

# Rol Beroepsbeoefenaar

## **INLEIDING**

Eindelijk! Het verslag van de toets behorend bij de rol beroepsbeoefenaar kan ik aan jullie voorleggen! Tussen alle drukte door van afstuderen, stagedagen en evaluaties schrijven, heb ik geprobeerd deze toets niet teveel op een laag pitje te zetten. Het was soms lastig in te plannen, maar uiteindelijk ben ik toch best tevreden over dit resultaat.

De grootste uitdaging was om een mooi product aan de afdeling aan te kunnen bieden tijdens de klinische les. Hoewel niet meer gelukt is tijdig de verpleegplannen in een mooi format te krijgen, kunnen ze toch digitaal aangeboden worden. Het deed me goed om tijdens de klinische te ontdekken dat de verpleegplannen met enthousiasme ontvangen werden!

Dit verslag geeft naast een theoretisch kader, voornamelijk weer hoe en waarom ik welke activiteiten heb ondernomen.

Veel leesplezier!

Juni 2006  
Willeke van de Haar

## INHOUDSOPGAVE

<b>Aanleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>Stappenplan</b> .....	<b>4</b>
<b>Resultaatverwachting</b> .....	<b>4</b>
<b>Afbakening</b> .....	<b>4</b>
<b>Hoofdstuk 1: Literatuur</b> .....	<b>5</b>
1.1 Verpleegplannen.....	5
1.2 Nut van standaard verpleegplannen.....	5
1.3 Kritische noot bij standaard verpleegplannen.....	5
<b>Hoofdstuk 2: Verpleegplannen</b> .....	<b>7</b>
2.1 Keuze voor verpleegplannen.....	7
2.2 Criteria.....	7
2.3 Implementatie.....	8
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>13</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>14</b>
1. Stappenplan.....	15
2. Standaard verpleegplannen.....	17
3. Klinische les.....	28
4. Beoordelingsformulier.....	31
5. Voorbeeld standaard zorgvraag: 'Pijn'.....	32

## AANLEIDING

Begin de jaren '80 was er op afdeling nog één grote multomap waarin de rapportage van alle patiënten geschreven werd. Eind de jaren '80 veranderde dit en kreeg elke zorgvrager een persoonlijke map.

In 1986 ging men werken met een kruisjeslijst, zo men dat destijds noemde. Het betrof een lijst met activiteiten, waarvan relevante activiteiten aangekruist konden worden. Men miste echter ruimte om het probleem te kunnen omschrijven.

In 1990 werd daarom een werkgroep opgericht, welke standaard verpleegplannen opstelde voor elke afdeling. Voor verschillende ziektebeelden werden verpleegproblemen opgesteld en acties geformuleerd. De verpleegkundige zette dan voor de relevante problemen een datum. Voor problemen die niet speelden, zette men geen datum. De verpleegkundigen vulden de acties zo nodig aan. Daarnaast kreeg elke gediplomeerde verpleegkundige drie keer twee uur scholing over het maken van individuele verpleegplannen. De instelling ging ervan uit dat pas gediplomeerde verpleegkundigen tijdens de opleiding voldoende kennis rondom het maken van verpleegplannen verkregen zouden hebben.

Verpleegkundigen benoemden in die tijd als knelpunt bij standaardisering van verpleegplannen dat er niet voldoende ruimte was voor patiëntgebonden problemen binnen de standaard verpleegplannen. Daarnaast waren deze plannen te weinig overzichtelijk, als gevolg van doorstrepen van niet (meer) relevante problemen en/of acties. Daarbij waren de plannen te weinig overzichtelijk omdat er veel niet relevante informatie opstond.

In 1996 is toen instellingsbreed gekozen voor het opstellen van individuele verpleegplannen aan de hand van het handboek van Carpenito<sup>12</sup>.

In het najaar van 2006 kwam op afdeling Interne B vanuit verpleegkundigen een vraag naar standaard verpleegplannen. De reden voor deze vraag was dat het opstellen van individuele verpleegplannen te tijdrovend is. Standaardisering van verpleegplannen zou daaraan tegemoet komen.

Door een van de zorgcoördinatoren werd actie ondernomen, door standaard verpleegplannen op te vragen bij het Erasmus MC - Daniel den Hoed oncologisch centrum te Rotterdam. Deze zogenaamde 'zorgvragen' bestaan voornamelijk uit losse verpleegproblemen, waarvan er meerderen gebruikt kunnen worden bij een patiënt (zie bijlage 5). Deze verpleegproblemen werden aan enkele collega's voorgelegd, met de vraag of zij hun mening over de bruikbaarheid van deze verpleegproblemen wilden geven. Uit de reacties bleek geen duidelijke voorkeur voor een bepaalde structuur van de plannen. In overleg met mijn werkbegeleider is besloten dat voor deze toets verdere verdieping in het hoe en waarom van verpleegplannen op afdeling Interne B gedaan zal worden, en twee verpleegplannen opgesteld zullen worden.

