses:	Je stelt een diagnose vast als:	Je elimineert een diagnose als:	Je parkeert een diagnose als:
<b>Probleemdiagnose</b> (actueel probleem)	<b>1</b> de definitie klopt (P)  <b>én</b> <b>2</b> de bepalende kenmerken aanwezig zijn (S)  <b>én</b> <b>3</b> er minimaal 1 samenhangende factor aanwezig is (E)	<b>1</b> de definitie niet klopt  <b>en/of</b> <b>2</b> er geen van de bepalende kenmerken aanwezig is  <b>en/of</b> <b>3</b> de bepalende kenmerken niet aansluiten op de casus  <b>en/of</b> <b>4</b> er geen samenhangende factor aanwezig is	<b>1</b> de diagnose (nog) niet bespreekbaar is, bijv. bij een beperkt opgebouwde vertrouwensrelatie  <b>of</b> <b>2</b> de zorgvrager (nog) niet aan de diagnose wil werken
<b>Risicodiagnose</b> (potentieel probleem)	<b>1</b> de definitie klopt (P)  <b>én</b> <b>2</b> er minimaal 1 risicofactor aanwezig is (E)	<b>1</b> de definitie niet klopt  <b>en/of</b> <b>2</b> er geen risicofactor aanwezig is	
<b>Bereidheidsdiagnose</b> (diagnose voor gezondheidsbevordering/wellness)	<b>1</b> de definitie klopt (P)  <b>én</b> <b>2</b> er minimaal 1 bepalend kenmerk is (S)  <b>én</b> <b>3</b> je échte bereidheid vaststelt/verwacht	<b>1</b> de definitie niet klopt  <b>en/of</b> <b>2</b> er geen bepalend kenmerk aanwezig is  <b>en/of</b> <b>3</b> je geen of onvoldoende échte bereidheid vaststelt/verwacht	
Lukt het je niet een diagnose vast te stellen? Zoek door! Vraag je af of je 'probleem' misschien een symptoom (S) of oorzaak (E) is van een ander probleem (P).			

## 5.8 Valkuilen en misvattingen

Als je een verpleegkundige diagnose vaststelt, zijn er enkele valkuilen waar je als verpleegkundige rekening mee moet houden.

Ten eerste wordt er voor de PES-structuur soms gebruikgemaakt van een andere terminologie dan het gebruikte classificatiesysteem. Daardoor kan er onduidelijkheid ontstaan als collega's het zorgplan lezen, door verschillen in definitie.

Ten tweede wordt er vaak niet zorgvuldig geformuleerd. Als we bijvoorbeeld spreken over een mobiliteitstekort, is niet direct duidelijk in welk lichaamsdeel of bij welke bewegingen er precies een tekort in de mobiliteit aanwezig is. Als je dit zo specifiek mogelijk omschrijft, ontstaat een eenduidig en volledig beeld van de diagnose, de onderliggende etiologie en de symptomen.

Een derde valkuil bij het opstellen van de PES is het opnemen van een ziektebeeld of medische diagnose. Ziektebeelden en medische diagnoses horen niet in de PES thuis. Ze worden immers niet behandeld door de verpleegkundige. Verpleegkundigen behandelen en verplegen de *reacties* van de zorgvrager op het ziektebeeld of de medische diagnose. Door het ziektebeeld op te nemen in de PES, kan onterecht worden aangenomen dat de verpleegkundige het ziektebeeld behandelt.

Bij het opstellen van de PES – en zeker bij de vervolgstappen in het verpleegkundig proces – zal de focus waar mogelijk liggen op de etiologie (E). Als je als verpleegkundige de etiologie van het probleem kunt beïnvloeden, dan moet hier ook je focus op liggen. Er zijn echter verpleegkundige diagnoses en situaties waarbij je de etiologie niet of nauwelijks kunt beïnvloeden, zodat je meer focust op de symptomen dan op de etiologie. Dit is bijvoorbeeld het geval in de casus van meneer Jacobs.

### Meneer Jacobs

Verpleegkundige Osman stelt het verpleegplan op voor zorgvrager meneer Jacobs. Tijdens het opstellen komt hij de diagnose 'geheugenstoornis' tegen. Meneer Jacobs lijdt al drie jaar aan de ziekte van Alzheimer, wat hem flink beperkt in zijn geheugen en invloed heeft op zijn depressie. De diagnose 'geheugenstoornis' is daarom zeer passend. Als Osman de PES gaat opstellen, ziet hij echter in de NANDA-I als samenhangende aandoening 'cognitiestoornissen' staan. Dat is een zeer breed begrip waar veel verschillende aandoeningen onder vallen. Er is reeds een medische diagnose gesteld, namelijk de ziekte van Alzheimer. Osman weet dat hij als verpleegkundige deze ziekte niet kan behandelen en met name de gevolgen van dit ziektebeeld op de zorgvrager zal gaan verplegen. Daarom kiest hij ervoor om de PES als volgt in te vullen:

- **P:** Geheugenstoornis
- **E:** Depressieve klachten (samenhangende factor); Cognitiestoornis, ziekte van Alzheimer (samenhangende aandoeningen)
- **S:** Moeite zich te herinneren iets gedaan te hebben of niet, moeite zich gebeurtenissen te herinneren en moeite zich feitelijke informatie te herinneren

Hierbij maakt hij de keuze om niet alleen de cognitiestoornis als etiologie te benoemen, maar deze verder te specificeren door de ziekte van Alzheimer op te nemen in de etiologie. De samenhangende factor kan hij als verpleegkundige namelijk wél beïnvloeden, de samenhangende aandoening niet. Door het op deze manier te beschrijven, is het voor de zorgvrager, de naasten, Osman zelf en zijn collega's duidelijker wat precies de etiologie van de geheugenstoornis is.

Als verpleegkundige zorg je ervoor dat je het zorgplan – waar de verpleegkundige diagnostiek deel van uitmaakt – zo opstelt dat het goed leesbaar en eenduidig is voor de zorgvrager, naasten en zorgverleners. Door naast de terminologie uit het classificatiesysteem een stukje tekst toe te voegen dat de etiologie verder specificeert, maak je de lezers van het zorgplan duidelijk wat er aan de hand is met de zorgvrager. Let er wel op dat de zelfgekozen term slechts een aanvulling is op de terminologie uit het classificatiesysteem. Je ziet dit ook in de casus van meneer Jacobs.

Een vierde valkuil is het niet of onjuist labelen van oorzaak en gevolg binnen de PES. De etiologie is de oorzaak, de symptomen zijn het gevolg. Wanneer slechts de focus wordt gelegd op de symptomen, zal de onderliggende oorzaak niet worden aangepakt. Het gevolg is dat het probleem gedurende de rest van het leven van de zorgvrager aanwezig blijft. Oftewel: we gaan dweilen met de kraan open, zoals je ziet in het vervolg van de casus van meneer Jacobs.

#### **Meneer Jacobs (vervolg)**

Osman komt erachter dat meneer Jacobs regelmatig vergeet hoe hij zichzelf moet wassen. Vanuit de NANDA-I stelt hij daarom de diagnose 'zelfstandigheidstekort in wassen' vast, met de volgende PES:

- **P:** Zelfstandigheidstekort in wassen
- **E:** Geheugenstoornis, cognitief disfunctioneren
- **S:** Moeite om het eigen lichaam te wassen, moeite om badbenodigdheden te verzamelen

Als Osman alleen deze diagnose vaststelt, en niet de diagnose 'geheugenstoornis', kijkt hij alleen naar de symptomen. Het symptoom is namelijk dat meneer Jacobs zichzelf niet meer goed kan wassen. De oorzaak hiervan ligt in de geheugenstoornis. Als de geheugenstoornis niet wordt aangepakt, zal het zelfstandigheidstekort ook niet opgelost kunnen worden. Je zou in eerste instantie denken dat de geheugenstoornis niet beïnvloedbaar is, maar door bijvoorbeeld meer en duidelijke structuur te bieden, kan de cognitie wel degelijk positief worden beïnvloed.

Een vijfde valkuil is denken vanuit de handeling en een diagnose zoeken bij een handeling die je wilt of moet uitvoeren. Een voorbeeld hiervan lees je in de casus van mevrouw Doğan.

**Mevrouw Doğan**

Verpleegkundige Lies moet van de arts stomazorg gaan verlenen bij mevrouw Doğan. Mevrouw heeft een tijd geleden een stoma gekregen en heeft deze al die tijd zelf verzorgd. Nu is mevrouw verzwakt, doordat ze een longontsteking heeft gehad. Hierdoor lukt het haar op dit moment niet om haar stoma te verzorgen. Als Lies door de diagnoses heen bladert, ziet ze nergens ‘stoma’ staan als diagnose.

In de casus kan de verpleegkundige kiezen uit een aantal verschillende diagnoses die zouden kunnen aansluiten op de casus van mevrouw Doğan. Uit de casus komt naar voren dat mevrouw verzwakt is en haar stoma (tijdelijk) niet zelf kan verzorgen. Een passende diagnose zou kunnen zijn:

- **P:** Zelfstandigheidstekort in toiletgang
- **E:** Zwakte, vermoeidheid
- **S:** Moeite om toilethygiëne uit te voeren

Zoals je ziet, komt de term ‘stoma’ niet terug in de PES, terwijl er wel sprake is van stomazorg. Als je als verpleegkundige zoekt op ‘stoma’, zul je naar alle waarschijnlijkheid geen passende diagnose vinden. Je focust bij de PES echter niet op de handeling, maar op het probleem van de zorgvrager. De centrale vraag is dus: wat kan de zorgvrager zelf niet meer en hoe komt dit?

Een zesde en laatste valkuil bij de verpleegkundige diagnostiek is het negeren van dubbeldiagnostiek. Sommige diagnoses vragen vaak om **dubbeldiagnostiek**. Een voorbeeld hiervan is het toedienen van injecties. Denk bijvoorbeeld aan een fraxiparine-injectie (Fragmin). Dit is een injectie die wordt toegediend als profylaxe tegen een trombo-embolie. Oftewel: ter preventie van een trombosebeen of een longembolie. Als deze injectie wordt overgenomen door een zorgverlener, is er altijd sprake van dubbeldiagnostiek. Er is namelijk enerzijds een reden voor het voorschrijven van de injectie (bijvoorbeeld de diagnose ‘risico op trombose’) en anderzijds een reden waarom de injectie moet worden uitgevoerd door de zorgverlener (zoals ‘angst’, ‘kennistekort’, ‘mobiliteitstekort, lichamenlijk’ of ‘geheugenstoornis’). Als er geen dubbeldiagnostiek wordt toegepast, zal er enkel een diagnose worden gesteld voor óf de reden van het voorschrijven van de injectie óf waarom de injectie door een zorgverlener moet worden uitgevoerd, en niet voor beide problemen. Als je enkel het voorschrijven vaststelt, blijft het onduidelijk waarom de zorgvrager de handeling zelf niet kan verrichten. Hierdoor zal de zorgvrager de handeling ook niet aangeleerd krijgen en blijft een zorgverlener de handeling overnemen. Als je enkel het overnemen van de handeling vaststelt, kan dat ertoe leiden dat de zorgverleners enkel gericht zijn op de handeling en niet op het risico op trombose, en dus ook niet alert zijn op symptomen.



### Reflectieopdracht

Als je zelf aan de slag gaat met het vaststellen van verpleegkundige diagnoses, in welke mate kijk je dan al naar verbanden tussen de verschillende diagnoses? Welke lijnen kun je hierin aanbrengen? Hoe beïnvloeden de diagnoses (en de lijnen) elkaar?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de websites maak de oefentoets *Diagnose* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 5.9 Take home messages

Na de anamnese volgt de fase waarin verpleegkundige diagnoses worden vastgesteld. In deze fase worden de gegevens uit de anamnese omgezet naar diagnostiek, waarbij via de PES-structuur de vastgestelde diagnoses stevig onderbouwd worden. Je betreft de zorgvrager actief bij het vaststellen van verpleegkundige diagnoses, en vraagt of de zorgvrager de diagnose herkent en erkent. Als dat niet zo is, is het in de volgende fase niet of nauwelijks mogelijk om passende doelen en verpleegkundige zorguitkomsten te formuleren.

Voor passende zorg moet duidelijk zijn wat de verbanden tussen diagnoses zijn en hoe verschillende diagnoses elkaar beïnvloeden. Daarnaast moet helder zijn of de oorzaak van de diagnose door de verpleegkundige kan worden beïnvloed. Als dit het geval is, moet de focus van de doelen en interventies ook liggen op het beïnvloeden van de oorzaak, in plaats van enkel te richten op de symptomen.

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op het vaststellen van de meest passende zorguitkomsten en het opstellen van doelen voor – en samen met – de zorgvrager.



# 6 Uitkomsten

Het vaststellen van **verpleegkundige zorguitkomsten** stelt verpleegkundigen in staat om de effectiviteit van hun zorg te beoordelen en waar nodig bij te sturen. In dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op het belang van het vaststellen van zorguitkomsten, de methoden en instrumenten die verpleegkundigen gebruiken, en de impact ervan op de kwaliteit van de zorg.

Na dit hoofdstuk:

- ken je het belang van het stellen van doelen en het bepalen van relevante zorguitkomsten in het verpleegkundig proces;
- weet je hoe je een doel kunt formuleren aan de hand van de SMART- of de RUMBA-methode;
- begrijp je waarom het belangrijk is om de zorgvrager te betrekken bij het vaststellen van de zorguitkomsten;
- ken je de meest voorkomende valkuilen en misvattingen rondom het bepalen van zorguitkomsten.

## 6.1 Doelen

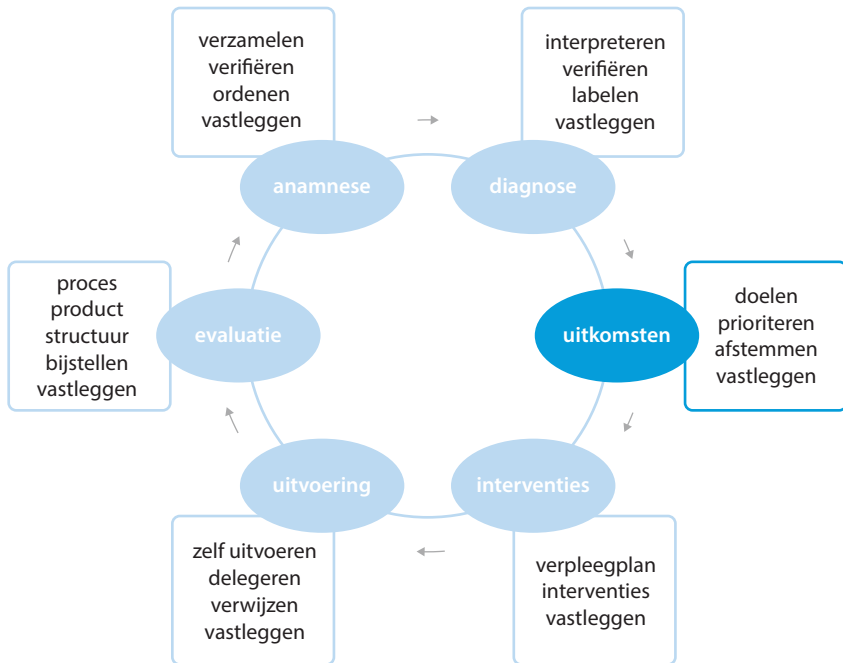
De verpleegkundige stelt, samen met de zorgvrager en diens naasten, doelen op voor de zorgverlening. Deze doelen vloeien voort uit de diagnoses. Vanzelfsprekend is het ook in deze fase van belang de behoeften van de zorgvrager en de naasten goed te begrijpen en te respecteren. Het stellen van persoonlijke doelen leidt tot zorg op maat; geen enkele zorgvrager is hetzelfde, dus ook de doelen zijn bij iedere zorgvrager anders. Door de zorgvrager actief bij dit proces te betrekken vergroot je de autonomie van de zorgvrager. Ook helpt het stellen van doelen bij het verhelderen van wederzijdse verwachtingen.

Bij het formuleren van doelen kun je gebruikmaken van de SMART- of de RUMBA-methode.

### 6.1.1 De SMART-methode

**SMART** staat voor specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden. Verpleegkundigen gebruiken deze methode vaak om samen met hun zorgvragers goede doelstellingen uit te werken. Het is belangrijk dat zowel de zorgvrager als het zorgteam achter het doel staan en er vertrouwen in hebben. De verschillende onderdelen uit SMART zijn:





**Figuur 6.1** Het verpleegkundig proces: de zorguitkomsten (Rosendal & Van Dorst, 2019)

### 1 **Specifiek (*specific*)**

Een doel moet specifiek en duidelijk zijn. Dit betekent dat het doel nauwkeurig moet worden omschreven en geen ruimte mag laten voor dubbelzinnigheid. Verpleegkundigen moeten zich afvragen: ‘Wat willen we precies bereiken?’ en ‘Waarom is dit belangrijk voor de zorgvrager?’

### 2 **Meetbaar (*measurable*)**

Een doel moet meetbare criteria bevatten om de voortgang en het succes ervan te kunnen meten. Dit betekent dat er kwantitatieve of kwalitatieve indicatoren moeten zijn waarmee kan worden vastgesteld of het doel is bereikt. In de verpleegkunde kunnen meetbare indicatoren vitale functies, laboratoriumwaarden, pijnniveaus, enzovoort omvatten.

### 3 **Acceptabel (*achievable*)**

Een doel moet haalbaar en acceptabel zijn voor de zorgvrager en de zorgverleners. Het doel moet in lijn zijn met de beschikbare capaciteiten en middelen.

#### 4 **Realistisch (*realistic*)**

Een doel moet realistisch en relevant zijn in de huidige context van de zorgvrager en zijn gezondheidstoestand.

#### 5 **Tijdsgebonden (*time-bound*)**

Een doel moet een duidelijke tijdlijn of deadline hebben. Het bepalen van een tijdsperiode zorgt voor focus en maakt het mogelijk om de voortgang te volgen.

Een voorbeeld van een doel aan de hand van de SMART-formulering is: ‘Binnen twee weken (*tijdsgebonden*) loopt de zorgvrager zelfstandig (en zonder hulpmiddel) (*specifiek*) een afstand van 100 meter (*meetbaar*).’

Of het doel uit bovenstaand voorbeeld acceptabel en realistisch is, hangt af van de context en de zorgvrager zelf. Het is daarom essentieel om de doelen samen met de zorgvrager en diens naasten op te stellen.

### 6.1.2 **De RUMBA-methode**

Een andere methode voor het formuleren van doelen is de **RUMBA-methode**. Deze methode wordt vooral toegepast bij management, doelplanning en prestatiebeoordeling. RUMBA staat voor *relevant* (relevant), *understandable* (begrijpelijk), *measurable* (meetbaar), *behavioral* (gedrag) en *attainable* (haalbaar). De RUMBA-methode is minder bekend dan de SMART-methode, maar kan ook nuttig zijn voor verpleegkundigen. De methode is als volgt opgebouwd:

#### 1 **Relevant (*relevant*)**

Het doel moet relevant zijn voor de zorgvrager. De zorgvrager moet zich kunnen vinden in het doel; het doel moet zelfs belangrijk zijn voor de zorgvrager, zodat er een gevoel van urgentie ontstaat.

#### 2 **Begrijpelijk (*understandable*)**

Het doel moet duidelijk en begrijpelijk zijn voor alle betrokkenen, inclusief de zorgvrager, het zorgteam en eventuele andere belanghebbenden. Iedereen moet precies begrijpen wat er wordt nagestreefd.

#### 3 **Meetbaar (*measurable*)**

Net als in de SMART-methode moet een doel meetbaar zijn, wat betekent dat er criteria moeten zijn om de voortgang en het succes ervan te beoordelen. Meetbare indicatoren helpen bij het verzamelen van objectieve gegevens.

#### 4 **Gedrag (*behavioral*)**

Het doel moet zijn opgesteld in duidelijke en concrete gedragstermen, die voor iedereen waarneembaar zijn.

### 5 Haalbaar (*attainable*)

Het doel moet bereikt kunnen worden binnen de gestelde tijd en met de beschikbare middelen. Het moet een uitdagend doel zijn, maar niet zo onbereikbaar dat het ontmoedigend wordt.

Een voorbeeld van een doel aan de hand van de RUMBA-formulering is: 'Binnen twee dagen neemt de zorgvrager de medicatie in (*gedrag*) volgens voorschrift van de arts (*begrijpelijk*), wat blijkt uit een afgetekende medicatielijst (*meetbaar*).'

Of het doel uit bovenstaand voorbeeld relevant en haalbaar is, hangt af van de context en de zorgvrager zelf. Het is daarom essentieel om de doelen samen met de zorgvrager en diens naasten op te stellen.

## 6.2 Prioriteren

Het prioriteren van doelen is van belang voor zowel de zorgvrager als de verpleegkundige. Het is niet verstandig om aan meerdere doelen tegelijkertijd te werken. Ten eerste kan de zorgvrager dat vaak niet aan, en ten tweede kan het de zorgvrager juist ontmoedigen als een van de gestelde doelen niet wordt bereikt. Als de zorgvrager daarentegen ziet dat een doel bereikt is, kan dat juist motiveren, en zo kan de zorgvrager met meer zelfvertrouwen beginnen aan het volgende doel. Daarom is het voor verpleegkundigen van belang om doelen te prioriteren, zodat de zorg zo effectief mogelijk ingezet wordt en de beschikbare middelen optimaal benut worden. Ook helpt het verpleegkundigen om de meest dringende en essentiële behoeften van de zorgvrager te identificeren en aan te pakken, wat de veiligheid en het welzijn van de zorgvrager ten goede komt.

Om te bepalen welke doelen prioriteit moeten krijgen, moet je de volgende criteria in overweging nemen:

- de ernst van de aandoening of ziekte van de zorgvrager;
- de acute behoeften van de zorgvrager;
- de wensen en voorkeuren van de zorgvrager;
- de beschikbare middelen;
- de context van de zorgsituatie;
- de medische voorgeschiedenis;
- jouw professionele klinische beoordeling.

Zo kun je de zorg effectief afstemmen op de unieke behoeften van elke zorgvrager en bereik je de beste resultaten binnen de beschikbare middelen en tijd.

De verpleegkundige prioriteert in de praktijk de doelen waar mogelijk samen met het zorgteam, de zorgvrager en diens naasten. Wanneer de tijd dit niet toelaat, omdat er bijvoorbeeld sprake is van een levensbedreigende situatie, kan de verpleegkundige ook zelfstandig prioriteren.

### 6.2.1 Drie soorten doelen

Je kunt doelen onderverdelen in primaire doelen, subdoelen en secundaire subdoelen (zie figuur 6.2). Het *primaire doel* is het hoofddoel waar je met de zorgvrager naartoe wilt werken, bijvoorbeeld: een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven ervaren, zo snel mogelijk terug naar huis of zo lang mogelijk thuis wonen. Primaire doelen zijn vaak grotere, overkoepelende doelen.

Een *subdoel* is een kleiner doel dat bijdraagt aan het bereiken van het hoofddoel. Het hoofddoel kan niet worden bereikt zonder de subdoelen te bereiken. Bij het primaire doel ‘een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven ervaren’ zouden – afhankelijk van de diagnostiek – subdoelen kunnen zijn: het reduceren van pijn of het verminderen van eenzaamheid.

*Secundaire subdoelen* kun je zien als heel praktische en doelgerichte stappen om de subdoelen te bereiken. Zo maak je het voor de zorgvrager nog behapbaarder. Bijvoorbeeld: de zorgvrager bezoekt iedere week een zelfhulpgroep om de eenzaamheid te verminderen.

#### Hoofddoel:

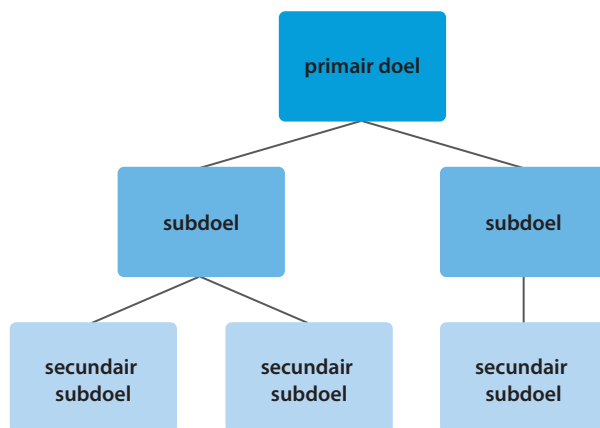
Wat wil je bereiken? Hoe wil je dat bereiken? Wanneer wil je dat bereiken?

#### Subdoel:

Overzichtelijke kleinere doelen die bijdragen tot het bereiken van het hoofddoel

#### Secundair subdoel:

Specifieke taken en opdrachten, doelgerichte actiestappen



**Figuur 6.2** Primaire doelen, subdoelen en secundaire subdoelen

## 6.3 Afstemmen

### 6.3.1 Afstemmen met zorgvragers en hun naasten

Als je de doelen samen met de zorgvrager en de naasten vaststelt, stemmen jullie de zorg meer af op hun individuele behoeften, waarden en voorkeuren; daardoor verbeteren de tevredenheid en de kwaliteit van de zorg. Bovendien helpt het om realistische verwachtingen te creëren en voorkomt het misverstanden. Afstemmen zorgt voor een open communicatiekanaal waarbij de zorgvrager en de naas-

ten de kans krijgen om vragen te stellen, zorgen te uiten en hun inzichten te delen, wat de zorg veiliger en effectiever maakt.

Daarvoor moeten verpleegkundigen effectieve communicatievaardigheden inzetten, luisteren naar de behoeften en verwachtingen van de zorgvrager en de naasten, en open en eerlijke gesprekken voeren. Het is ook belangrijk om de informatie begrijpelijk en toegankelijk te presenteren, zodat de zorgvrager en de naasten goed geïnformeerd zijn en actief kunnen deelnemen aan het besluitvormingsproces rond de zorgdoelen. Het creëren van een partnerschap tussen verpleegkundigen, zorgvragers en hun naasten is een belangrijke sleutel tot het leveren van hoogwaardige en persoonsgerichte zorg.

### 6.3.2 Afstemmen met andere zorgprofessionals

Als er zorg wordt verleend door meerdere disciplines, is het belangrijk om de doelen af te stemmen met de andere betrokken zorgprofessionals. Dit bevordert namelijk de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de zorgvrager. Het afstemmen van doelen zorgt ervoor dat alle teamleden op dezelfde lijn zitten en dezelfde prioriteiten hebben, wat de zorg efficiënter maakt en het risico op conflicterende benaderingen vermindert.

Bovendien kan samenwerking tussen zorgprofessionals leiden tot een breder perspectief op de zorgbehoeften van de zorgvrager. Het stelt verpleegkundigen in staat om gebruik te maken van de expertise van andere professionals, zoals artsen en paramedici, zodat er een holistisch benadering van zorg ontstaat. Dit kan leiden tot betere behandelplannen en zorguitkomsten voor de zorgvrager.

Doelen afstemmen met andere zorgprofessionals vereist effectieve communicatie: regelmatig informatie delen, interdisciplinaire vergaderingen bijwonen en open communicatielijnen. Het is ook belangrijk om respect te tonen voor de expertise van andere teamleden en bereid te zijn om samen te werken aan gemeenschappelijke doelen. Het uiteindelijke doel is naadloze en samenhangende zorg, oftewel de best mogelijke zorgervaring voor de zorgvrager.

## 6.4 Vastleggen

De te verwachten uitkomsten van zorg worden in het verpleegkundig dossier vastgelegd, om duidelijkheid te scheppen voor alle betrokkenen over wat wordt beoogd met de zorgverlening. Wees zo transparant mogelijk, zodat iedere betrokkene kan terugvinden wat er is afgesproken met de zorgvrager. Bovendien helpt het goed vastleggen van de zorguitkomsten de verpleegkundigen bij het leveren van doelgerichte en effectieve zorg. Als in dit stadium van het verpleegkundig proces de te verwachten zorguitkomsten goed en eenduidig zijn vastgelegd, kan in de latere fasen van het verpleegkundig proces (met name in de evaluatiefase)

worden teruggegrepen op wat de oorspronkelijke bedoeling van de zorgverlening was. Hierdoor worden de uitkomsten van zorg meetbaarder; er kan dus worden gemeten of de opgestelde doelen worden bereikt.

## 6.5 Meetinstrumenten en tools

Bij het bepalen van de zorguitkomsten kan de NOC worden gebruikt. Deze classificatie sluit naadloos aan op de diagnoses uit de NANDA-I. De NOC bevat gestandaardiseerde verpleegkundige terminologie voor zorguitkomsten die door verpleegkundigen kunnen worden aangepast. Het doel van de NOC is om verpleegkundigen te helpen bij het systematisch vaststellen, meten en evalueren van de resultaten van hun zorginterventies.

De NOC-classificatie bestaat uit 540 verschillende zorguitkomsten, die kunnen variëren van fysiologische en psychosociale aspecten tot het welzijn van de zorgvrager (zie ook paragraaf 3.1.4). Iedere zorguitkomst bevat een definitie, meetbare indicatoren en een schaalverdeling om de meetbaarheid te vergroten. Zo kun je de voortgang van de zorgvrager in de loop van de tijd volgen en documenteren.

De NOC is vooral van toegevoegde waarde voor het meetbaarheidsaspect van een SMART-doel. Met de NOC kun je de voortgang van de zorg meten en waar nodig bijstellen. Je kunt indicatoren kiezen die de doelen specifieker maken voor de zorgvrager; ook kun je per indicator (in de NOC worden ze observatiepunten genoemd) aangeven of je wilt handhaven of verbeteren. Zo maak je niet alleen heel helder wat je wilt zien veranderen, maar maak je het doel ook meetbaar en tijdsgebonden. Bij veel zorguitkomsten uit de NOC zijn meetinstrumenten en vragenlijsten beschreven die de verpleegkundige ondersteunen bij het verzamelen van gegevens over het zorgresultaat (Moorhead et al., 2020).

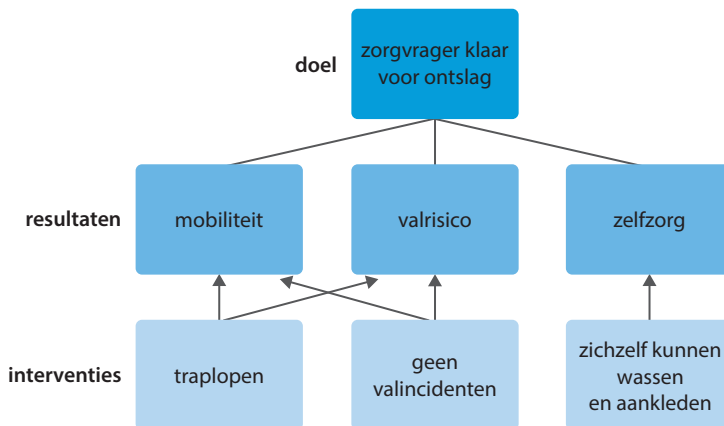
## 6.6 Valkuilen en misvattingen

Ook in de fase van het bepalen van de uitkomsten zijn er valkuilen en misvattingen.

De eerste valkuil is om in het doel een interventie te beschrijven. Als je kijkt naar de stappen van het verpleegkundig proces, dan zie je dat het vaststellen van de zorguitkomsten en het bepalen van de doelen komt vóór het vaststellen van de interventies die noodzakelijk zijn om het doel te bereiken. Het is dus niet de bedoeling dat in het doel al een interventie staat beschreven – de interventie om het doel te bereiken staat immers nog niet vast. Een voorbeeld van een doel waarin een interventie is opgenomen: ‘De diagnose wordt ieder half jaar geëvalueerd en vastgelegd in het verpleegkundig dossier.’ Deze formulering suggereert twee acties: er moet een evaluatie plaatsvinden en deze moet worden vastgelegd. Dit

is eerder een interventie dan een doelstelling. Een doel is ook niet hetzelfde als een resultaat, al hebben ze wel met elkaar te maken. Met een doel werk je naar een resultaat toe. Een voorbeeld: een zorgvrager is na een operatie in het ziekenhuis opgenomen. Het *doel* is om de zorgvrager zo snel mogelijk op een veilige en verantwoorde manier naar huis te laten gaan (met ontslag). De *interventies* die hiervoor zorgen zijn het oefenen met traplopen samen met de fysiotherapeut, adviezen geven over valpreventie en het aanleren van technieken om zichzelf te kunnen wassen en kleden door de verpleegkundige. Hiermee worden de *resultaten*, die zijn gesteld rondom de mobiliteit, het valrisico en de zelfzorg, bereikt: de zorgvrager kan veilig de trap op en af, is in staat om zichzelf te wassen en aan te kleden en heeft geen valrisico meer. Dit alles draagt bij aan het *doel* dat de zorgvrager klaar is voor ontslag en op een veilige manier naar huis kan gaan.

Een resultaat is dus een meetbaar/aantoonbaar stapje om een hoger doel te bereiken (zie figuur 6.3).



**Figuur 6.3** De relatie tussen het doel en het resultaat

Een tweede valkuil is vergeten om de zorgvrager en/of diens naasten te betrekken bij het bepalen van de uitkomsten. Hierdoor ontstaan er weliswaar doelen voor de verpleegkundige, maar niet per se voor de zorgvrager en diens naasten. Als zij zich niet herkennen in het doel, kunnen ze ook niet of nauwelijks meewerken aan het bereiken van dit doel. Bovendien wordt de autonomie bij de zorgvrager en diens naasten weggenomen, waardoor er weerstand tegen de zorgverlening kan ontstaan.

Een derde valkuil is dat doelen soms te groot worden gemaakt, waardoor ze voor de zorgvrager niet meer haalbaar lijken. Door te werken met kleine tussentapjes op weg naar het grotere, hogere doel, raakt de zorgvrager meer gemotiveerd om dit te bereiken. In de casus lees je hier een voorbeeld van.

**Sonja**

Verpleegkundige Iman komt bij de 54-jarige Sonja die door haar overgewicht en verminderde mobiliteit vocht vasthoudt in haar benen. Haar benen zijn inmiddels zo dik geworden van het vocht dat het noodzakelijk is om ze te zwachtelen. Sonja vertelt Iman dat ze al ruim een jaar niet meer de trap op is geweest en dat ze gedurende dit jaar ook steeds minder mobiel is geworden. Het gevolg is dat het haar niet meer lukt om naar haar werk te gaan, of om überhaupt buiten de deur te komen. Ze is overdag aan haar bureaustoel op wieltjes gebonden, 's nachts slaapt ze op de bank in de woonkamer. De enige beweging die ze heeft, is het verplaatsen van de stoel naar de bank en weer terug. Ze ziet hierdoor het leven eigenlijk niet meer zitten. Iman stelt de diagnose 'sedentaire levensstijl' vast.

Door in de anamnese fase door te vragen op wat Sonja zou willen in haar leven, wat voor haar belangrijk is en wat haar doelen zijn, komt Iman erachter dat Sonja het liefst weer wil gaan werken. Samen bekijken ze wat er nodig is. Ze komen tot de conclusie dat Sonja in ieder geval zelfstandig of eventueel met een hulpmiddel de voordeur uit moet kunnen en een taxi in moet kunnen stappen. Nu het grote, overstijgende doel duidelijk is, kunnen ze kleine tussenstapjes gaan bedenken om dat doel te gaan behalen. Iman gebruikt de NOC 'activiteitsvermogen' met de indicatoren 'loopafstand' en 'looptempo' verbeteren van 'ernstig beperkt' naar 'niet beperkt' in 16 weken. Ze kiest daarnaast de NOC 'persoonlijke gezondheidstoestand' met de indicatoren 'mobiliteit' en 'uitvoering van dagelijkse levensverrichtingen' (in dit geval: werk) van 'ernstig beperkt' naar 'niet beperkt' in 24 weken.

In de eerste week is het doel dat Sonja zelfstandig iedere dag een rondje rond de tafel in de woonkamer loopt, passend bij de NIC: 'bevordering lichaamsbeweging'. Een week later wordt dit verhoogd naar twee rondjes. Als Iman Sonja twee weken niet heeft gezien en weer bij haar komt, straalt Sonja van trots: het is haar die ochtend gelukt om vier rondjes rond de tafel te lopen.

Uiteindelijk lukt het Sonja, met hulp van meerdere zorgdisciplines, om haar grotere doel te bereiken. Na bijna anderhalf jaar thuisgezet te hebben, kan ze eindelijk weer naar haar werk. Hierdoor krijgt ze weer meer sociale contacten met haar collega's, wat haar motiveert en waardoor ze weer zin krijgt in het leven.

De zorgvrager had een groot doel voor ogen. Door dit doel op te splitsen in kleinere doelen en uit te werken met de indicatoren uit de NOC, heeft de verpleegkundige de doelen meer behapbaar en eenvoudiger gemaakt voor de zorgvrager. Hierdoor kreeg de zorgvrager meer vertrouwen in haar eigen effectiviteit. Het is wel van belang om ook het grotere doel voor ogen te houden, en om ervoor te zorgen dat de kleine doelen daadwerkelijk een bijdrage leveren aan het bereiken van het grotere doel.





### Reflectieopdracht

Welke doelen heb jij zelf op dit moment? Formuleer deze doelen met de SMART- of de RUMBA-methodiek. Wat vind je ervan om ze op deze manier te formuleren? Waarom draagt het opstellen van doelen met de SMART- of RUMBA-methode bij aan het verlenen van passende zorg?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de website en maak de oefentoets *Uitkomsten* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 6.7 Take home messages

Het bepalen van de verpleegkundige zorguitkomsten is een samenspel tussen de verpleegkundige, de zorgvrager en (eventueel) de naasten van de zorgvrager. Door samen te werken en gezamenlijk te bepalen wat de zorg op dient te leveren, wordt de kans groter dat de doelen bereikt worden. De zorguitkomsten vormen de basis van de doelen die in het zorgplan worden opgenomen. Door de doelen te formuleren met de SMART- of de RUMBA-methode, weet je als verpleegkundige zeker dat het doelen zijn die binnen een bepaalde tijd meetbare resultaten opleveren.

Het opstellen van subdoelen en secundaire subdoelen die behapbaar zijn voor de zorgvrager, draagt eraan bij dat het behalen van het primaire doel realistisch en haalbaar wordt. Als in het zorgplan alleen wordt gewerkt met overstijgende, primaire doelen, kan dat de zorgvrager afschrikken en demotiveren om aan de slag te gaan met de doelen.

Vergeet niet om te controleren of er geen interventie is opgenomen in het doel; het is in deze fase namelijk nog niet duidelijk welke interventie het geschiktst is om het doel te bereiken. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op het kiezen van de beste interventie om de zorguitkomst te bereiken.

# 7 Interventies

Nu je met de zorgvrager de beoogde zorguitkomsten hebt vastgesteld, kun je de **verpleegkundige interventies** kiezen die hier het beste bij passen; logischerwijs volgen deze op de te bereiken resultaten. Het is belangrijk dat je kritisch kijkt naar wat je realistisch gezien kunt plannen, wat wel en niet mogelijk is en hoe het doel bereikt kan worden. Een verpleegkundige handelt altijd vanuit Evidence Based Practice (**EBP**), ook bij de keuze voor de best passende interventie voor de zorgvrager. In dit hoofdstuk lees je meer over hoe het verpleegplan tot stand komt, hoe je de drie pijlers van EBP toepast en hoe je een goed onderbouwde kosten-batenafweging maakt.

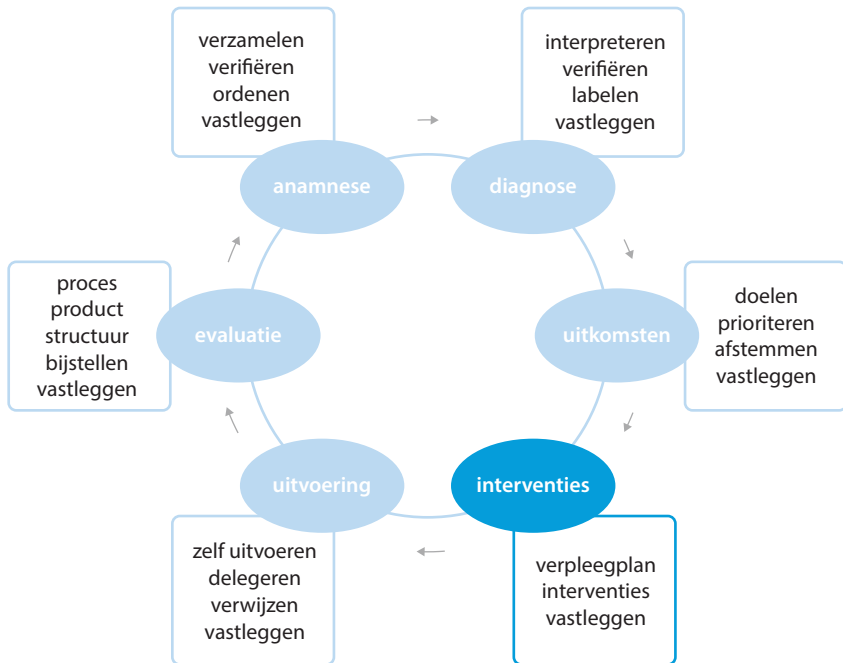
Na dit hoofdstuk:

- ken je het belang van een eenduidig en begrijpelijk verpleegplan;
- weet je wat EBP inhoudt en uit welke drie pijlers dit concept bestaat;
- begrijp je het belang van een gedegen kosten-batenafweging binnen het verpleegkundig proces;
- weet je hoe je de best passende verpleegkundige interventie kunt kiezen;
- ben je op de hoogte van de meest voorkomende misvattingen en valkuilen bij het plannen van de zorg.

## 7.1 Het verpleegplan

Het verpleegplan is een gestructureerd en dynamisch document dat verpleegkundigen opstellen om de planning, organisatie en uitvoering van de zorg voor een individuele zorgvrager te begeleiden. Het verpleegplan bevat in ieder geval de verpleegkundige diagnoses, doelen en interventies. Het is de uitkomst van het verpleegkundig proces en vormt de basis van gepersonaliseerde, gestructureerde en effectieve zorgverlening aan individuele zorgvragers.

Een goed verpleegplan is holistisch en dynamisch: het kan continu worden aangepast aan de veranderende individuele wensen, behoeften en noden van de zorgvrager. Dit is noodzakelijk omdat iedere zorgvrager en zorgvraag uniek is. De individuele voorkeuren verschillen niet alleen van persoon tot persoon, maar kunnen ook elk moment veranderen; daarom is een goed zorgplan ook een werkdocument, dat niet vaststaat en elk moment aangepast kan worden. Dit zorgt ervoor dat bij een veranderende gezondheidssituatie het zorgplan direct gewijzigd kan worden naar wat de zorgvrager nodig heeft.



**Figuur 7.1** Het verpleegkundig proces: interventies (Rosendal & Van Dorst, 2019)

## 7.2 Interventies

Het vaststellen van de juiste verpleegkundige interventie kan complex zijn omdat elke zorgvrager uniek is – en dus ook de gezondheid van iedere zorgvrager. Verschillende factoren dragen bij aan deze uitdaging, waaronder de variabiliteit in behoeften en reacties, de beschikbaarheid van wetenschappelijk bewijs, de complexiteit van gezondheidsproblemen en de ontwikkeling van medische kennis en technologie. Nieuwe behandelingen, procedures en technologieën worden voortdurend ontwikkeld en geïntroduceerd, waardoor verpleegkundigen zich voortdurend moeten blijven bijscholen en op de hoogte moeten blijven van de nieuwste ontwikkelingen.

De gezondheidstoestand van zorgvragers wordt beïnvloed door diverse factoren zoals leeftijd, genetica, medische geschiedenis, levensstijl en psychosociale context. Dit resulteert in een grote variabiliteit tussen individuele zorgvragers, wat betekent dat wat voor de ene zorgvrager werkt, mogelijk niet effectief is voor de andere. Verpleegkundigen moeten daarom de zorg op maat afstemmen op de specifieke behoeften van elke zorgvrager, wat extra complexiteit met zich meebrengt.

Daarnaast is er niet altijd voldoende wetenschappelijk bewijs in de vorm van richtlijnen en protocollen beschikbaar. Het kan voorkomen dat verpleegkundi-

gen te maken hebben met een verpleegkundige diagnose bij een zorgvrager met zeer specifieke, unieke persoonskenmerken, waarvoor nog beperkt onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Dit vereist het vermogen om klinische expertise te combineren met het beschikbare bewijs en dat te vertalen naar de individuele context van de zorgvrager.

Verpleegkundige interventies worden ook wel acties, activiteiten of maatregelen genoemd. Deze termen kunnen door elkaar heen gebruikt worden, maar betekenen hetzelfde. De interventies die verpleegkundigen inzetten, kunnen variëren tussen ondersteunen, adviseren en voorlichten tot het volledig overnemen van zorgtaken – en alles ertussenin.

### 7.2.1 Evidence Based Practice (EBP)

Om te kunnen bepalen wat de beste interventie is voor de zorgvrager, maakt de verpleegkundige gebruik van de drie pijlers van EBP: wetenschappelijk bewijs, ervaring van de expert en voorkeuren van de zorgvrager (zie figuur 7.2). Als verpleegkundigen deze drie pijlers evenwichtig weten te integreren, ontstaat er een holistische en persoonsgerichte benadering van de zorg die ze bieden.

#### 1 Wetenschappelijk bewijs

EBP begint met het verzamelen en evalueren van wetenschappelijk onderzoek en klinische studies om bewijs te vinden dat de effectiviteit van interventies, behandelingen en benaderingen ondersteunt. Dit bewijs kan afkomstig zijn van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, systematische reviews, meta-analyses en andere wetenschappelijke bronnen. Het doel is betrouwbare informatie over wat wel en niet werkt bij verschillende gezondheidsproblemen.

#### 2 Ervaringen van de expert

Verpleegkundigen brengen hun eigen professionele ervaring, vaardigheden en kennis mee als ze klinische beslissingen nemen. Hun expertise omvat niet alleen de technische aspecten van zorg, maar ook hun begrip van de bredere context van de zorgvrager, de gezondheidszorginstelling en culturele en sociale factoren die van invloed kunnen zijn op de zorg. Deze expertise helpt bij het interpreteren van het beschikbare bewijs en het vertalen ervan naar de individuele behoeften van de zorgvrager.

#### 3 Voorkeuren van de zorgvrager

Persoonsgerichte zorg is een centraal aspect van EBP. Het betrekken van de zorgvrager bij het besluitvormingsproces is van groot belang. Als verpleegkundige moet je open communiceren met de zorgvrager, luisteren naar de zorgen en doelen van de zorgvrager, en gezamenlijk beslissingen nemen over de zorg

die het beste past bij de situatie van de zorgvrager. Je moet daarbij rekening houden met culturele, religieuze en persoonlijke overwegingen.



**Figuur 7.2** De drie pijlers van EBP

### 7.2.2 Kosten-batenafweging

Verpleegkundigen maken een afweging tussen de kosten en de baten van de interventies die zij inzetten. Bij een **kosten-batenafweging** worden potentiële voordelen, oftewel de baten (zoals gezondheidswinst, gewenste zorguitkomsten, kwaliteit van leven en kans van slagen) van een voorgestelde verpleegkundige interventie afgewogen tegen potentiële nadelen, oftewel de kosten (zoals de financiële investering, tijdsinvestering en benodigde middelen voor deze interventie). Als verpleegkundige houd je rekening met zowel de positieve uitkomsten voor de zorgvrager als de bredere impact op het gezondheidszorgsysteem en de zorgverleners.

Deze afweging is onmisbaar, omdat gezondheidszorgbronnen beperkt zijn en elke interventie financiële en personele inzet vereist. Door de kosten en baten zorgvuldig te beoordelen, kunnen verpleegkundigen beslissingen nemen die niet alleen gebaseerd zijn op de klinische effectiviteit van een interventie, maar ook op de economische haalbaarheid en duurzaamheid. Het streven is dat de interventie de gewenste resultaten zal opleveren en dat de gezondheidstoestand van de zorgvrager verbetert, en dat daarbij effectief gebruik wordt gemaakt van de beschikbare middelen. De kosten en benodigde middelen (bijvoorbeeld materialen of aantal uren zorg) worden afgewogen tegen de verwachte voordelen, waardoor onnodige uitgaven vermeden kunnen worden. Ook neemt de kans op verspilling af. Bovendien kan een kosten-batenafweging ondersteunen bij het maken van ethische beslissingen. Bij beperkte (financiële) middelen kan de kosten-batenafweging helpen bij het bepalen bij welke zorgvragers een bepaalde

interventie wordt ingezet, terwijl rechtvaardigheid en gelijkheid kunnen worden nagestreefd. Een voorbeeld hiervan is het kiezen tussen douchen of het wassen aan de wastafel in tijden van personeelstekort; het kan volstaan om de zorgvrager niet dagelijks te douchen, maar te wassen aan de wastafel, waardoor tijd bespaard kan worden die ingezet kan worden bij andere zorgvragers. Het douchen kost de verpleegkundige ongeveer 25 minuten, terwijl het wassen aan de wastafel in een kwartier kan. Het kan zo zijn dat de zorgvrager het douchen als prettiger en frisser ervaart. Het afwegen van de kosten en baten gaat verder dan alleen een keuze op basis van financiën, maar weegt ook potentiële gezondheidswinst/-verlies en bijvoorbeeld tijd mee.

Bij het kiezen van de juiste en best passende verpleegkundige interventie komen verstand en gevoel van de verpleegkundige samen. Enkel kennis van het verpleegkundig proces is onvoldoende. Verpleegkundige zorg is een proces tussen mensen, waarbij contact tussen zorgvrager en zorgverlener een essentieel onderdeel is om de juiste zorg te kunnen verlenen.

### 7.2.3 De (on)mogelijkheden verhelderen

Als je een goede anamnese hebt gedaan, is daar een verpleegkundige diagnose uitgekomen, waar je verschillende interventies op kunt inzetten. De omgedraaide piramide in figuur 7.3 kan helpen om dit goed in kaart te brengen.



**Figuur 7.3** Het in kaart brengen van de (on)mogelijkheden

### 1 **Wat vindt de zorgvrager belangrijk? Wat zijn diens behoeften en noden?**

Je ziet in de piramide dat allereerst wordt ingezoomd op wat de zorgvrager belangrijk vindt, aangevuld met de behoeften en noden van de zorgvrager (anamnese). Dit kan de zorgvrager zelf aangeven, maar ook naasten en de verpleegkundige kunnen hierover oordelen – zeker wanneer de zorgvrager niet in staat is om dit zelf adequaat in te schatten.

### 2 **Wat kan de zorgvrager zelf?**

Daarna wordt bekeken wat de zorgvrager zelf kan.

### 3 **Wat kunnen hulpmiddelen oplossen?**

Als blijkt dat een zorgvrager niet zelfstandig in staat is om te voorzien in de eigen behoeften en noden, breng je in kaart welke hulpmiddelen of technologische oplossingen een optie zouden kunnen zijn voor de zorgvrager. Je kunt denken aan een medicatiewekker, douchestoel, wasborstel met lange steel of een app om het ontlastingspatroon bij te houden.

### 4 **Wat kunnen naasten van de zorgvrager?**

Wellicht blijven er dan nog steeds zorgvragen over. Dan ga je onderzoeken wat naasten kunnen betekenen voor de zorgvrager. Je kunt er niet van uitgaan dat de zorgvrager dat zelf al heeft onderzocht. Soms gaan verpleegkundigen er vanuit hun eigen normen, waarden en levensovertuiging – zonder overleg – van uit dat naasten iets wel of niet kunnen doen voor de zorgvrager. Het kan echter zo zijn dat de normen, waarden en levensovertuiging van de verpleegkundige niet aansluiten op die van de zorgvrager en diens naasten. Hierdoor kunnen verwachtingen uiteenlopen en dan komt het weleens voor dat de verpleegkundige meer zorg inzet dan noodzakelijk is omdat er hulp van naasten is. *De Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden* biedt in deze situaties een leidraad voor het omgaan met tegengestelde belangen en dilemma's waar meerdere normen en waarden botsen (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015).

### 5 **Waarin kan de professionele zorgverlener ondersteunen?**

Als na de inzet van de zorgvrager zelf, hulpmiddelen en de naasten van de zorgvrager nog steeds zorgvragen overblijven, kijk je naar wat de professionele zorgverlening kan betekenen voor de zorgvrager. Ga altijd uit van minimale en zo kort mogelijk durende ondersteuning.

### 6 **Wat kan niet?**

Mogelijk is de zorgvraag die overblijft niet realistisch, bijvoorbeeld een zorgvrager die behoefte heeft aan driemaal daags douchen en dit niet zonder professionele hulp kan. Het is niet doelmatig en reëel om dit van zorgverleners te

verwachten. In deze gevallen zal een gesprek over wederzijdse verwachtingen en (on)mogelijkheden noodzakelijk zijn om inzicht te creëren bij de zorgvrager en is doorvragen essentieel.

### 7.3 Vastleggen

Bij het vastleggen van de verpleegkundige interventies is het belangrijk dat de zorgvrager en diens naasten de tekst kunnen begrijpen. Dit draagt bij aan transparantie, betrokkenheid en open en eerlijke communicatie, en zorgt voor een betere samenwerking tussen zorgvrager en zorgverlener.

Ook moeten interventies duidelijk en uniform beschreven zijn. Dit zorgt voor continuïteit van zorg en draagt eraan bij dat iedere zorgverlener op dezelfde wijze de zorg kan verlenen. Een onduidelijke formulering of overdracht kan zorgen voor onduidelijkheid tussen zorgverleners en zorgvragers, maar ook tussen zorgverleners onderling. Het volgende citaat komt uit een zorgplan: *‘Mevrouw ondersteunen met wassen en aankleden, daarnaast valpreventie toepassen.’*

Deze passage uit het zorgplan is relatief onduidelijk. In grote lijnen staat beschreven wat van de verpleegkundige wordt verwacht, maar je weet niet precies wat je moet doen. Wat houdt ‘ondersteunen’ precies in? Moet je instructies geven en materialen aanreiken, of moet je (een gedeelte van) het wassen en aankleden overnemen? Wat houdt de valpreventie precies in? Duidelijker is: *‘Mevrouw ondersteunen met het wassen van haar benen, voeten en rug. De rest van haar lichaam wast mevrouw zelf. Mevrouw eraan herinneren haar rollator te gebruiken.’*

Hierdoor wordt direct duidelijk wie welke taak uitvoert: wat doet de zorgvrager zelf en wat doe jij als verpleegkundige. Zo kan er geen onduidelijkheid ontstaan en kunnen alle zorgverleners van het zorgteam de zorg op dezelfde manier uitvoeren.

### 7.4 Meetinstrumenten en tools

De NIC is een gestandaardiseerd classificatiesysteem binnen de verpleegkunde dat een breed scala aan verpleegkundige interventies definieert en categoriseert (zie ook paragraaf 3.1.5). Het doel van de NIC is om verpleegkundigen te helpen bij het identificeren, beschrijven en selecteren van de best passende interventies om de gezondheid en het welzijn van de zorgvrager te bevorderen. De NIC omvat verschillende interventiecategorieën, zoals fysiologische, psychosociale, educatieve en preventieve interventies, evenals interventies gericht op het bevorderen van zelfzorg en het ondersteunen van de zorgvrager bij herstel. Elke interventie binnen de NIC heeft een specifieke naam, een beschrijving en richtlijnen voor implementatie. In de NIC zijn in totaal 565 verschillende evidencebased interventies beschreven. Het geeft verpleegkundigen een brede kijk op welke inter-



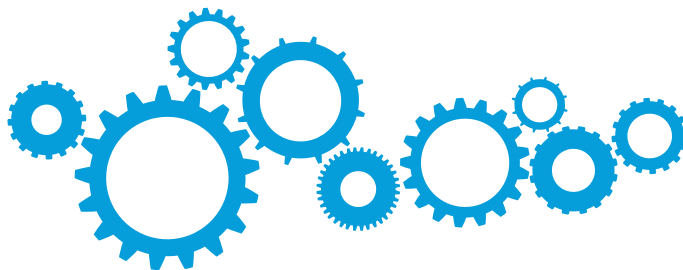
venties mogelijk zijn én welke interventies wetenschappelijk bewezen effectief zijn. Verpleegkundigen hebben, samen met hun zorgvrager en/of diens naasten, veel vrijheid om de best passende interventie binnen de context van de zorgvrager te bepalen. Door gebruik te maken van de interventies die zijn opgenomen in de NIC, kan de verpleegkundige bijdragen aan het bieden van gepersonaliseerde en effectieve zorg (Butcher et al., 2020).

## 7.5 Valkuilen en misvattingen

Een valkuil bij het opstellen van interventies is om de focus alleen te leggen op de symptomen (S) van het probleem, als ook de etiologie (E) van het probleem beïnvloed kan worden. Hierdoor worden de symptomen wel aangepakt, maar wordt het probleem niet opgelost en blijven de interventie en de zorg noodzakelijk. Vaak zijn verpleegkundigen goed in staat de etiologie te beïnvloeden, en zouden ze ook hierop moeten focussen. Pas wanneer de etiologie niet behandelbaar of beïnvloedbaar is, kan de focus worden verlegd naar symptoombestrijding. Een voorbeeld is de interventie 'ondersteunen bij het wassen' om de diagnose 'risico op vallen' aan te pakken. Door het ondersteunen bij het wassen wordt weliswaar het probleem ondervangen en het risico weggenomen, maar hiermee wordt niet de oorzaak van het risico aangepakt. Stel je voor dat je deze interventie zou inzetten bij een zorgvrager van 30, dan zou je tot het overlijden van deze zorgvrager ondersteuning bij het wassen moeten bieden. De oorzaak wordt namelijk niet verholpen, dus het probleem zal blijven bestaan. Uiteraard kan ondersteunen bij het wassen een tijdelijke interventie zijn, die korte tijd wordt ingezet om het directe gevaar op vallen te verminderen; tegelijkertijd zet je duurzame en langdurige interventies in om de oorzaak van het risico op vallen aan te pakken. Het risico op vallen kan bijvoorbeeld worden verminderd door spieropbouw bij de zorgvrager, het geven van adviezen over valpreventie en voeding te optimaliseren. Deze interventies zorgen niet voor een directe reductie van het valrisico, maar kosten nou eenmaal meer tijd.

Een tweede valkuil is het kiezen van onsamenvangende interventies. Het verpleegkundig proces bestaat uit verschillende stappen, die als een netwerk van radertjes samenhangen. De radertjes zijn met elkaar verbonden en moeten ook verbonden zijn om te kunnen blijven draaien (zie figuur 7.4). Als er één radertje ontbreekt, wordt de keten doorbroken en zullen de volgende radertjes niet draaien. Dit geldt ook voor het verpleegkundig proces: er moet samenhang zijn tussen de verschillende stappen. De interventies moeten bijdragen aan het bereiken van het doel, om de zorguitkomsten te behalen. De doelen en beoogde zorguitkomsten moeten verbonden zijn met de verpleegkundige diagnoses. Niet in de laatste plaats moeten de interventies gelinkt zijn aan de diagnoses. Het zou onlogisch zijn

om een verpleegkundige interventie zoals ‘ondersteunen bij het aan- en uitkleden’ te koppelen aan de diagnose ‘zelfstandigheidstekort in wassen’.



**Figuur 7.4** De verschillende radertjes vormen samen het verpleegkundig proces

Een derde valkuil is om blind af te gaan op de opdracht voor een interventie die afkomstig is van een andere zorgprofessional, zonder eerst de stappen van het verpleegkundig proces te volgen. Voor goede verpleegkundige zorg is het essentieel om de stappen van anamnese-diagnose-doel-interventie te doorlopen met de zorgvrager en/of diens naasten. Verpleegkundigen hebben een autonoom en professioneel beroep, en zijn de enige zorgverleners met verpleegkundige expertise. Op een juiste manier klinisch en verpleegkundig redeneren draagt bij aan de veiligheid van de zorgvrager. Verpleegkundigen kunnen door het verpleegkundig proces te doorlopen namelijk vroegtijdig problemen opsporen en signaleren. Als slechts een opdracht wordt uitgevoerd, kan dit ervoor zorgen dat de zorgvrager niet holistisch wordt benaderd en kunnen potentiële problemen over het hoofd worden gezien.

Een vierde valkuil is het niet of niet volledig maken van een kosten-batenafweging. Verpleegkundigen zijn zich niet altijd bewust van de kostprijs van verpleegkundige interventies en materialen. Als je dat wel bent, kun je een bijdrage leveren aan duurzaam gebruik van tijd en geld. Zeker wanneer personeel of middelen schaars zijn, is het van belang om een gedegen afweging te maken tussen wat, wanneer en hoeveel je inzet.

Een vijfde valkuil is werken vanuit een werkplan, activiteitenplan of adl-lijst in plaats van het zorgplan. Sommige zorgorganisaties kiezen ervoor om naast het formele zorgplan te werken met een werkplan, activiteitenplan of een adl-lijst, waarop eenvoudige taken in de adl te zien zijn. Dit brengt het risico met zich mee dat de zorgverlener het zorgplan niet meer leest en volledig afgaat op de werkinstructie op de losse lijst. Dit kan efficiënt zijn, maar het kan er ook voor zorgen dat er acties over het hoofd worden gezien. Zeker bij psychosociale interventies, zoals het ondersteunen in het reduceren van eenzaamheid, zijn interventies minder eenvoudig te plannen. In een werk- of activiteitenplan zal niet opgenomen zijn dat de verpleegkundige op maandagochtend om acht uur aandacht schenkt aan de eenzaamheid van de zorgvrager. In die gevallen worden (met name psychosociale) doelen makkelijker over het hoofd gezien en niet adequaat opgepakt.



### Reflectieopdracht

Welke aspecten weeg jij mee in je keuze voor de best passende interventie bij de zorgvrager? Waarom draagt het kiezen van passende verpleegkundige interventies bij aan het verlenen van passende zorg?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de website en maak de oefentoets *Interventies* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 7.6 Take home messages

Het kiezen van de verpleegkundige interventies gebeurt op basis van EBP, waarbij je als verpleegkundige rekening houdt met de voorkeuren van de zorgvrager, de laatste wetenschappelijke inzichten en je eigen ervaringen. Daarnaast maak je een kosten-batenafweging: je weegt de potentiële voor- en nadelen van de interventie tegen elkaar af. Je houdt ook rekening met de onmogelijkheden binnen het zorgproces: mogelijk kunnen bepaalde behoeften of noden van de zorgvrager (nog) niet vervuld worden. Zeker bij schaarste of onrealistische verwachtingen van de zorgvrager zul je als verpleegkundige het gesprek moeten voeren met de zorgvrager over waar de grenzen liggen van de mogelijkheden van de zorg.

Door gebruik te maken van de NIC weet je als verpleegkundige zeker dat de interventies die je kiest gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast sluit de NIC naadloos aan op de classificatiesystemen NOC en NANDA-I, waardoor een duidelijke eenheid ontstaat tussen diagnose, zorguitkomst en interventie. Het is van belang dat er een duidelijke link is tussen de gekozen interventie, de te bereiken zorguitkomst en de onderliggende verpleegkundige diagnose. Bovendien is het de bedoeling dat de interventie uiteindelijk ook de etiologie van de diagnose beïnvloedt, en niet alleen de symptomen bestrijdt.

Nu duidelijk is welke interventies bij de zorgvrager passen, zal in het volgende hoofdstuk de focus worden gelegd op de uitvoering van de zorg.

# 8 Uitvoering

Als je hebt vastgesteld welke verpleegkundige interventies noodzakelijk zijn voor de beoogde zorguitkomsten en doelen, is het tijd om te bepalen wie deze interventies het beste kan uitvoeren. Misschien is dat niet de verpleegkundige, bijvoorbeeld omdat er een actie op (para)medisch domein noodzakelijk is, of omdat er meer specialisatie nodig is om tegemoet te komen aan de zorgvraag van de zorgvrager. Je kunt de interventie zelf uitvoeren als verpleegkundige, maar de interventie kan ook worden gedelegeerd of doorverwezen naar een andere discipline. In dit hoofdstuk lees je hoe je dit kunt doen.

Na dit hoofdstuk:

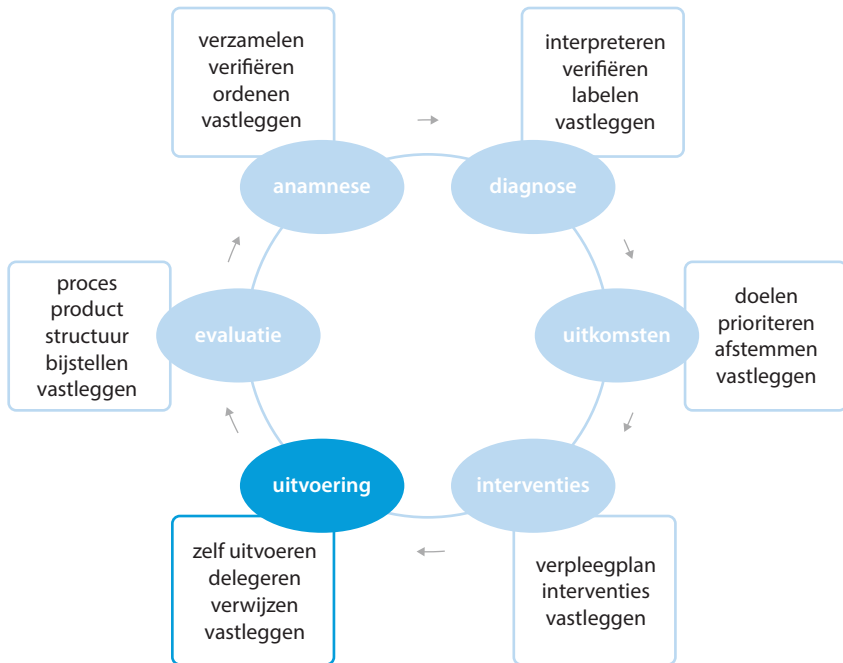
- weet je hoe je een afweging kunt maken tussen het zelf uitvoeren, delegeren of doorverwijzen van (verpleegkundige) interventies;
- ken je de grenzen van je eigen kunnen en weet je hoe je er met een goede kosten-batenafweging voor kunt zorgen dat de juiste of in elk geval de meest geschikte discipline de interventies uitvoert;
- weet je hoe belangrijk samenwerkingsafspraken zijn binnen een multidisciplinair zorgteam;
- ken je de valkuilen en misvattingen bij het organiseren en uitvoeren van de zorg.

## 8.1 Zelf uitvoeren

Als een interventie aansluit op je eigen expertise als verpleegkundige, kun je ervoor kiezen de interventie zelf uit te voeren. Ook dan is het van belang om de interventie eenduidig te beschrijven. Je houdt er namelijk altijd rekening mee dat een ander de zorg moet kunnen overnemen, als je door ziekte of een andere reden uitvalt. Ook dan moet de zorg voor de zorgvrager doorgaan. Wees je er dus van bewust dat je vervangbaar moet zijn en beschrijf je interventies op zo'n manier dat iedere andere verpleegkundige de interventie op dezelfde wijze als jijzelf kan uitvoeren.

## 8.2 Delegeren

Uiteraard kun je als verpleegkundige niet alle interventies zelf uitvoeren. De zorg gaat 24 uur per dag, zeven dagen per week door, en bovendien heb je vaak de verantwoordelijkheid over meerdere zorgvragers tegelijkertijd. Daarom is het delegeren noodzakelijk. Maak voordat je een taak delegeert een afweging van com-



**Figuur 8.1** Het verpleegkundig proces: uitvoering (Rosendal & Van Dorst, 2019)

petenties, verantwoordelijkheden en veiligheidsnormen. Als je op een juiste en zorgvuldige wijze delegeert, wordt de zorg efficiënter en waarborg je gelijktijdig de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor de zorgvragers.

Bij het delegeren is duidelijke communicatie cruciaal. Je moet de interventie, de reden ervoor, en eventuele specifieke instructies helder uitleggen aan de collega aan wie je de taak overdraagt. Open communicatie zorgt ervoor dat er geen misverstanden ontstaan. Delegeren en overdragen gebeurt vaak niet alleen mondeling, maar ook op papier. Het eenduidig vastleggen van informatie is daarom van belang, om misinterpretaties te voorkomen. Een goede verslaglegging met uniform taalgebruik ondersteunt het proces van het delegeren van zorg (zie ook paragraaf 8.5).

Veiligheid staat voorop bij het delegeren van taken. Zorg ervoor dat de gedelegeerde interventies binnen het bereik van de competentie van de betreffende collega vallen en dat er een manier is om toezicht te houden en feedback te geven tijdens en na de uitvoering van de interventie.

Als je verpleegkundige interventies op de juiste manier weet te delegeren, kun je tijd vrijmaken voor andere (complexere) taken, de werklast beter verdelen en een effectieve zorgverlening mogelijk maken. Daarnaast bevordert het de samenwerking tussen de verpleegkundige en andere zorgverleners.

### 8.3 Verwijzen

Als de gezondheidstoestand of de benodigde interventies buiten jouw expertisegebied als verpleegkundige vallen, kun je verwijzen naar andere disciplines of zorgverleners. Dit doe je om de best mogelijke zorg te bieden. Verwijzing naar andere zorgverleners is essentieel wanneer de behoeften, noden of voorkeuren van de zorgvrager verder gaan dan wat jij als verpleegkundige kunt bieden, bijvoorbeeld bij complexe medische aandoeningen, diagnostische onderzoeken, (specialistische) behandelingen of complexe psychosociale ondersteuning. In dit soort gevallen kun je een beroep doen op de arts of het multidisciplinair zorgteam, aankaarten dat je niet bekwaam bent om de benodigde zorg te verlenen en een voorstel doen om de zorgvrager te verwijzen naar een specialist. Hierdoor kan de zorgvrager de juiste diagnose, behandeling en begeleiding krijgen.

Verwijzen naar andere zorgverleners vindt niet alleen plaats vanwege een verschil in medische expertise, het hoort ook bij een holistische benadering. Andere disciplines, zoals fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, diëtisten en psychologen, kunnen aanvullende zorg bieden die het welzijn van de zorgvrager op verschillende gebieden ondersteunt.

Soms komt het voor dat een verpleegkundige een voorstel doet om een zorgvrager te verwijzen naar een andere zorgverlener, de zorgvrager volledig over te dragen en de zorgvrager zelf niet meer te verplegen. Het is ook mogelijk dat er slechts voor een gedeelte van de zorgverlening een verwijzing noodzakelijk is, en dat jij het andere gedeelte op je blijft nemen. Zoals in de casus van Lisa.

#### Lisa

Lisa is een 28-jarige vrouw die opgenomen is in een ggz-instelling vanwege ernstige angst- en stemmingsstoornissen. Lisa heeft moeite om haar dagelijkse activiteiten uit te voeren, slaapt slecht en ervaart hevige paniekaanvallen.

Verpleegkundige Siham heeft het verpleegkundig proces doorlopen en daar komt de verpleegkundige diagnose 'angst' uit. Het zorgresultaat dat Siham samen met Lisa heeft gekozen, is 'angstniveau': ze willen het angstniveau omlaag brengen. Daarvoor heeft Siham te weinig expertise. Ze denkt dat Lisa baat kan hebben bij cognitieve gedragstherapie (cgt) om haar angstmanagement te verbeteren. Siham is verpleegkundige en geen gekwalificeerde cgt-therapeut, dus ze besluit om Lisa door te verwijzen naar een klinisch psycholoog binnen de ggz-instelling.

Wat wel binnen Sihams expertise valt, is het bieden van emotionele ondersteuning. Daarom leg ze de interventie 'emotionele ondersteuning' vast in het verpleegplan, zodat ze samen met haar verpleegkundige collega's Lisa kan ondersteunen op dit vlak.

Ze blijft nauw betrokken bij Lisa's zorgproces en blijft een centrale rol spelen in de coördinatie van haar zorg. Op deze manier zorgt ze ervoor dat de zorg consistent blijft en dat Lisa zich ondersteund voelt tijdens het zorgproces. Siham en de kli-

nisch psycholoog werken nauw samen en ze stemmen de zorgdoelen en de voortgang van de therapie regelmatig af.

Siham bewaakt ook de algehele gezondheid van Lisa, inclusief haar lichamelijke gezondheid en medicatiebeheer. Als Lisa bijvoorbeeld slaapproblemen heeft die haar therapie beïnvloeden, overlegt Siham met de behandelend arts en stelt ze eventueel wijzigingen voor. Zo werken ze multidisciplinair samen, waarbij Siham als verpleegkundige een grote rol heeft in de coördinatie van de zorg voor Lisa.

## 8.4 Overleg binnen het zorgteam

Als het helder is welke doelen bereikt moeten worden en welke interventies daarvoor nodig zijn, kun je binnen het zorgteam bekijken wie met welke interventie aan de slag gaat en wanneer het beoogde resultaat verwacht kan worden. Zorg dat jullie de interventies bespreken, dan kun jij als verpleegkundige de context en het doel van de voorgestelde interventies uitleggen.

Een effectieve toewijzing van verpleegkundige interventies aan verschillende disciplines vereist dus wederzijds begrip, respect en openheid in de communicatie tussen verpleegkundigen en andere zorgverleners. Het doel is om gezamenlijk beslissingen te nemen die de best mogelijke zorg voor de zorgvrager bevorderen en tegelijkertijd de unieke bijdragen van elke discipline optimaal benutten.

Ook bij het toewijzen van een interventie kun je een kosten-batenafweging uitvoeren. Bedenk of de interventie door een andere discipline mogelijk goedkoper, maar op hetzelfde niveau kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld doordat de discipline in geld goedkoper is. Het kan ook zijn dat een andere discipline in minder tijd hetzelfde resultaat kan bereiken. Hierdoor worden middelen in de zorg optimaal gebruikt en voorkomen jullie verspilling.

## 8.5 Vastleggen

De verpleegkundige moet in het zorgplan de verpleegkundige interventies nauwkeurig en gedetailleerd beschrijven, inclusief de redenen voor de keuze van elke interventie, de uitvoeringswijze, de verwachte resultaten en de toewijzing van verantwoordelijkheden. Dit is belangrijk, omdat het zorgplan fungeert als een leidraad voor de zorgverlening en communicatie binnen het zorgteam. Per interventie moet beschreven zijn wanneer, op welke wijze en door wie de interventie uitgevoerd moet worden. Als de interventie of de resultaten op een specifieke wijze moeten worden vastgelegd, kan dit ook in het zorgplan worden beschreven. Denk bijvoorbeeld aan specifieke rapportagemethoden, zoals de ABC-methode bij onbegrepen gedrag. Deze methode omvat het observeren van het gedrag (actie), de mogelijke oorzaken (bewegers) en de gevolgen van het gedrag (consequenties).

Door de verpleegkundige interventies eenduidig en specifiek te beschrijven, krijgen alle zorgverleners een duidelijk begrip van wat er moet gebeuren om de zorgdoelen te bereiken. De gedetailleerde beschrijvingen helpen bij het waarborgen van consistentie en zorgen ervoor dat elke zorgverlener dezelfde aanpak volgt. Dit is vooral belangrijk in een multidisciplinaire omgeving waarin verschillende disciplines samenwerken om de zorg te optimaliseren.

Door interventies duidelijk te beschrijven, kan beter worden samengewerkt binnen het zorgteam en met de zorgvrager. Het specificeren van de uitvoeringswijze zorgt ervoor dat de interventies op een gestructureerde en gerichte manier worden uitgevoerd. Het gebruik van eenduidige taal helpt bij het beoordelen van de effectiviteit van elke interventie en maakt het mogelijk om aanpassingen te doen als dat nodig is. De toewijzing van verantwoordelijkheden binnen het zorgplan zorgt ervoor dat alle zorgverleners weten welke rol ze spelen in het zorgproces. Dit voorkomt verwarring en onduidelijkheid over wie welke taken uitvoert, wat vooral belangrijk is bij gedelegeerde taken en inter- en multidisciplinaire samenwerking. Dat zie je terug in de casus van meneer en mevrouw Bouwman.

#### **Meneer en mevrouw Bouwman**

Meneer Bouwman is 72 en woont nog zelfstandig met zijn echtgenote. Mede door zijn dementie is zijn vrouw overbelast geraakt. Ze heeft het inschakelen van hulp lang uitgesteld, maar de kinderen vinden nu wel dat het tijd wordt voor hun ouders om hulp en ondersteuning te accepteren. Mevrouw vindt dat erg lastig omdat ze zelf voor haar man wil zorgen. Ze ziet echter wel in dat het te veel wordt.

De huisarts schakelt de wijkverpleegkundige en een casemanager dementie in. Na de intake stelt de wijkverpleegkundige vast dat er meerdere diagnoses zijn, waaronder een ineffectief gezondheidsonderhoud veroorzaakt door veranderingen in het cognitief functioneren en beperkte besluitvorming. Verder vertoont meneer een ontspanningstekort en hangt hij bijna letterlijk aan zijn vrouw; hij volgt haar de hele dag het huis door. Mede daardoor is overduidelijk dat er ook sprake is van overbelasting van de mantelzorger.

Meneer en mevrouw willen graag samen in hun huis blijven wonen en mevrouw slaapt slecht omdat ze zich daar zorgen over maakt. Zij spreken af dat de casemanager dementie zich vooral zal richten op het verminderen van de overbelasting; de wijkverpleegkundige zal met mevrouw kijken welke zorgtaken overgenomen kunnen worden en of er een dagje 'vrij' voor mevrouw geregeld kan worden.

Het overstijgende doel is dus: zo lang mogelijk veilig en verantwoord thuis wonen. Om dit doel SMART te maken wordt ingezoomd op 'veilig' en 'verantwoord'. Het is namelijk niet veilig voor meneer als mevrouw helemaal uit gaat vallen – en dus ook niet verantwoord. De casemanager en wijkverpleegkundige spreken af dat eerst gekeken wordt naar het aanpakken van de overbelasting, dat is het voorliggende probleem. De casemanager gaat inzetten op de NOC 'rouwverwerking' met de indicator 'verwoordt de aanvaarding van het verlies'. De wijkverpleegkundige



zet ondertussen in op het vergroten van de draagkracht van de mantelzorger, met de NOC 'draagkracht mantelzorger', met de indicator 'sociale ondersteuning'. Na enkele weken evalueren ze samen de zorg.

Omdat het ontspanningstekort een gevolg is van ineffectief gezondheidsonderhoud, wat weer veroorzaakt wordt door een samenhangende aandoening bij meneer, wordt ingezet op het oplossen van het ontspanningstekort. Met meneer en mevrouw wordt afgesproken een geschikte dagbesteding voor meneer te zoeken waar hij met anderen activiteiten kan ontplooiën. Hiervoor wordt de NOC 'sociale betrokkenheid' gekoppeld aan de diagnose 'ontspanningstekort' en wordt de indicator 'neemt deel aan ontspannende activiteiten met anderen' opgenomen in het zorgplan.

## 8.6 Meetinstrumenten en tools

Binnen een inter- of multidisciplinair zorgteam kunnen verschillende instrumenten en hulpmiddelen worden gebruikt om de toewijzing van verpleegkundige interventies te optimaliseren en de samenwerking te ondersteunen. Deze tools kunnen variëren, afhankelijk van de specifieke behoeften van de zorgvrager en de aard van de zorg, maar ze dienen over het algemeen als communicatie- en hulpmiddel voor besluitvorming en verpleegkundige verslaglegging. Enkele voorbeelden zijn:

- **Elektronische patiëntendossiers (epd's)**  
Epd's stellen zorgprofessionals in staat om patiëntgegevens elektronisch te delen en bij te werken, wat de communicatie en coördinatie van zorg verbetert. Verpleegkundigen kunnen zo informatie delen over de uitvoering van interventies en de voortgang van de zorgvrager.
- **Gezamenlijke zorgplannen**  
Gezamenlijke zorgplannen zijn documenten waarin alle betrokken zorgprofessionals – onder wie verpleegkundigen – hun bijdragen aan de zorg van de zorgvrager vastleggen. Dit helpt bij het coördineren van interventies en zorgt voor transparantie binnen het team. Zo werkt iedereen aan dezelfde doelen en zorguitkomsten.
- **Teamoverleggen en rapportages**  
Regelmatige overleggen en duidelijke rapportages stellen zorgprofessionals in staat om informatie te delen, prioriteiten te stellen en interventies af te stemmen op de behoeften van de zorgvrager. Dit biedt gelegenheid voor discussie en samenwerking.

- **Checklists en protocollen**

Het gebruik van gestandaardiseerde checklists en protocollen zorgt ervoor dat alle benodigde interventies worden uitgevoerd en gedocumenteerd, wat de consistentie en veiligheid van de zorg bevordert.

- **Communicatie-apps en -platforms**

Steeds meer verpleegkundigen gebruiken communicatie-apps en -platforms om realtime communicatie tussen zorgteamleden te vergemakkelijken. Informatie delen over interventies gaat dan sneller. Ook is dan zorg op afstand mogelijk, waardoor een (gespecialiseerde) zorgverlener niet fysiek aanwezig hoeft te zijn bij de zorgvrager en toch zorg kan leveren.

Het is belangrijk dat zorgteams samen de meest geschikte meetinstrumenten en hulpmiddelen selecteren op basis van de specifieke behoeften van de zorgvrager en de context van de zorg. Het gebruik van deze instrumenten kan de samenwerking tussen zorgprofessionals optimaliseren, verbetert de communicatie, stroomlijnt de zorgplanning en verhoogt de kwaliteit van de zorg.

## 8.7 Valkuilen en misvattingen

Binnen het organiseren en toewijzen van de zorg is samenwerking essentieel. In de praktijk wordt de samenwerking gecompliceerd doordat iedere discipline een andere werkwijze, methodologie of focus kan hebben. Door hierover openlijk te communiceren binnen het zorgteam, kan een uniform zorgplan ontstaan waarin alle disciplines een gelijkwaardige stem hebben. Die gelijkwaardigheid binnen het team is noodzakelijk, omdat de zorgverleners ieder vanuit de eigen professie en professionele autonomie naar de zorgvrager kijken. Door deze visies te combineren, ontstaat een volledig beeld van de behandelmogelijkheden van de zorgvrager.

In de praktijk wordt echter nog vaak een hiërarchie ervaren tussen onder andere verpleegkundigen en artsen. Waar de verpleegkundige in een ver verleden de besluiten van de arts uitvoerde, heeft de verpleegkundige binnen de huidige beroepsuitoefening een autonome professie en is de verpleegkundige in staat om zelfstandig complexe interventies te initiëren, te plannen en uit te voeren. Het is een misvatting dat de verpleegkundige enkel uitvoert wat de arts voorschrijft.

Een andere valkuil bij het toewijzen van zorg is het niet juist toepassen van de kosten-batenafweging. Stel: als verpleegkundige heb je weinig ervaring met bijvoorbeeld wondzorg. Je kunt een gespecialiseerde wondverpleegkundige consulteren. Deze wondverpleegkundige heeft een hoger uurtarief dan jijzelf. De valkuil is om dan te concluderen dat het voordeliger is om zelf de wondzorg uit te voeren. Immers: de gespecialiseerde wondverpleegkundige is weliswaar duur-

der, maar kan de wond ook sneller genezen. Onder aan de streep zijn de kosten mogelijk dus juist lager en dan weegt de inzet van de wondverpleegkundige wel degelijk op tegen het zelf uitvoeren van de wondzorg.

Een laatste valkuil is het niet eenduidig beschrijven van de zorg. Hierdoor kunnen verkeerde verwachtingen worden gecreëerd binnen het zorgteam en kan het zo zijn dat een interventie niet, of juist dubbel wordt uitgevoerd.



### Reflectieopdracht

Hoe vind jij het om taken te delegeren? In welke mate kun jij al taken uit handen geven? Waarom draagt het op een juiste manier organiseren en uitvoeren van zorg bij aan het verlenen van passende zorg?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de website en maak de oefentoets *Uitvoering* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 8.8 Take home messages

Als je de verpleegkundige interventies hebt vastgesteld, kun je verder met het organiseren en uitvoeren van de zorg. Delegeren is een belangrijke competentie en dat komt omdat de zorg 24 uur per dag, zeven dagen in de week doorgaat. Als verpleegkundige kun je slechts een gedeelte van de zorg zelf uitvoeren. Naast interventies zelf uitvoeren en delegeren, kun je ook suggesties doen om de zorgvrager voor bepaalde interventies te verwijzen naar anderen.

Het is cruciaal dat je als verpleegkundige duidelijk communiceert en vastlegt welke afspraken er zijn gemaakt over de uitvoering van de zorg. Zo voorkom je dat er verkeerde verwachtingen zijn over het uitvoeren van de zorg, of dat zorg dubbel uitgevoerd wordt.

Sinds er wordt gewerkt met epd's is de samenwerking tussen verpleegkundigen vereenvoudigd doordat verpleegkundigen ook op afstand – en niet meer alleen aan het bed van de zorgvrager – het dossier in kunnen zien en kunnen aanvullen.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op het evalueren van de zorg, het bijstellen van het zorgplan als de zorguitkomsten (nog) niet bereikt zijn en een eventuele overdracht van de zorgvrager.

## 9 Evaluatie

De laatste fase van het verpleegkundig proces is het evalueren van de verpleegkundige zorgverlening en het waar nodig bijstellen van het zorgplan als de zorg gecontinueerd wordt. Goede communicatie hierover met de zorgvrager, de naasten en de zorgverleners is een voorwaarde voor zorg waarover de zorgvrager tevreden is. De evaluatie bestaat uit drie verschillende onderdelen: de proces-, de product- en de structurevaluatie. In dit hoofdstuk lees je meer over deze drie vormen van evaluatie, het bijstellen van het verpleegplan, het vastleggen van de evaluatie en de eventuele overdracht van de zorgvrager.

Na dit hoofdstuk:

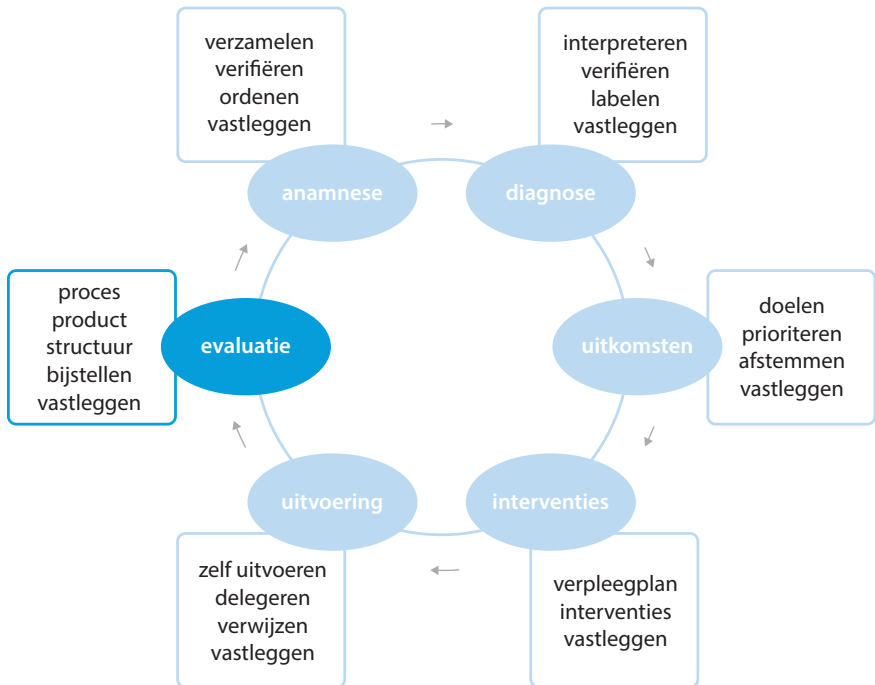
- weet je de verschillen tussen de proces-, de product- en de structurevaluatie;
- weet je welke aspecten relevant zijn om tijdens het evaluatiegesprek met de zorgvrager of diens naasten te bespreken;
- kun je de evaluatie van de zorg op een passende en efficiënte wijze vastleggen in het verpleegkundig dossier;
- weet je hoe de zorg voor een zorgvrager op een verantwoorde manier kunt overdragen;
- ken je de valkuilen en misvattingen rondom het evalueren van zorg.

### 9.1 Evaluatie van het zorgproces

Als verpleegkundige evalueer je de zorg niet enkel aan het einde van het zorgproces, maar voortdurend. Waar nodig stel je de zorg bij gedurende de uitvoering van de zorg. Daarnaast zijn er twee vaste momenten om de zorg te evalueren: bij een veranderde zorgvraag en als de zorgrelatie wordt beëindigd, bijvoorbeeld omdat de zorg wordt overgedragen. Je evalueert de zorg in een gesprek met de zorgvrager en eventueel met de naasten. Aanvullend kun je de zorg ook nog evalueren met de betrokken zorgverleners, om tot verbetering van kwaliteit van zorg te komen.

Bij het evalueren van de zorg besteed je onder meer aandacht aan het proces: hoe de verpleegkundige zorg is gepland, uitgevoerd en vastgelegd. Je richt je dan niet op de uitkomst van de zorg, maar op hoe jij als verpleegkundige en de zorgvrager en diens naasten de uitvoering van het verpleegkundig proces hebben ervaren.

Tot de **procesevaluatie** horen verschillende relevante aspecten uit het verpleegkundig proces, waaronder:



**Figuur 9.1** Het verpleegkundig proces: evaluatie (Rosendal & Van Dorst, 2019)

### 1 Zorgplanning

Je bekijkt het zorgplan dat is opgesteld voor de zorgvrager. Je evalueert de doelen, de geplande interventies en het tijdschema voor de zorgverlening. Het doel is om te controleren of het plan adequaat was voor de behoeften van de zorgvrager.

### 2 Interventies

Je beoordeelt of de verpleegkundige interventies zijn uitgevoerd zoals gepland, dus je controleert de juistheid, de volledigheid en de tijdigheid van de interventies. Je identificeert en analyseert eventuele afwijkingen of problemen.

### 3 Documentatie van zorg

Je controleert of alle relevante informatie correct is vastgelegd in medische dossiers, epd's of andere documentatiesystemen.

### 4 Professionele normen, richtlijnen en protocollen

Je evalueert de veiligheid en de ethische praktijk van de zorg.

## 5 Feedback en verbetering

Eventuele bevindingen of tekortkomingen die tijdens de procesevaluatie naar boven komen, vormen een goede basis voor verbetering van de zorg, zoals aanpassingen in het zorgplan, in de uitvoering van interventies of in de documentatiepraktijken.

Door het proces goed te evalueren, kun je de uitvoering van het verpleegkundig proces, de zorgplanning en de organisatie van zorg verbeteren, wat zal leiden tot een grotere tevredenheid van de zorgvrager.

## 9.2 Evaluatie van het zorgproduct

De **productevaluatie** heeft betrekking op de resultaten en de effectiviteit van de verpleegkundige zorg die is verleend aan de zorgvrager. In welke mate zijn de doelen en zorguitkomsten ook daadwerkelijk behaald? De volgende aspecten kunnen aan bod komen tijdens het evalueren van het product:

### 1 Zorguitkomsten

Je evalueert de meetbare resultaten en uitkomsten van de zorg die zijn vastgesteld in de zorgplanning, bijvoorbeeld fysiologische indicatoren, symptoomverlichting, verbetering van de gezondheidstoestand of het bereiken van specifieke doelen zoals mobiliteitsherstel of pijnbeheersing.

### 2 Doelen

Je vergelijkt de behaalde uitkomsten met de doelen die aan het begin van het zorgproces zijn gesteld. Waren de zorginterventies effectief in het bereiken van deze doelen?

### 3 Kwaliteit van leven

Dit is minder meetbaar, maar niet minder belangrijk: je evalueert de mate waarin de zorg heeft bijgedragen aan het welzijn, de tevredenheid en het comfort van de zorgvrager.

### 4 Aanpassingen en aanbevelingen

Als de beoordeling van de zorguitkomsten aantoont dat de gestelde doelen niet zijn behaald of dat verdere verbeteringen mogelijk zijn, kun je aanpassingen in het zorgplan voorstellen, zoals het stellen van nieuwe doelen, het aanpassen van interventies of het ondernemen van aanvullende acties.

### 5 Continuïteit van zorg

De productevaluatie helpt je om te bepalen of de zorgvrager klaar is om naar een andere fase van zorg over te gaan, zoals ontslag uit het ziekenhuis, overdracht naar wijkverpleging of voortzetting van de behandeling.

De productevaluatie laat zien in welke mate de verpleegkundige interventies effectief zijn geweest en of ze meerwaarde hebben gehad om het opgestelde doel en de geformuleerde zorguitkomsten te bereiken.

## 9.3 Evaluatie van de zorgstructuur

Als laatste onderdeel van de evaluatie komt de structuur aan bod. De **structuur-evaluatie** heeft betrekking op de organisatorische en contextuele aspecten van de zorgverlening. De structuurevaluatie richt zich op de structuur en de randvoorwaarden die van invloed zijn op de kwaliteit en effectiviteit van de verpleegkundige zorg, waaronder:

### 1 Zorgomgeving

Je evalueert de fysieke en operationele omgeving waarin de zorg wordt verleend, bijvoorbeeld de beschikbaarheid en toegankelijkheid van benodigde middelen en apparatuur, de indeling van de zorginstelling, en de algemene faciliteiten.

### 2 Personeel

Je evalueert de kwalificaties, opleiding en bekwaamheid van de verpleegkundigen die betrokken zijn bij de zorgverlening. Het is belangrijk dat de verpleegkundigen voldoende gekwalificeerd en competent zijn om de vereiste zorg te bieden.

### 3 Klinische richtlijnen en protocollen

Je evalueert de aanwezigheid en het gebruik van klinische richtlijnen, protocollen en standaarden in de zorginstelling.

### 4 Management en leiderschap

Je evalueert het management- en leiderschapssysteem binnen de zorginstelling, inclusief de organisatiestructuur, communicatiekanalen en besluitvormingsprocessen. Effectief management en leiderschap dragen bij aan een positieve zorgcultuur.

### 5 Patiëntveiligheid en kwaliteitsborging

Je evalueert systemen voor incidentrapportage, auditprocessen en continue verbeteringsinitiatieven.

## 6 Risicobeheer en naleving

Je evalueert de procedures voor risicobeheer en naleving van regelgeving en wettelijke vereisten binnen de zorginstelling. Dit draagt bij aan juridische en ethische verantwoording.

Als verpleegkundige evalueer je mogelijk niet alle bovenstaande onderdelen met de zorgvrager, maar alleen binnen het zorgteam. De evaluatie van bijvoorbeeld de zorgomgeving kan echter ook met de zorgvrager besproken worden. De structurevaluatie is belangrijk om de context te begrijpen waarbinnen verpleegkundige zorg wordt verleend. Het zorgt ervoor dat de organisatorische randvoorwaarden en structuren optimaal zijn afgestemd op de behoeften van de zorgvrager en dat de zorgomgeving geschikt is voor het leveren van hoogwaardige zorg. Verbeteringen op het gebied van structuur kunnen bijdragen aan een veiligere en effectievere zorgverlening.

## 9.4 Het zorgplan bijstellen

Na een evaluatiegesprek met de zorgvrager kun je het verpleegplan aanpassen op de verzamelde bevindingen en resultaten uit het gesprek. Wanneer de zorgvrager geen verdere zorg meer nodig heeft, leg je de evaluatiegegevens vast in het dossier. Daarna kun je het verpleegkundig dossier sluiten. De feedback uit de evaluatie kan een uitgangspunt zijn voor betere zorg voor andere zorgvragers, als besloten wordt het proces en de structuur van het verpleegkundig proces binnen de context te verbeteren. Als blijkt dat bepaalde interventies niet goed pasten (product), kun je nagaan hoe deze interventie tot stand is gekomen en of dit bij een volgende zorgvrager mogelijk op een andere manier gedaan moet worden.

Wanneer de zorg wordt gecontinueerd na het evaluatiegesprek, loop je het verpleegkundig proces opnieuw door en vul je de anamnese aan met nieuwe relevante gegevens. Als de zorgvraag veranderd is, kan het zijn dat er andere verpleegkundige diagnoses worden vastgesteld en dat er nieuwe zorguitkomsten en doelen uit zijn gekomen. Is het doel niet bereikt, dan kunnen er wijzigingen worden aangebracht in het doel of in interventies: mogelijk worden bepaalde interventies geïntensiveerd, gewijzigd of juist stopgezet op basis van de behoeften en voorkeuren van de zorgvrager. Uiteraard worden de zorgvrager en diens naasten bij dit proces actief betrokken.

## 9.5 Vastleggen

Na het evaluatiegesprek met de zorgvrager leg je in het verpleegkundig dossier zo objectief mogelijk vast wat er besproken is. Eventuele bevindingen, aanpassingen



en afspraken worden duidelijk gerapporteerd, zodat alle betrokkenen de bevindingen op eenzelfde wijze kunnen interpreteren. Bij wijzigingen in het verpleegplan is het van belang om de betrokkenen hierover te informeren en duidelijk te maken welke wijzigingen het betreft; zo zorg je ervoor dat de zorg op een juiste manier gecontinueerd wordt. Bij het vastleggen van het evaluatiegesprek kun je gebruikmaken van de richtlijn *Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging* van V&VN (2022a).

## 9.6 De verpleegkundige overdracht

Na een evaluatie kan het nodig zijn om de (verpleegkundige) zorg over te dragen aan een andere (zorg)organisatie. De verpleegkundige overdracht vormt dan een belangrijke schakel tussen de verschillende professionals. In overleg met de zorgvrager en/of de naasten wordt de overdracht opgesteld, daarna kan de zorg met de bijbehorende verantwoordelijkheden formeel worden overgedragen. Enkel de gegevens die nodig zijn voor een goede continuïteit van de zorg worden in de overdracht beschreven, bijvoorbeeld verpleegkundige diagnoses, doelen, zorguitkomsten en interventies. Ook medicatiegegevens en uitgevoerde verpleegtechnische handelingen kunnen waardevol zijn om over te dragen. In het kader van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) dient alleen informatie te worden overgedragen die onmisbaar is. Ook moet de overdracht op een veilige manier plaatsvinden.

In sommige situaties is een zogenoemde **warme overdracht** wenselijk. Dit is een zorgvuldige en persoonlijke overdracht van de verantwoordelijkheid voor en relevante informatie over de zorg van de ene verpleegkundige naar de andere, waarbij de focus ligt op de continue zorg, de veiligheid en het welzijn van de zorgvrager. Meestal vindt een warme overdracht plaats bij een dienstwisseling, overdracht van zorgteams of bij de overgang van de ene zorginstelling naar de andere. Het doel van een warme overdracht is om de continuïteit van de zorg te waarborgen en de kans op fouten te verminderen en ervoor te zorgen dat de zorgvrager een naadloze en veilige overgang ervaart tussen verschillende zorgverleners of zorginstellingen. Het bevordert ook een persoonsgerichte benadering van zorg, waarbij de behoeften en het welzijn van de zorgvrager centraal staan.

## 9.7 Meetinstrumenten en tools

Bij de evaluatie van het verpleegkundig proces kan, net als bij het vaststellen van de beoogde zorguitkomsten, gebruik worden gemaakt van een breed scala aan instrumenten en hulpmiddelen om te bepalen in hoeverre de interventies zinvol zijn geweest en het beoogde doel bereikt is. In paragraaf 4.6 werd verwezen naar

het ecogram als hulpmiddel voor het in kaart brengen van het netwerk tijdens de anamnese. Stel dat in de anamnese blijkt dat het netwerk ontoereikend is, dan wordt een beoogde zorguitkomst het vergroten van het netwerk. In de evaluatiefase kan het ecogram dan nogmaals worden gebruikt om te bepalen in hoeverre het netwerk is gegroeid.

Ook de zorguitkomsten uit de NOC kunnen worden gebruikt om de effectiviteit van de ingezette verpleegkundige interventies te bepalen door de scorelijst uit de NOC opnieuw in te vullen en te vergelijken met de uitgangssituatie.

Een nuttig instrument om de zorg op een uniforme wijze over te dragen aan een andere zorgprofessional of -organisatie is een vast overdrachtsformulier. Hier wordt nu aan gewerkt. Maar voordat de **eOverdracht** (zie kader) definitief zal zijn geïmplementeerd, zijn er per zorgorganisatie andere overdrachtsformulieren in omloop, waardoor er vaak verschillen zitten in de dossieropbouw. Hierdoor moeten verpleegkundigen veelal informatie opnieuw invoeren in het nieuwe dossier.

#### **De eOverdracht**

Vanaf 2026 zal er worden gewerkt met een nationale eOverdracht: een informatiestandaard die de overdracht tussen verschillende zorgsectoren en zorgorganisaties vereenvoudigt. De eOverdracht voorkomt dat verpleegkundigen informatie moeten overtypen en tijd kwijt zijn aan administratieve lasten. Er wordt in de eOverdracht gewerkt met vaste terminologie, zodat iedere verpleegkundige weet wat er wordt bedoeld en er een kleinere kans is op fouten of verschillende interpretatie van gegevens (V&VN, z.d.).

## **9.8 Valkuilen en misvattingen**

Een valkuil bij het uitvoeren van het evaluatiegesprek met de zorgvrager is dat er geen duidelijk doel is voor het gesprek. Zeker wanneer je een evaluatiegesprek delegeert aan een collega, is het belangrijk om je verwachtingen van het gesprek goed te formuleren en te delen. Dat zie je terug in de casus van mevrouw De Waard.

#### **Mevrouw De Waard**

Verpleegkundige Zeinab vraagt Gemma, een verzorgende-IG uit haar team, om de zorg te evalueren bij mevrouw De Waard en haar familie. Mevrouw De Waard is na een CVA opgenomen op de revalidatieafdeling. Na een uurtje komt Gemma terug en vertelt ze dat ze de zorg heeft geëvalueerd: mevrouw De Waard en de familie zijn tevreden met de geleverde zorg. Daarnaast hebben ze gepraat over koetjes en kalfjes. Het zal vast en zeker gezellig zijn geweest, maar als verpleegkundige heeft Zeinab weinig aan dit evaluatiegesprek. Ze weet nu niet in hoeverre de vooraf bepaalde doelen behaald zijn en of het zorgplan misschien bijgesteld moet worden.

Een andere valkuil is om het verpleegplan niet aan te passen aan de hand van de bevindingen uit het evaluatiegesprek. Wanneer diagnoses, doelen of interventies gewijzigd moeten worden, is het belangrijk om het verpleegkundig proces opnieuw te doorlopen en hier niet te makkelijk overheen te stappen. Als je stappen uit het verpleegkundig proces overslaat, is het mogelijk dat de onjuiste diagnose wordt gevolgd door een onvolledig of onduidelijk doel, waar dan een niet-passende interventie op in wordt gezet. Dit zal leiden tot minder gezondheidswinst voor de zorgvrager of een lagere tevredenheid bij de zorgvrager en/of de verpleegkundige.

Een laatste valkuil is vergeten om het evaluatiegesprek te evalueren. Aan het einde van het evaluatiegesprek blik je samen met de aanwezigen terug op het verloop van het evaluatiegesprek. Is alles besproken? Hoe heeft iedere aanwezige het gesprek ervaren? Mogelijk kun je nog verbeterpunten meenemen voor een volgend evaluatiegesprek.



### Reflectieopdracht

Wat bespreek jij allemaal in een evaluatiegesprek? Welke vragen mogen wat jou betreft echt niet ontbreken in het gesprek? Waarom draagt het evalueren van zorg bij aan het verlenen van passende zorg?



### Oefenopgaven in de online omgeving

Ga naar de website en maak de oefentoets *Evaluatie* binnen de zorgsetting die voor jou relevant is. Zo pas je de opgedane kennis direct toe. Je zult de stof zo beter begrijpen én onthouden.

## 9.9 Take home messages

De evaluatie is de laatste stap in het verpleegkundig proces, maar zeker niet onbelangrijk. Door de zorg gestructureerd te evalueren, kun je bepalen of de beoogde zorguitkomsten zijn bereikt. Zo niet, dan kun je ze bijstellen om ze alsnog haalbaar te maken. Ook kun je bij een evaluatie meten of de uitgevoerde verpleegkundige interventies daadwerkelijk het beoogde effect hebben gehad. Misschien is het voldoende om de verpleegkundige interventie te wijzigen, zonder het beoogde zorgresultaat aan te passen. Bovendien is het mogelijk dat er inmiddels een andere verpleegkundige diagnose is vastgesteld, die dan in het nieuwe zorgplan opgenomen moet worden.

Als een zorgplan wordt bijgesteld, kunnen de (nieuwe) verwachtingen van de betrokkenen worden uitgesproken en opnieuw worden vastgesteld wat de meest passende zorg is voor de zorgvrager.



## **Deel 3**

# **Verpleegkundige zorg in tijden van schaarste**

# 10 Verpleegkundige zorg en tekorten

In de vorige hoofdstukken heb je geleerd hoe je het verpleegkundig proces kunt toepassen. Hierbij werd uitgegaan van een situatie waarin je als verpleegkundige tijd en ruimte hebt om de zorgvrager te leren kennen, om alle zorg te kunnen bieden die je nodig acht en om alle zorgvragers persoonsgerichte zorg te bieden. De praktijk is echter niet altijd zo rooskleurig. In de praktijk moeten verpleegkundigen vaak omgaan met tekorten, waardoor ze keuzes moeten maken welke zorg wel en niet geboden kan worden. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de complexe tijd waarin we leven, met aan de ene kant een tekort aan verpleegkundigen, en aan de andere kant een overaanbod aan zorgvragers – zorgvragers die ook nog eens met steeds grotere zorgvragen komen.

Na dit hoofdstuk:

- heb je meer inzicht in strategieën die verpleegkundigen kunnen gebruiken bij het omgaan met schaarste;
- ben je op de hoogte van strategieën die verpleegkundigen kunnen gebruiken bij een acuut of structureel overaanbod van zorgvragers;
- begrijp je dat schaarste kan ontstaan door onderbezetting en/of overaanbod aan zorgvragers;
- ken je de rol van de verpleegkundige bij toekomstige veranderingen in de zorgbehoefte zoals door multimorbiditeit en een grotere rol voor informele zorgverleners.

In het najaar van 2023 is het nieuwe opleidingsprofiel voor de hbo-verpleegkundeopleiding gepubliceerd: Bachelor Nursing 2030 (LOOV, 2023). Dit houdt in dat in 2030 de eerste lichting verpleegkundigen afstudeert die volgens dit nieuwe opleidingsprofiel zal worden opgeleid. Deze groep verpleegkundigen zal, net als de huidige verpleegkundigen, voor grote uitdagingen in de zorg komen te staan. Bij deze uitdagingen gaan verpleegkundigen een grote rol spelen. We werken toe naar het verlenen van passende zorg aan iedere zorgvrager in 2030.

## 10.1 Te weinig verpleegkundigen

Verpleegkundigen krijgen nu – en in de toekomst nog vaker – te maken met onderbezetting en openstaande diensten. Dit vergt veel van hun flexibiliteit en stressbestendigheid. De volgende strategieën kunnen je helpen bij het omgaan met deze problematiek:

- **Zorg prioriteren**

Je stelt prioriteiten en zorgt dat essentiële en de meest dringende zorgtaken eerst uitgevoerd worden. Dit betekent dat je je richt op de zorg die de veiligheid en het welzijn van de zorgvragers het meest direct beïnvloedt.

- **Taken delegeren**

Waar mogelijk delegeer je taken aan andere gekwalificeerde teamleden, zoals helpenden of verzorgenden-IG. Duidelijke communicatie en supervisie zijn daarbij van belang.

- **Flexibel en creatief zijn**

Als verpleegkundige moet je flexibel en creatief zijn in het vinden van oplossingen voor problemen die ontstaan door onderbezetting. Dit kan betekenen dat je innovatieve benaderingen ontwikkelt om de zorg te organiseren of alternatieve methoden vindt om taken uit te voeren, zoals het delegeren van zorg of het gebruik van robots om een deel van de zorg over te nemen.

- **Samenwerken als team**

Goede communicatie en samenwerking binnen het zorgteam zijn cruciaal. Als verpleegkundige moet je effectief communiceren met collega's, artsen en andere zorgprofessionals om de zorg te coördineren en eventuele problemen te bespreken.

- **Zelfzorg**

Het is belangrijk om goed voor jezelf te zorgen, zeker tijdens periodes van onderbezetting. Voldoende rust, voeding en lichaamsbeweging zijn essentieel om stress en burn-out te voorkomen.

Omgaan met onderbezetting kan zeer stressvol zijn, maar het is een realiteit in veel zorginstellingen. Met deze strategieën kun je de kwaliteit van de zorg handhaven en ervoor zorgen dat de behoeften van de zorgvragers zo goed mogelijk worden vervuld, zelfs in uitdagende omstandigheden. Dit doet natuurlijk niet af aan het belang om de personeelstekorten aan te pakken en de werkomstandigheden voor verpleegkundigen te verbeteren.

Prioritering en timemanagement zijn voor verpleegkundigen onmisbaar, zeker bij onderbezetting. De **Eisenhower-matrix** – ook wel bekend als de timemanagementmatrix of Covey's matrix – is een hulpmiddel dat is gebaseerd op een idee van voormalig Amerikaans president Dwight D. Eisenhower (Batra, 2017). Het verdeelt taken en activiteiten in vier categorieën op basis van twee criteria: urgentie en belangrijkheid (zie figuur 10.1).

	Urgent	Niet urgent
Belangrijk	<b>I. Kritische activiteiten</b>	<b>II. Belangrijke doelen</b>
Niet belangrijk	<b>III. Interrupties</b>	<b>IV. Afleiding</b>

**Figuur 10.1** De Eisenhower-matrix

- **Kwadrant I – Kritische activiteiten**

Dit kwadrant omvat taken en activiteiten die onmiddellijke aandacht vereisen, omdat ze zowel urgent als belangrijk zijn. Dit zijn zaken zoals medische noodgevallen, kritieke zorg en acute situaties die onmiddellijke actie vereisen. Behandel deze taken met de hoogste prioriteit.

- **Kwadrant II – Belangrijke doelen**

In dit kwadrant bevinden zich taken die weliswaar belangrijk zijn, maar niet urgent. Dit omvat zaken zoals zorgplanning, preventieve maatregelen, educatie van zorgvragers en de zorg voor zorgvragers met chronische aandoeningen. Besteed proactief tijd aan deze taken om problemen te voorkomen en de kwaliteit van de zorg op de lange termijn te verbeteren.

- **Kwadrant III – Interrupties**

Dit zijn taken die dringend lijken, maar eigenlijk niet bijdragen aan belangrijke doelen, bijvoorbeeld onderbrekingen, onnodige vergaderingen of administratieve rompslomp. Probeer deze taken te minimaliseren of te delegeren zodat je je tijd beter kunt benutten.



- **Kwadrant IV – Afleiding**

In dit kwadrant bevinden zich taken en activiteiten die noch urgent, noch belangrijk zijn. Dit zijn zaken die leiden tot tijdverspilling of afleiding, zoals vaak op en neer lopen tussen de zorgvrager en een voorraadkast, voorraden (her)tel- len of schoonmaaktaken. Probeer deze taken te vermijden of te minimaliseren.

## 10.2 Te veel zorgvragers

Naast een tekort aan collega's kun je als verpleegkundige te maken krijgen met een overaanbod van zorgvragers. Dit kan een structureel probleem zijn, maar ook seizoensgebonden. In de winter krijgen bijvoorbeeld meer mensen griep en daardoor neemt de zorgbehoefte toe. Als je weet dat er in het griepseizoen meer zorgvragers zijn, is het van groot belang dat je je als verpleegkundige hierop goed voorbereidt. Ook hier zijn er enkele strategieën die je kunnen helpen bij de voorbereiding. Deze strategieën gelden ook bij andere (infectie)ziekten die zorgen voor een overaanbod aan zorgvragers:

- **Kennis en training**

Zorg ervoor dat je goed op de hoogte bent van de symptomen, transmissie en preventie van de ziekte. Daarnaast is het essentieel om getraind te zijn in het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (pbm) en infectiepreventie-protocollen.

- **Vaccinatie**

Als verpleegkundige kun je overwegen om je jaarlijks te laten vaccineren tegen bijvoorbeeld de griep om jezelf en je zorgvragers te beschermen.

- **Persoonlijke hygiëne**

Houd strikte persoonlijke-hygiënemaatregelen aan, zoals regelmatig handen wassen en handdesinfectiemiddelen gebruiken. Dit helpt de verspreiding van virussen en bacteriën te voorkomen.

- **Beschikbaarheid van materiaal**

Zorg ervoor dat er voldoende voorraad is van benodigdheden zoals pbm, des- infectiemiddelen en wegwerpartikelen. Dit voorkomt tekorten tijdens piek- perioden.

- **Zorgplanning**

Ontwikkel flexibele zorgplannen die kunnen worden aangepast aan de veran- derende behoeften in tijden waarin het aantal zorgvragers toeneemt. Dit om-

vat mogelijk het opstellen van protocollen voor **cohortzorg** (het groeperen van zorgvragers met vergelijkbare (infectie)ziekten) en het organiseren van extra behandelingsruimtes.

- **Personeelsplanning**

Zorg voor een effectieve personeelsplanning en houd rekening met mogelijke uitval van personeel door ziekte. Overweeg een pool van beschikbare verpleegkundigen die kunnen worden opgeroepen als de vraag plotseling toeneemt.

- **Communicatie**

Zorg voor duidelijke en tijdige communicatie binnen het zorgteam en met andere afdelingen. Dit is essentieel voor een gecoördineerde aanpak en het borgen van zorg bij een toename van zorgvragers.

- **Educatie van zorgvragers en naasten**

Leer zorgvragers en hun naasten over het belang van infectiepreventiemaatregelen om de kans op ziek worden te verkleinen. Betrek naasten en mantelzorgers bij de zorg, zodat zij de zorg eventueel (kortdurend en gedeeltelijk) kunnen overnemen wanneer de nood het hoogst is.

- **Voortdurende evaluatie en aanpassing**

Wanneer er een overaanbod is van zorgvragers, is het belangrijk om de situatie voortdurend te evalueren en maatregelen aan te passen op basis van de actuele behoeften van zowel de zorgvragers als de verpleegkundigen.

Het voorbereiden op zorgvraagpieken vereist proactief denken, flexibiliteit en samenwerking binnen het zorgteam en de zorginstelling. Het doel is en blijft om de best mogelijke zorg te bieden aan zorgvragers, zelfs tijdens periodes van verhoogde zorgvraag.

### 10.2.1 **Acuut overaanbod van zorgvragers**

Naast een structureel of een te verwachten overaanbod van zorgvragers, kan er ook acuut een overaanbod ontstaan, bijvoorbeeld bij een groot ongeval, een ramp of een aanslag. Ziekenhuizen, ambulancediensten en zorgverleners in de eerste lijn zijn hierop voorbereid dankzij rampenplannen, grootschalige oefeningen en duidelijke samenwerkingsafspraken. Op deze manier kan in het geval van een grote toestroom van zorgvragers meteen worden opgeschaald en kunnen zo veel mogelijk mensen worden geholpen.

**Triage op de plaats incident**

Bij een groot incident met veel slachtoffers zullen ambulanceverpleegkundigen een zeer snelle triage uitvoeren om de slachtoffers in verschillende categorieën in te delen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van een kleurensysteem:

T1 – rood	levensbedreigend gewond, directe zorg nodig
T2 – geel	snelle hulp noodzakelijk
T3 – groen	slachtoffer kan zelf lopen, zorg kan wachten
T4 – zwart	overleden

Onder de categorie T4 vallen bijvoorbeeld ook slachtoffers die zo'n ernstige bloeding hebben, dat deze op het moment zelf niet gestelpt kan worden en waardoor het slachtoffer zal komen te overlijden. Het toekennen van deze status aan slachtoffers is een zwaarwegend besluit en zal enkel worden gebruikt in oorlogstijd of bij rampen met zeer grote aantallen gewonden en een ontoereikend aantal zorgverleners (NIPV, 2023).

**10.2.2 Pandemische paraatheid**

Een van de lessen van de COVID-19-pandemie in Nederland is dat het land ondanks allerlei protocollen, richtlijnen en draaiboeken niet was voorbereid op zo'n grote uitbraak van een infectieziekte. Om de zogenoemde **pandemische paraatheid** van Nederland te vergroten, heeft het kabinet een bedrag van 670 miljoen euro uitgetrokken om tussen 2023 en 2026 een centrale aansturing van het land in tijden van een pandemie te bewerkstelligen. Hierdoor kan in tijden van crisis op een snellere en slagvaardigere manier worden gehandeld. Ook wordt geïnvesteerd in onderzoek en innovatie om in de toekomst beter te reageren op een pandemie, in het opleiden van meer artsen met een specialisatie in infectieziektebestrijding en in de beschikbaarheid van medische producten, waaronder mondmaskers en handschoenen (Ministerie van Algemene Zaken, 2022).

Deze maatregelen worden genomen om de gevolgen van een eventuele nieuwe pandemie te beperken en de zorg niet te overbelasten wanneer een overaanbod aan zorgvragers ontstaat. De kans dat er een nieuwe epidemie (nationaal) of pandemie (internationaal) zal ontstaan, is reëel; daarom is het belangrijk om voorbereid te zijn op een dergelijk scenario met een overaanbod aan zorgvragers.

### 10.3 Verpleegkundige verantwoordelijkheid bij schaarste

In tijden van tekorten en van schaarste aan zorgverleners, of een overaanbod van zorgvragers, heb je als verpleegkundige een aantal belangrijke verantwoordelijkheden.

- **Prioritering**

Zoals beschreven in paragraaf 10.1, is het de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen om de juiste prioriteiten te stellen in de zorgverlening. Een zorgvuldige en onderbouwde prioritering van zorg is nodig om de best mogelijke zorg te blijven bieden. Je prioriteert op basis van welke zorgvrager het meeste nood heeft aan een levensreddende handeling. Hier maak je tijd voor door bijvoorbeeld het aantal douchemomenten te reduceren tot het absolute minimum.

- **Optimale zorgverlening**

Ondanks beperkte middelen moeten verpleegkundigen zich blijven inzetten om zo veel mogelijk zorgvragers de best mogelijke zorg te leveren. Dit kan betekenen dat ze creatieve oplossingen moeten vinden en zich moeten aanpassen aan veranderende omstandigheden.

- **Communicatie en samenwerken**

Als verpleegkundige moet je nauw samenwerken met andere zorgprofessionals om de beschikbare middelen en behandelingsplannen te coördineren. Duidelijke communicatie is cruciaal om ervoor te zorgen dat iedereen op dezelfde lijn zit.

- **Optimaal gebruikmaken van middelen**

Als verpleegkundige moet je zorgvuldig omgaan met de beschikbare middelen (zoals medicijnen, apparatuur en persoonlijke beschermingsmiddelen) om verspilling te voorkomen en ervoor te zorgen dat ze beschikbaar blijven voor degenen die ze het meest nodig hebben.

- **Eigen veiligheid en welzijn**

Je moet je eigen veiligheid en welzijn in acht nemen. Dit omvat het correct gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en het nemen van maatregelen om blootstelling aan infecties of andere risico's te minimaliseren.

- **Ethische besluitvorming**

Je kunt te maken krijgen met ethische dilemma's, vooral als de middelen zeer beperkt zijn. Je moet ethische besluiten nemen die in lijn zijn met jouw eigen kernwaarden en de belangen van de zorgvragers. De beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden geeft hierbij handvatten (CGMV vakorganisatie voor christenen et al., 2015).

- **Reflectie**

Kritisch nadenken en kritische vragen stellen aan jezelf, collega's en zorgvragers is een belangrijk onderdeel van het verpleegkundig beroep en het verpleegkundig proces. Alleen zo houd je jezelf en anderen scherp en voorkom je dat jij en je collega's handelingen uitvoeren uit automatisme in plaats van dat je de handelingen onderbouwd en gepersonaliseerd inzet bij de zorgvrager.

## 10.4 Multimorbiditeit en chronische zorg

De komende jaren zal zowel het aantal zorgvragers met een chronische aandoening als het aantal zorgvragers met **multimorbiditeit** (het gelijktijdig hebben van meerdere medische aandoeningen) toenemen. De behoefte aan **chronische zorg** zal hierdoor groeien en dit zal aanzienlijke gevolgen hebben voor de verpleegkundige zorg. De complexiteit van de zorg neemt toe, doordat meerdere aandoeningen van zorgvragers elkaar beïnvloeden. Dit vereist klinische kennis en kunde over de interactie van ziektebeelden en een intensieve samenwerking met meerdere specialismen.

Daarnaast wordt de rol van verpleegkundigen in het kader van preventie en educatie steeds groter. Mensen met een chronische aandoening kunnen zelf (gedeeltelijk) leren hoe ze hiermee om kunnen gaan. Het geven van voorlichting over **zelfmanagement**, **therapietrouw**, leefstijl en gezondheid is een taak van de verpleegkundige. Ook het geven van instructie en advies over de mogelijkheden van (technologische) hulpmiddelen kan een taak voor de verpleegkundige zijn, om zo zorgvragers te trainen om zelfredzamer te worden. Dit kan gaan om instructie en advies aan zorgvragers zelf, maar ook aan mantelzorgers en het netwerk van de zorgvrager. Mantelzorgers zullen in de toekomst namelijk een grotere rol (moeten) spelen om de toenemende zorgvraag te ondervangen – en dat vergt van verpleegkundigen een andere manier van samenwerken. De samenwerking met informele zorgverleners (zoals mantelzorgers en vrijwilligers) wordt belangrijker, omdat het informele netwerk van een zorgvrager een belangrijkere schakel in de zorg zal vormen. Het is een uitdaging om als verpleegkundige ook hierin de samenwerking te zoeken, flexibel en betrokken te blijven en nog steeds dezelfde hoogwaardige zorg te blijven bieden aan een groeiende populatie met zorgvragers.



### Reflectieopdracht

Waar zie jij het meeste tegenop als je kijkt naar de stijgende zorgvraag de komende jaren? Welke emoties roept dit bij je op? Hoe ga je hiermee om in de praktijk?

## 10.5 Take home messages

Alle veranderingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg hebben ook invloed op de verpleegkundige zorg. Verpleegkundigen lopen steeds vaker tegen tekorten aan. Dit uit zich in een overaanbod aan zorgvragers of een tekort aan materialen, tijd of middelen om de zorg uit te voeren zoals de verpleegkundige dit het liefst zou willen. Prioriteren is essentieel in tijden van tekorten en schaarste.

Ook kun je je voorbereiden op tijden waarin je schaarste en tekorten verwacht, zoals de winterperiode (toename van zorgvragers met griepklachten en uitval van zorgverleners door de griep) of juist in de zomerperiode (wanneer meer zorgverleners vakantie aanvragen).

De komende jaren zal het aantal zorgvragers toenemen, zal de zorgvraag van deze zorgvragers zwaarder worden en zal het aantal zorgverleners niet verder toenemen. We moeten dus meer gaan doen met minder mensen en middelen. Dit vergt veel van jou als (toekomstig) verpleegkundige. Kritisch denken is een essentiële vaardigheid om het verpleegkundig proces zodanig te doorlopen dat er ook in 2030 nog passende zorg kan worden verleend.

# Bijlage

## Anamneseformulier

### NANDA-I

#### Medische diagnoses en beleid

##### *Medisch beleid*

- Welke afspraken zijn er gemaakt omtrent medisch beleid (denk aan behandelingen zoals reanimeren, ziekenhuisopnames of een palliatief beleid)?

##### *Medische diagnoses*

- Welke medische diagnoses zijn in het verleden bij u gesteld?
- Vindt u het goed als we uw medische voorgeschiedenis bij de huisarts opvragen?

##### *Zorgteam*

- Welke professionals zijn er bij u betrokken?

#### Taxonomie

##### 1 Gezondheidsbevordering

##### *Gezondheidsbeleving*

- In welke mate probeert u gezond te leven?
- Hoe gezond voelt u zich?
- Hoe was uw gezondheid in het verleden?
- Hoe kijkt u naar de komende tijd?

##### *Omggaan met gezondheid*

- Zoekt u hulp als u problemen met uw gezondheid ervaart?
- Welke mogelijkheden ziet u daarin?
- Krijgt u professionele hulp (lichamelijk, geestelijk of maatschappelijk)?
- Hoe is de samenwerking tussen de betrokken zorgprofessionals en uzelf?

##### *Medicatie*

- Welke medicatie gebruikt u en waarvoor gebruikt u deze medicatie?
- Krijgt u hier hulp bij?

*Rook- en drinkgedrag*

- Rookt u of heeft u gerookt?
- Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?
- Gebruikt u verdovende of stimulerende middelen?

## **2 Voeding**

*Voeding en gewicht*

- Bent u tevreden over uw gewicht? Is uw gewicht de laatste zes maanden veranderd? Gewenst of ongewenst?
- Wat is uw lengte en gewicht? (Bereken de Body Mass Index.)
- Wat eet u dagelijks? Volgt u een dieet? Wat vindt u lekker en wat vooral niet?
- Heeft u problemen met uw mondgezondheid (slijmvlies-, tand-, prothese- en/of slikproblemen)?
- Heeft u gebitsproblemen? Draagt u een gebitsprothese?
- Heeft u slikproblemen? Verslikt u zich weleens?

## **3 Uitscheiding en uitwisseling**

*Uitscheiding*

- Heeft u huidproblemen? Zo ja, welke?
- Heeft u last van overmatig zweten?
- Hoe gaat het met plassen? Ervaart u hier problemen in?
- Bent u incontinent van urine?
- Bent u incontinent van ontlasting?
- Hoe gaat het met de ontlasting? Ervaart u hier problemen in?

## **4 Activiteit en rust**

*Lichamelijke beweging*

- Hoe gaat het met uw dagelijkse beweging?
- Zou u meer willen bewegen of sporten? Wat zijn belemmerende factoren hierin?
- Herstelt u snel na inspanning?
- Kunt u makkelijk bewegen (bukken, buigen, knielen)?

*Energie, conditie en slaap*

- Hoe staat het met uw lichamelijke conditie?
- Hoe slaapt u? En bent u tevreden over de kwaliteit van uw slaap?
- Wordt u uitgerust wakker?



*Week- en daginvulling*

- Hoe zien uw week en dag eruit? Wat zijn uw belangrijkste dagelijkse activiteiten?
- Heeft u overzicht over uw week?
- Zijn er belemmeringen om te kunnen doen wat u belangrijk vindt? Denk aan vervoer, financiën, gezondheid, enzovoort.
- Zit er voldoende balans tussen activiteiten en rust?

*Zelfstandigheid*

- Wordt u belemmerd in uw zelfstandigheid?
- Wat doet u eraan om voor uzelf te zorgen (koken, boodschappen, huishouden, mobiliteit)?
- Wat zou u graag willen leren? Kunt u goed nieuwe dingen aanleren? Wat zou u graag willen behouden?
- Hoe kijkt u naar de toekomst?
- Weet u wat u wel kan en wat u niet kan?
- Ervaart u belemmeringen in het huishouden?

## **5 Waarneming en cognitie**

*Cognitie*

- Zijn er de afgelopen tijd veranderingen opgetreden in uw geheugen?
- Is er onderzoek gedaan naar uw geheugen?
- Zijn er de afgelopen tijd veranderingen opgetreden in uw concentratievermogen?
- Hoort u stemmen of ziet u personen, dieren, objecten die personen in uw omgeving niet kunnen horen of zien?

*Zintuiglijke waarneming*

- Zijn er de afgelopen tijd veranderingen geweest in uw oriëntatie?
- Ervaart u problemen met spreken? Wat zijn hierin belemmerende factoren?
- Hoe is uw gehoor?
- Kunt u goed zien?
- Kunt u goed lezen?
- Kunt u goed ruiken?
- Kunt u goed voelen?

*Geld en administratie*

- Heeft u zicht op uw inkomsten en uitgaven?
- Kunt u goed omgaan met geld en administratie?
- Behandelt u zelf de post of zorgt iemand anders voor uw administratie?

## 6 Zelfperceptie

### *Zingeving*

- Hoe staat u in het leven? Heeft u een zinvol leven? Heeft u 's morgens zin in de dag?
- Wat vindt u belangrijk in het leven? Waar wordt u blij van?
- Wat wilt u graag bereiken? Wat wilt u graag doen?

### *Gemoedstoestand*

- Voelt u zich vrolijk? Bent u gelukkig? Zit u lekker in uw vel?
- Is uw stemming de laatste tijd veranderd?

## 7 Rollen en relaties

### *Sociaal contact*

- Heeft u voldoende sociale contacten met wie u leuke dingen kunt doen en uw gevoelens kunt delen? Ontvangt u steun van naasten?
- Hoe ziet uw netwerk eruit (buren/familie/vrienden)? Heeft u een relatie en/of (klein)kinderen? Hoe is het contact? Is dit de laatste tijd veranderd?
- Voor wie bent u van betekenis?
- Voelt u zich eenzaam? En wat zou u daaraan willen doen?
- Kunt u iets vertellen over: kindertijd, getrouwd leven, huis, kinderen, bezigheden? Wilt u dat we ergens rekening mee houden in de zorg?

### *Mantelzorginformatie*

- Ontvangt u mantelzorg en zo ja door wie?
- Hoe ervaart u het om hulp van anderen te ontvangen?
- Bent u zelf mantelzorger en zo ja voor wie?
- Wie is de eerste contactpersoon?

### *Waardig worden behandeld*

- Hoe wordt u behandeld door de mensen (familie of hulp) die u helpen of verzorgen?
- Wat doet u eraan om anderen met respect en waardigheid te behandelen?
- Hoe wordt u graag aangesproken? Wat vindt u belangrijk in de omgang?

## 8 Seksualiteit

### *Seksualiteit en intimiteit*

- Ervaart u voldoende intimiteit in uw leven?
- Is er de laatste tijd verandering gekomen in uw intimiteit? Is dit gewenst of ongewenst?
- Bent u tevreden over uw seksuele leven?
- Ervaart u problemen op het gebied van seksualiteit en/of intimiteit?

## 9 Coping en stresstolerantie

### *Omgaan met stress*

- Ervaart u spanning of stress en zo ja waarvan?
- Hoe gaat u daarmee om?
- Heeft u iemand met wie u over uw gevoelens of problemen kan praten?

### *Veranderingen in het leven*

- Heeft u de afgelopen periode grote veranderingen meegemaakt in uw leven?
- Hoe gaat u om met veranderingen of moeilijke situaties in het leven?
- Verliest u weleens de hoop of de grip op het leven? Hoe gaat u hiermee om?
- Ervaart u controle over uw leven?
- Ervaart u evenwicht in uw leven?

## 10 Levensprincipes

### *Normen en waarden*

- Wat vindt u belangrijk in het leven?
- Welke normen/waarden vindt u belangrijk in de zorgverlening?

### *Geloofsovertuiging*

- Bent u gelovig en praktiserend? En zo ja, waarin en hoe?
- Zijn er gebruiken bij uw geloofsovertuiging en/of etnische achtergrond waar we rekening mee moeten houden?

### *Overlijden*

- Waar zou u willen sterven? (Ziekenhuis, eigen woning, verpleeghuis, hospice, bijna-thuis-huis, anders.)
- Heeft u nog wensen rondom uw overlijden?
- Kennen uw naasten uw wensen rondom het overlijden?

## 11 Veiligheid en bescherming

### *Veilig voelen*

- Voelt u zich veilig in uw huis en omgeving?
- Hoe is uw leefsituatie? Hoe is uw woonsituatie?
- Bent u tevreden over uw woon- of leefsituatie?
- Hoe handelt u in noodsituaties?
- Zijn er omstandigheden waarbij u in de war raakt? Zo ja, welke zijn dat?
- Zijn er aanpassingen in huis? Zo ja, welke?
- Gebruikt u hulpmiddelen? Zo ja, welke? Heeft u aanvullende hulpmiddelen nodig voor de zorgverlening?

### *Ziekenhuisopname en vallen*

- Bent u in de afgelopen twaalf maanden in het ziekenhuis opgenomen geweest? Zo ja, hoe vaak?
- Hoeveel dagen heeft u in totaal de afgelopen twaalf maanden in het ziekenhuis gelegen?
- Hoe vaak is het de afgelopen twaalf maanden voorgekomen dat er binnen dertig dagen na ziekenhuisopname een heropname plaatsvond?
- Bent u de afgelopen twaalf maanden gevallen? Zo ja, hoe vaak?
- Hoe vaak bent u de afgelopen twaalf maanden gevallen waarbij er professionele hulp nodig is geweest (exclusief opname ziekenhuis)?
- Hoe vaak bent u de afgelopen twaalf maanden gevallen waarbij u iets heeft gebroken?
- Hoe vaak bent u de afgelopen twaalf maanden gevallen met een ziekenhuisopname als gevolg?

## 12 Welbevinden

### *Pijn*

- Ervaart u pijnklachten? Zo ja, wat is uw pijnscore op dit moment?
- In welke mate heeft dit effect op uw dagelijks leven?
- Wat heeft u zelf al gedaan om dit te bestrijden?

### *Misselijkheid*

- Ervaart u misselijkheid?
- In welke mate heeft dit effect op uw dagelijks leven?
- Wat heeft u zelf al gedaan om dit te bestrijden?

*Sociaal welbevinden*

- Heeft u voldoende contacten in uw netwerk?
- In welke mate bent u tevreden met uw netwerk?
- In welke mate voelt u zich weleens eenzaam?

**13 Groei en ontwikkeling**

*Toekomstplannen*

- Heeft u plannen voor de toekomst en zo ja, welke?
- Wat zou u nog willen doen of willen leren?
- Wat wilt u zo lang mogelijk zelfstandig blijven doen?



# Begrippenlijst

<b>Autonomie</b>	Het recht en de mogelijkheid van individuen om zelf beslissingen te nemen, hier met betrekking tot hun eigen gezondheid en zorg. Het benadrukt het respecteren van de persoonlijke keuzes, waarden en voorkeuren van de zorgvrager.
<b>AVG</b>	Algemene verordening gegevensbescherming; Europese wet die sinds 2018 de bescherming van persoonsgegevens regelt.
<b>Barthel-index</b>	Meetinstrument om iemands functioneringsniveau op het gebied van zelfredzaamheid in het dagelijks leven te beoordelen.
<b>Bereidheidsdiagnose</b>	Diagnose van de bereidheid van de zorgvrager om ergens aan te werken.
<b>Chronische zorg</b>	Zorg die levenslang nodig blijft.
<b>Cohortzorg</b>	Methode waarbij verpleegkundigen (gespecialiseerde) zorg bieden aan een specifieke groep zorgvragers met vergelijkbare zorgbehoeften of aandoeningen. Met deze aanpak wordt gestreefd naar doelmatige en op maat gemaakte zorg door de expertise van het zorgteam te concentreren op de specifieke kenmerken van de cohort.
<b>Comorbiditeit</b>	Het gelijktijdig voorkomen van twee of meer medische aandoeningen of ziekten bij een zorgvrager. Deze aandoeningen kunnen elkaar beïnvloeden. Comorbiditeit kan dus van invloed zijn op het verloop en de behandeling van iedere afzonderlijke aandoening.
<b>Diagnosematrix</b>	Hulpmiddel voor verpleegkundigen om hypothetische diagnoses te ordenen en diagnoses vast te stellen, te parkeren of te elimineren.
<b>Dubbeldiagnostiek</b>	Het gelijktijdig voorkomen van twee medische aandoeningen of verpleegkundige problemen die elkaar negatief beïnvloeden. Dubbeldiagnostiek biedt vaak extra uitdagingen op het gebied van diagnosestelling en het beïnvloeden van de oorzaken van de problemen. Een geïntegreerde aanpak is noodzakelijk om beide problemen aan te kunnen pakken.

<b>Dubbele vergrijzing</b>	Situatie waarin het aantal ouderen binnen de bevolkingssamenstelling procentueel toeneemt en de levensverwachting stijgt.
<b>EBP</b>	Zie Evidence Based Practice
<b>Ecogram</b>	Overzicht van het netwerk van een zorgvrager.
<b>eHealth</b>	<i>Electronic health</i> ; het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de gezondheidszorg te ondersteunen en te verbeteren. eHealth bestaat onder andere uit de toepassing van elektronische zorgdossiers, gezondheidsapps en digitale zelfhulp-programma's voor zorgvragers.
<b>Eigen regie</b>	Het vermogen van individuen om zelfstandig beslissingen te nemen en de controle te voeren over hun eigen leven, met name met betrekking tot gezondheid en welzijn. Zorgvragers voeren eigen regie als ze de leiding hebben over hun eigen zorgproces.
<b>Eisenhower-matrix</b>	Hulpmiddel om taken te rangschikken op basis van urgentie en belangrijkheid. Het verdeelt taken in vier kwadranten om prioriteiten te stellen: urgent en belangrijk, niet urgent maar belangrijk, urgent maar niet belangrijk, noch urgent noch belangrijk.
<b>Empathische benadering</b>	Benaderingswijze waarbij je als verpleegkundige begrip toont voor gevoelens, ervaringen en perspectieven van anderen en je in hen inleeft. Het impliceert het vermogen om emoties van anderen te begrijpen en jezelf emotioneel te verbinden met hun belevingswereld. Bij een empathische benadering heb je aandacht voor de psychosociale aspecten van zorgvragers, luister je naar hen, erken je hun gevoelens en toon je begrip voor hun individuele behoeften, voorkeuren en waarden.
<b>eOverdracht</b>	Elektronische uitwisseling van informatie en gegevens tussen zorgverleners, zorginstellingen en andere betrokkenen bij de zorg. In het kader van de verpleegkundige zorg heeft de term <i>eOverdracht</i> ook betrekking op de informatiestandaard eOverdracht, waarin is beschreven waaraan een verpleegkundige overdracht moet voldoen.
<b>Epd</b>	Elektronisch patiëntendossier, afhankelijk van de zorgsetting ook wel ecd (elektronisch cliëntendossier); digitaal dossier voor de uitvoering en het vastleggen van het verpleegkundig proces van een individuele zorgvrager.



<b>Etiologie</b>	Oorzaak van een aandoening of verpleegprobleem.
<b>Evidence Based Practice (EBP)</b>	Benadering waarbij drie pijlers worden gecombineerd om de best passende zorg te realiseren: wetenschap, ervaringen van de expert/verpleegkundige en de persoonlijke voorkeuren van de zorgvrager.
<b>Heteroanamnese</b>	Het verkrijgen van informatie over een zorgvrager uit waarnemingen en verslagen van anderen, zoals familieleden, vrienden, buren of andere betrokkenen. De heteroanamnese vult de anamnese aan.
<b>Holistische benadering</b>	Benadering van de zorgvrager in het geheel; vanuit het fysieke, mentale, emotionele, sociale en spirituele vlak. Het holisme gaat uit van een onlosmakelijke verbondenheid tussen deze elementen. Wanneer een van de elementen wordt getroffen door een medisch of verpleegkundig probleem, heeft dit effect op de andere elementen.
<b>Hypothetische diagnose</b>	Voorlopige of vermoedelijke diagnose die nog niet is gevalideerd, geparkeerd of geëlimineerd.
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health; classificatiesysteem ontwikkeld door de WHO, bestaande uit drie componenten: fysiologische functies en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie, en factoren die van invloed zijn op de gezondheid.
<b>Informele zorg</b>	Zorg die onbezoldigd wordt verleend door familieleden, buren en andere personen uit het sociale netwerk van de zorgvrager. Mantelzorg is een vorm van informele zorg. Mensen die deze zorg verlenen worden informele zorgverleners genoemd.
<b>Integrale verpleging</b>	Verpleegkundige zorg vanuit een holistische benadering van de zorgvrager. Het tegenovergestelde van integrale verpleging is taakgerichte verpleging.
<b>Klinisch redeneren</b>	De vaardigheid van verpleegkundigen om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis, en nadenken over problemen van zorgvragers in een klinische setting. Veiligheid en welzijn staan centraal.

<b>Kosten-baten-afweging</b>	Afweging van kosten en baten van een ingreep. Kosten kunnen bestaan uit tijd, middelen en eventuele negatieve gevolgen zoals complicaties of bijwerkingen. Baten zijn bijvoorbeeld gezondheidswinst, kwaliteit van leven of het bereiken van de beoogde zorguitkomsten.
<b>Kritisch denken</b>	De vaardigheid van verpleegkundigen om informatie rationeel te analyseren, evalueren en interpreteren om weloverwogen beslissingen te nemen. Als je kritisch denkt, trek je aannames in twijfel.
<b>Kwaliteit van leven</b>	Subjectieve en veelomvattende maatstaf om het algemene welzijn van een individu te beschrijven. Het omvat fysieke gezondheid, psychologisch welbevinden, sociale relaties, materiële welvaart en levensvoldoening.
<b>Level of evidence (LOE)</b>	Type methodologie van een (wetenschappelijk) onderzoek. Het laagste level is een mening van een expert, het hoogste level bevat systematische reviews en meta-analyses.
<b>Mantelzorg</b>	Zorg die vrijwillig en niet beroepsmatig verleend wordt door een bekende van de zorgvrager.
<b>Multimorbiditeit</b>	Situatie waarin een zorgvrager op hetzelfde moment twee of meer chronische aandoeningen heeft.
<b>NANDA-International (NANDA-I)</b>	North American Nursing Diagnosis Association International; classificatiesysteem van verpleegkundige diagnoses, ontwikkeld door NANDA International.
<b>NIC</b>	Nursing Intervention Classification; classificatiesysteem bestaande uit 565 verschillende verpleegkundige interventies, die de verpleegkundige kan toepassen om zorguitkomsten (NOC) te bereiken.
<b>NOC</b>	Nursing Outcome Classification; classificatiesysteem met 540 verschillende zorguitkomsten, die gelieerd zijn aan de verpleegkundige diagnoses uit de NANDA-I. De zorguitkomsten kunnen worden bereikt door interventies uit de NIC toe te passen.
<b>Objectieve gegevens</b>	Feitelijke en meetbare informatie die zonder interpretatie of persoonlijke mening wordt verzameld. In de context van de gezondheidszorg bijvoorbeeld vitale functies, laboratoriumresultaten en fysieke kenmerken.

<b>Objectiveren</b>	Informatie of waarnemingen presenteren op een feitelijke, onbevooroordeelde en meetbare manier, zonder interpretatie of persoonlijke gevoelens. In de context van medisch onderzoek betekent objectiveren het verzamelen en presenteren van meetbare gegevens over de gezondheidstoestand van een individu.
<b>Omaha System</b>	Classificatiesysteem gebouwd op drie pijlers: probleemclassificatie, interventieclassificatie en resultaatclassificatie. Het Omaha System omvat probleemcategorieën, interventies en een schaalverdeling voor het meten van zorgresultaten.
<b>Pandemische paraatheid</b>	De staat van voorbereiding en planning die een land hanteert om te kunnen reageren op een mogelijke pandemie.
<b>PES-structuur</b>	Probleem, Etiologie, Symptomen; structuur om een verpleegkundige probleemdiagnose op te stellen en te onderbouwen. De PES-structuur helpt om verbanden te leggen tussen het probleem, het ontstaan van het probleem en de uiting van het probleem bij de zorgvrager.
<b>Positieve Gezondheid</b>	Concept ontwikkeld door Machteld Huber waarbinnen gezondheid wordt opgevat niet als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en eigen regie te voeren.
<b>Probleemcluster</b>	Groep van aan elkaar gerelateerde gezondheidsproblemen of verpleegkundige diagnoses. Het doel van het clusteren van problemen of diagnoses is om het zorgplan compacter te maken, de zorgvrager holistisch te benaderen en een beter beeld te krijgen van de complexiteit van de gezondheidssituatie van een zorgvrager.
<b>Probleemdiagnose</b>	Diagnose van een probleem, waarbij ook de etiologie en de symptomen worden beschreven. Zie ook: PES-structuur.
<b>Procesevaluatie</b>	Evaluatie van de uitvoering van zorginterventies en de efficiëntie van het zorgproces.
<b>Productevaluatie</b>	Evaluatie van de uitkomsten en effectiviteit van de geleverde zorginterventies.
<b>Risicodiagnose</b>	Diagnose van een potentieel probleem, waarbij nog geen symptomen aanwezig zijn.

<b>RUMBA-methode</b>	Methode om doelen te formuleren volgens de criteria <i>Relevant</i> (relevant), <i>Understandable</i> (begrijpelijk), <i>Measurable</i> (meetbaar), <i>Behavioral</i> (gedrag) en <i>Attainable</i> (haalbaar).
<b>SMART-methode</b>	Methode om doelen te formuleren volgens de criteria Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden.
<b>Somatische zorg</b>	Lichamelijke of fysieke zorg, gericht op het behandelen of verzorgen van lichamelijke aspecten van gezondheid en ziekte.
<b>Structuurevaluatie</b>	Evaluatie van de organisatorische en institutionele aspecten die de zorg beïnvloeden.
<b>Subjectieve gegevens</b>	Persoonlijke waarnemingen, gevoelens of meningen die niet objectief meetbaar zijn. In de context van de gezondheidszorg bijvoorbeeld pijnniveaus.
<b>Taakgerichte verpleging</b>	Verpleging waarbij iedere zorgverlener een specifieke taak uitvoert. De nadruk ligt op efficiëntie. Het tegenovergestelde van taakgerichte verpleging is integrale verpleging.
<b>Therapietrouw</b>	De mate waarin een zorgvrager de gezondheidszorginstructies (zoals medicatie-inname, dieet of aanpassingen in de leefstijl) opvolgt.
<b>Verpleegkundig proces</b>	Systematische benadering van zorgvragers volgens de volgende stappen: anamnese, diagnose, uitkomsten, interventies, uitvoering en evaluatie.
<b>Verpleegkundig redeneren</b>	Variant van klinisch redeneren die specifiek gericht is op de verpleegkunde en de kennis, vaardigheden en beoordelingsprocessen die daarbij horen.
<b>Verpleegkundige anamnese</b>	Eerste stap van het verpleegkundig proces. Deze stap omvat het systematisch en gestructureerd verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van de zorgvrager.
<b>Verpleegkundige classificatiesysteem</b>	Gestandaardiseerd systeem om verpleegkundige gegevens te organiseren, categoriseren en classificeren. Classificatiesystemen dienen om de communicatie tussen verpleegkundigen te verbeteren, het verpleegkundig proces te ondersteunen en bij te dragen aan Evidence Based Practice.

<b>Verpleegkundige diagnose</b>	Klinische beoordeling van een actueel of potentieel gezondheidsprobleem bij een zorgvrager. Een verpleegkundige diagnose is gericht op de reactie van een zorgvrager op een ziekte of probleem.
<b>Verpleegkundige interventie</b>	Doelgerichte actie of activiteit die de verpleegkundige uitvoert als onderdeel van het zorgplan. Goede verpleegkundige interventies zijn doelgericht, gebaseerd op Evidence Based Practice en toegespitst op de zorgvrager.
<b>Verpleegkundige overdracht</b>	Proces waarbij verpleegkundigen informatie en verantwoordelijkheden betreffende patiëntenzorg overdragen aan collega's. Dit omvat informatie zoals de medische geschiedenis, actuele toestand, zorgplannen en eventuele specifieke behoeften van de patiënt, om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te waarborgen.
<b>Verpleegkundige zorguitkomst</b>	Meetbaar resultaat van een verpleegkundige interventie. Goede verpleegkundige uitkomsten zijn geformuleerd met gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundigen.
<b>Verpleegsensitief</b>	Door verpleegkundig handelen te beïnvloeden.
<b>Warme overdracht</b>	Gestructureerde en persoonlijke overdracht van zorginformatie tussen zorgverleners, waarbij directe communicatie plaatsvindt en er ruimte is voor vragen. Een warme overdracht bevordert de continuïteit van zorg en een soepele overgang van verantwoordelijkheden.
<b>Zelfmanagement</b>	Het vermogen van individuen om doelbewust hun eigen gezondheid en welzijn te bevorderen en te beheren.
<b>Zelfredzaamheid</b>	Het vermogen van een zorgvrager om voor zichzelf te zorgen en taken uit te voeren die nodig zijn voor het dagelijks leven.



# Literatuur

- Actiz. (2022, 2 november). *Bekwaam is bevoegd: Tien principes voor een toekomstige arbeidsmarkt in de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.actiz.nl/bekwaam-bevoegd-tien-principes-voor-een-toekomstige-arbeidsmarkt-de-ouderenzorg](http://www.actiz.nl/bekwaam-bevoegd-tien-principes-voor-een-toekomstige-arbeidsmarkt-de-ouderenzorg)
- American Academy of Nursing. (z.d.). *Choosing wisely – American Academy of Nursing*. About the Choosing Wisely Initiative. Geraadpleegd op 30 oktober 2023, van [www.aannet.org/americanacademyofnursing/initiatives/choosing-wisely](http://www.aannet.org/americanacademyofnursing/initiatives/choosing-wisely)
- Batra, P. (2021). Eisenhower Box for Prioritising Waiting List of Orthodontic Patients. *Oral Health and Dental Management*, 16(1), 1-3.
- Ben-Sadoun, G., Michel, É., Annweiler, C. & Sacco, G. (2022). Human fall detection using passive infrared sensors with low resolution: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 35-53. <https://doi.org/10.2147/cia.s329668>
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Polity.
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M.M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. & Vainieri, M. (2021). Response to COVID-19: Was Italy (un)prepared? *Health Economics, Policy and Law*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1017/s1744133121000141>
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M. (Red.). (2020). *Verpleegkundige interventies* (5e, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.-a). *Ouderen*. Geraadpleegd op 9 mei 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.-b). *Bevolkingspiramide*. Geraadpleegd op 10 november 2023, van [www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide](http://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingspiramide)
- CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN. (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden: leidraad voor je handelen als professional*.
- Chesal, R. & Overkleef, D. (2020, 30 maart). Waarom Nederland vergeleken met andere landen weinig IC-bedden heeft. NOS. <https://nos.nl/artikel/2328874-waarom-nederland-vergeleken-met-andere-landen-weinig-ic-bedden-heeft>
- CIBG. (2023, 2 oktober). *Cijfers*. BIG-register – Over het BIG-register. Geraadpleegd op 30 oktober 2023, van [www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers](http://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers)
- Da Silva, V.R.O., Da Cunha, R.S., Da Cunha Pena, J.L., De Almeida, A.N.F., De Almeida Fernandes Rodrigues, É.T., Nemer, C.R.B., Favacho, V.B.C. & Da Silva Pena, F.P. (2020). Functional capacity and life expectancy in elderly quilombolas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0531>
- FNI. (z.d.). *Florence Nightingale instituut – Florence Nightingale (1820-1910)*. Geraadpleegd op 30 oktober 2023, van [www.fni.nl/florence-nightingale-1820-1910](http://www.fni.nl/florence-nightingale-1820-1910)

- GGD Limburg-Noord. (z.d.). *Positieve gezondheid*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.ggdlimburgnoord.nl/voor-inwoners/gezond-leven/positieve-gezondheid](http://www.ggdlimburgnoord.nl/voor-inwoners/gezond-leven/positieve-gezondheid)
- Groot, K. de. (2022). *Notes on nursing documentation: Quality criteria and views of nurses and patients* (proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam). Nivel.
- Gupta Strategists. (2022). *Uitweg uit de schaarste: Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg*. FME.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. & Lopes, C.T. (2021). *NANDA-International: verpleegkundige diagnoses en classificaties 2021-2023*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Huisartsgeneeskunde. (2021, 23 april). *Wat is Positieve Gezondheid? Interview met Machteld Huber*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://huisarts.bsl.nl/video/wat-is-positieve-gezondheid/>
- ICT & Health. (2018, 22 juni). Technologische vernieuwing draagt bij aan 174 miljard euro zorgkosten in 2040. Geraadpleegd van <https://icthealth.nl/nieuws/technologische-vernieuwing-draagt-bij-aan-174-miljard-euro-zorgkosten-in-2040/>
- Institute for Positive Health. (2023, 28 september). *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/](http://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/)
- IQ Healthcare & V&VN. (2021). *Beter Laten: wondzorg*. Geraadpleegd van [www.venvn.nl/media/rzllpcgj/beter\\_laten\\_wondzorg.pdf](http://www.venvn.nl/media/rzllpcgj/beter_laten_wondzorg.pdf)
- Lardinois, C., Bruijn, L. de & Arkesteijn, S. (2023, 20 juni). Het terugkerende gevecht. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_zuyd:oai:surfsharekit.nl:08ed81b5-920c-4780-a39e-0c492ba76e8a?q=verpleegkundige+rol](http://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_zuyd:oai:surfsharekit.nl:08ed81b5-920c-4780-a39e-0c492ba76e8a?q=verpleegkundige+rol)
- Lau, N., Waldbaum, S., Parigoris, R.M., O'Daffer, A., Walsh, C., Colt, S., Yi-Frazier, J.P., Palermo, T.M., McCauley, E. & Rosenberg, A.R. (2020). EHealth and mHealth Psychosocial Interventions for Youths with Chronic Illnesses: Systematic review. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3(2), e22329. <https://doi.org/10.2196/22329>
- LOOV. (2023). Opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2030. LOOV.
- Ludmir, J. & Small, A. (2018). The challenge of identifying and addressing psychological comorbidities. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(14), 1590-1593. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.02.042>
- Marriner-Tomey, A. & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and their work* (6de editie). Mosby/Elsevier.
- Martin, K., Leak, G. & Aden, C. (1992). The Omaha System: A research-based model for decision making. *Journal of Nursing Administration*, 22(11), 47-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1432226/>
- Meetinstrumenten in de zorg. (2023, 22 maart). *Barthel Index*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/barthel-index/>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2022, 4 november). *Versterking pandemische paraatheid op koers*. Nieuwsbericht. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/11/04/versterking-pandemische-paraatheid-op-koers](http://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/11/04/versterking-pandemische-paraatheid-op-koers)



- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 2 februari). *Wat betekent AI voor verpleegkundigen en verzorgenden?* Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.datavoorgezondheid.nl/uit-de-praktijk/renate-kieft-venvn](http://www.datavoorgezondheid.nl/uit-de-praktijk/renate-kieft-venvn)
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2020). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Vertaling van Nursing Outcomes Classification (NOC). Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg: Een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren*. Nza.
- NIPV. (2023). *Leidraad GGB 2.1: Grootschalige Geneeskundige Bijstand*.
- NIVEL. (2014, 5 augustus). *NIVEL Overzichtstudies: Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Geraadpleegd op 7 augustus 2023, van [www.nivel.nl/nl/publicatie/nivel-overzichtstudies-ouderen-van-de-toekomst-verschillen-de-wensen-en-mogelijkheden](http://www.nivel.nl/nl/publicatie/nivel-overzichtstudies-ouderen-van-de-toekomst-verschillen-de-wensen-en-mogelijkheden)
- NOS Nieuws. (2020, 10 januari). *Veel jonge zorgmedewerkers binnen twee jaar weer weg*. NOS. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://nos.nl/artikel/2318031-veel-jonge-zorgmedewerkers-binnen-twee-jaar-weer-weg>
- Oelen, M. (2015, 9 april). *4 Misverstanden over verpleegkundige diagnostiek*. Geraadpleegd op [www.nursing.nl/nieuws/4-misverstanden-over-verpleegkundige-diagnostiek-1742403w/](http://www.nursing.nl/nieuws/4-misverstanden-over-verpleegkundige-diagnostiek-1742403w/)
- Paans, W. (2015). *Modern Times in Nursing*. Lectorale rede dr. Wolter Paans. Hanze Hogeschool.
- Paans, W., Krijnen, W. & Müller-Staub, M. (z.d.). *Predictive Power of Nursing Documentation on Length of Hospital Stay in Hip Fracture Patients* [Presentatieslides]. Hanze Hogeschool. [https://research.hanze.nl/ws/files/35043305/POWER\\_of\\_BERN.pdf](https://research.hanze.nl/ws/files/35043305/POWER_of_BERN.pdf)
- Paans, W., Müller-Staub, M. & Nieweg, R. (2013). The influence of the use of diagnostic resources on nurses' communication with simulated patients during admission interviews. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 101-107. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01240.x>
- Price, M.R. (1980). Nursing Diagnosis: Making a Concept Come Alive. *American Journal of Nursing*, 80(4), 668. <https://doi.org/10.2307/3470094>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). *Technologie en zorguitgaven*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.vtv2018.nl/technologie-en-zorguitgaven](http://www.vtv2018.nl/technologie-en-zorguitgaven)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018, oktober). *Algemene toelichting op de Verpleegkundige Stappenplannen Infectieziektebestrijding [LCI richtlijnen]*. <https://lci.rivm.nl/stappenplan/algemene-toelichting>
- Rosendal, H. & Dorst, J. van (2019). *Vakbekwaam indiceren: Een handreiking voor wijkverpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Sant, N. & Warmelink, N.S.E. (2020). Intimiteit en seksualiteit, de gewoonste zaak van de wereld. *Geron*. Geraadpleegd op <https://gerontijdschrift.nl/artikelen/intimiteit-en-seksualiteit-de-gewoonste-zaak-van-de-wereld/>
- SBW. (2023). *De diagnosematrix*.

- Sikka, R., Morath, J.M. & Leape, L.L. (2015). The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*, 24(10), 608-610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>
- SiRM (2022). Opties onder de loep: Onderzoek beleidsopties arbeidsmarkt ouderenzorg. SiRM.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2019). *Mantelzorgers in het vizier: Beleidssignalement mantelzorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal-Economische Raad. (2020). *Zorg voor de toekomst: Over de toekomstbestendigheid van de zorg* (2). <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst>
- Usmani, S., Saboor, A., Haris, M., Khan, M.A. & Park, H. (2021). Latest Research Trends in Fall Detection and Prevention Using Machine Learning: A Systematic Review. *Sensors*, 21(15), 5134. <https://doi.org/10.3390/s21155134>
- V&VN. (2022a). *Richtlijn Verslaglegging*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-verslaglegging/](http://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-verslaglegging/)
- V&VN. (2022b, 28 juni). 8 tips voor betere verslaglegging: 'Een cruciaal deel van ons werk'. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.venvn.nl/nieuws/8-tips-voor-betere-verslaglegging/](http://www.venvn.nl/nieuws/8-tips-voor-betere-verslaglegging/)
- V&VN. (z.d.). Aan de slag met de eOverdracht. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.venvn.nl/thema-s/vastleggen-en-overdragen/toolkit-eoverdracht/](http://www.venvn.nl/thema-s/vastleggen-en-overdragen/toolkit-eoverdracht/)
- Vilans. (2021, 14 december). 'Technologie is het hulpmiddel en niet het doel op zich'. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.vilans.nl/actueel/nieuws/technologie-is-het-hulpmiddel-en-niet-het-doel-op-zich](http://www.vilans.nl/actueel/nieuws/technologie-is-het-hulpmiddel-en-niet-het-doel-op-zich)
- Wendt, B., Dulmen, S. van, Vermeulen, H. & Huisman, G. (2022, 7 december). Ambitieuze nieuwe norm. *TvZ*, 6, 14-16.
- Wilkinson, J.M. (2020). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Pearson.
- World Health Organization. (z.d.). *Constitution*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [www.who.int/about/governance/constitution](http://www.who.int/about/governance/constitution)
- ZonMw, IQ Scientific Center for Quality of Healthcare & V&VN (2023). 'Beter Laten' aanbevelingen. Geraadpleegd op 30 oktober 2023, van [www.venvn.nl/media/5cakusr2/beter-laten\\_lijst-algemeen-v2.pdf](http://www.venvn.nl/media/5cakusr2/beter-laten_lijst-algemeen-v2.pdf)
- Zorg voor beter. (2023, 22 mei). Ecogram maken van de omgeving. <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennis-delen/tools/ecogram-maken-van-de-omgeving>
- Zorg voor Lereren. (z.d.). Indiceren voor wijkverpleegkundigen | Omaha System. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://zorgvoorleren.nl/indiceren-voor-wijkverpleegkundigen-omaha/>
- Zorginstituut Nederland. (2021, 6 september). Impact vergrijzing op zorgkosten in beeld. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://zorgcijfersdatabank.nl/nieuws/impact-vergrijzing-op-zorgkosten-in-beeld>

# Register

## A

ABC-methode 111

AI 32

Algemene Verordening

Gegevensbescherming 121

anamnese 50–72

- ordenen 60–61
- vastleggen 61–62
- verifiëren 58–60
- verzamelen 52–58

autonomie

- van de verpleegkundige 11, 106, 114
- van de zorgvrager 31, 75, 88, 95

AVG 121

## B

Barthel-index 64–65

bepalend kenmerk 41, 46, 77, 81

bereidheidsdiagnose 78, 81, 82

Beter-Doen-lijst 11

Beter-Laten-lijst 11

bevolkingssamenstelling 19–21

Blaxter, Mildred 27

## C

chronische zorg 133

classificatiesysteem 38–39

cohortzorg 130

comorbiditeit 72

coronapandemie 16, 131

Covey's matrix 128

COVID-19 *zie* coronapandemie

## D

diagnose

- elimineren *zie* diagnosematrix
- hypothetische 36, 72
- interpreteren 73–75
- labelen 76–79

- parkeren *zie* diagnosematrix

- rondom coping 78

- somatische 78

- vastleggen 79

- vaststellen *zie* diagnosematrix

- verifiëren 75

diagnosematrix 81

dubbeldiagnostiek 85

## E

EBP 100–101

ecogram 63–64, 122

eHealth 32

Eisenhower-matrix 128

elektronisch patiëntendossier *zie* epd

empathie 75–76

eOverdracht 122

epd 44, 113

etiologie *zie* PES-structuur

evaluatie 116–126

- ~ van de zorgstructuur 119–120
- ~ van het zorgproces 116–118
- ~ van het zorgproduct 118–119
- de verpleegkundige overdracht 121
- het zorgplan bijstellen 120
- vastleggen 120–121

Evidence Based Practice *zie* EBP

## F

factoren, samenhangende *zie* samenhangende factoren

## G

gezamenlijk zorgplan 113

gezondheid 24–29

- Positieve Gezondheid 25

## H

heteroanamnese 54–56

holisme 28, 31

Huber, Machteld 25

hypothetische diagnose 36 *zie* diagnose

## I

ICF 39

informele zorg 22

integrale verpleging 30–31

integratie 26

intensive care (capaciteit) 18

International Classification of Functioning,  
Disability and Health *zie* ICF

interventies 98–108

- vastleggen 104
- verpleegplan 98

## K

klinisch redeneren 74

kosten-batenafweging 101–102, 106, 114

Krimoorlog 12

kritisch denken 74

kwaliteit van zorg (pijlers) 18

## L

level of evidence 46

LOE 46

## M

mantelzorg 22

multidimensionaliteit 26

multimorbiditeit 133

## N

NANDA-I 40–42, 65, 77

NANDA-taxonomie 41

NIC 44, 104–105

NIC-taxonomie 45

Nightingale, Florence 12

NOC 42–44, 94

NOC-taxonomie 43

Nursing Intervention Classification *zie* NIC

Nursing Outcome Classification *zie* NOC

## O

objectieve gegevens 73

Omaha System 39–40

Orlando, Ida Jean 12

overaanbod van zorgvragers 11, 129–132

overdracht 57–58

- warme 121

## P

pandemische paraatheid 131–132

personeelsplanning 130

personeelstekort 11, 18, 127–129

PES-structuur 46, 76–78, 81–82

Positieve Gezondheid 25–27

primair doel 92

probleem *zie* PES-structuur

probleemcluster 72

problemdiagnose 78

procesevaluatie 116–118

productevaluatie 118–119

## R

regie 26, 31–32, 79

revolutie, technologische 21–22

risicodiagnose 78

RUMBA-methode 90–91

## S

samenhangende factoren 41, 46, 75, 77

schaarste 12, 126–159

secundair subdoel 92

SMART-methode 88–90

stereotype 70

structuurevaluatie 119–120

subdoel 92

subjectieve gegevens 73

symptoom *zie* PES-structuur

## T

taakgerichte verpleging 29–30

technologie in de zorg 32

technologische revolutie 21–22

therapietrouw 75, 133  
timemanagementmatrix 128  
triage op de plaats incident 131

## U

uitkomsten 88–98

- afstemmen 92–93
- doelen stellen 88–91
- prioriteren 91–92
- vastleggen 93

uitvoering 108–116

- delegeren 108–110
- overleg binnen het zorgteam 111
- vastleggen 111
- verwijzen 110–111
- zelf uitvoeren 108

## V

valdetectiesysteem 32  
vergrijzing, dubbele 19  
verpleegkundig redeneren 74  
verpleegplan 98–99  
verpleging

- integrale 30–31
- taakgerichte 29–30

vooordeel 70  
vraagsoorten 53

## W

warme overdracht 121

## Z

zelfmanagement 26, 133  
zelfredzaamheid 31–32, 79  
zelfzorg 127  
zorgplan (gezamenlijk) 113  
zorgtechnologie 32–33  
zorguitkomsten *zie* uitkomsten



# Over de auteurs

**Jelle Reijngoudt** studeerde hbo-verpleegkunde aan Fontys Hogeschool in Eindhoven, waarna hij aan het werk ging als wijkverpleegkundige. Tegelijkertijd volgde hij de post-hbo-opleiding tot verpleegkundig pijnconsulent. Na vijf jaar wijkverpleging stapte Jelle over naar het onderwijs. Hij startte als docent-onderzoeker bij de opleiding hbo-verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool. Daarnaast studeerde Jelle verpleegswetenschap aan de Universiteit Utrecht, waar hij in 2024 afstudeerde.

Jelle geeft al jaren scholingen en trainingen over het toepassen van het verpleegkundig proces aan (toekomstig) verpleegkundigen. Hij is bestuurslid bij Stichting VDIR (Verpleegkundige Diagnostiek, Interventies en Resultaten) en op deze wijze ook op landelijk niveau betrokken bij het bevorderen van de kwaliteit van klinisch redeneren binnen het verpleegkundig proces en het gebruik van verpleegkundige classificatiesystemen.

**José van Dorst** is een in-service opgeleide verpleegkundige. In 1995 heeft ze haar bachelor in maatschappelijke gezondheidszorg aan Hogeschool West-Brabant behaald, tijdens haar studie was ze werkzaam als wijkverpleegkundige. Na haar studie volgde al snel een baan als operationeel manager bij Thuiszorg West-Brabant. Ze begon haar eigen bedrijf toen een cliënt haar vroeg om hem te ondersteunen in de zorg voor zijn vrouw. Na elf jaar zorgbureau STIP rolde ze in het landelijke Zichtbare Schakel-programma, waarin de wijkverpleegkundigen opnieuw gepositioneerd werden; ook kreeg ze de kans om in opdracht van de Regionale Kruisvereniging de wijkzuster terug te brengen in de wijken. Als lid van de vakgroep wijkverpleegkundigen bij V&VN werkte ze actief mee aan de professionalisering van de beroepsgroep. In 2014 richtte ze samen met Henk Rosendal SBW op om scholing te bieden aan wijkverpleegkundigen en zo hun professionele groei te stimuleren. Vanaf december 2020 is ze een promotietraject gestart aan de Universiteit Maastricht en is ze lid van de onderzoeksgroep Praktijkvariatie indicatiestelling wijkverpleging. Haar focus ligt vooral op de rol van wijkverpleegkundigen in het ontstaan van praktijkvariatie tijdens de indicatiestelling in de wijkverpleging.