## RESULTAATVERWACHTING

Met het doen van deze toets verwacht ik als eerste een duidelijke visie (visie is niet toegevoegd in deze versie van het verslag) ten opzichte van het gebruik van standaard verpleegplannen te ontwikkelen. Daarnaast verwacht ik competent te worden in het beargumenteerd opstellen van standaard verpleegplannen. Als laatste verwacht ik mijn vaardigheden ten opzichte van het geven van een klinische les en bewerkstelligen van interactie binnen het team over gebruik van standaard verpleegplannen te kunnen tonen.

## AFBAKENING

In overleg met begeleiders is besloten in totaal 2 standaard verpleegplannen op te stellen. Dit aantal zal voldoende inzicht geven in mijn competenties. De vraag van de afdeling was naar meerdere standaard verpleegplannen, maar dat zal deze toets een te grote omvang doen aannemen. Binnen de verpleegplannen wordt nogmaals een afbakening gemaakt. Een oriëntatie op de vorm en inhoud van verschillende standaard verpleegplannen, heeft me geleerd dat bondige verpleegplannen beschikbaar zijn, maar ook zeer uitgebreide verpleegplannen reeds bestaan. Om de omvang enigszins in te perken is besloten bij ieder plan 5 verpleegproblemen uit te werken.

---

<sup>1</sup> Carpenito (2002)

<sup>2</sup> Informatie via Annelies Sinke verkregen van Heleen Karman, opleidingscoördinator Ziekenhuis Dirksland

## HOOFDSTUK 1: LITERATUUR

### 1.1 Verpleegplannen

Een standaard verpleegplan beschrijft een zorgontwerp voor een groep zorgvragers met een gemeenschappelijk kenmerk<sup>3</sup>. Het gemeenschappelijk kenmerk is niet per definitie een ziektebeeld. Ook een behandeling, levensfase of een ingrijpende gebeurtenis die om verpleegkundige acties vragen, kunnen het kenmerk vormen waarop het standaard verpleegplan is gebaseerd. Bij de gemeenschappelijke kenmerken treden vaak min of meer dezelfde verpleegproblemen op, waarbij min of meer dezelfde diagnoses, resultaten en interventies kunnen worden vastgesteld. Het begrip 'standaard' kan twee betekenissen hebben. De betekenis van 'kwaliteitsstandaard', wat een uitspraak over de meest wenselijke situatie inhoudt, of van 'gebruikelijk'. Het eerste is van toepassing op standaard verpleegplannen. Deze geven immers een indicatie van de gewenste situatie.

### 1.2 Nut van standaard verpleegplannen

#### *Algemeen*

Veel van de functies van een standaard verpleegplan liggen in het verlengde van de functies van individuele verpleegplannen. Kort worden enkele voordelen van standaard verpleegplannen genoemd.

- Het vergemakkelijken van het ontwerpen van individuele verpleegplannen
- Verantwoorden van verpleegkundige zorg, zoals in de kwaliteitswet geëist wordt
- Zorg inzichtelijk, toetsbaar, vergelijkbaar en communiceerbaar maken
- Mogelijkheden tot afleggen van verantwoording aan zorgvragers, naasten, management, verzekeraars en andere disciplines realiseren
- Bijdragen aan sturing van wetenschappelijk onderzoek
- Efficiënter en meer tijdsbesparend maken van een individueel plan op te stellen vanuit een standaard verpleegplan
- Het ondersteunen van de ontwikkeling van geautomatiseerde systemen
- Het vereenvoudigen van de voortgangsrapportage en overdracht.<sup>4</sup>

#### *In relatie tot zorgprogrammering*

Voor de competentietoets van de rol ontwerper heb ik me verdiept in zorgprogrammering. Vanwege mijn persoonlijke interesse hierin, wil ik graag kort het verband met zorgprogrammering uiteen zetten. Zorgprogramma's omschrijven de te geven zorg aan de individuele patiënt, en vormen daarmee een leidraad voor de verpleegkundige zorg.

In theorie is het mogelijk dat een zorgprogramma een individuele verpleegplan vormt voor de patiënt. Een zorgprogramma bestaat uit modules en functies. Een module kan als verpleegplan dienen. Ook kan een zorgprogramma aangevuld worden met andere modules en dan als verpleegplan dienen. Voor patiënten waar geen passend verpleegplan samengesteld kan worden uit een zorgprogramma of verschillende modules, is het nodig een uniek individueel verpleegplan te ontwerpen. Ook is het mogelijk om een verpleegplan op te stellen dat gedeeltelijk gebaseerd is op het zorgprogramma, en gedeeltelijk individueel wordt opgesteld.

### 1.3 Kritische noot bij standaard verpleegplannen

Hoewel standaardisering van verpleegplannen veel voordelen met zich meebrengt, en het nut ervan in verschillende literatuur onderstreept wordt, zijn er enkele kanttekeningen te noemen.

- Er bestaat kans dat er te weinig aandacht wordt besteedt aan specifieke problemen en wensen van de zorgvrager
- Standaardisering kan innovatief en creatief denken van de verpleegkundige verminderen
- Vaak moeten meerdere standaard verpleegplannen gecombineerd en uitgewerkt worden tot één individueel verpleegplan
- Standaard verpleegplannen blijken in de praktijk vaak te weinig toegespitst op het werkveld, dit houdt het volgende in:
  - o Er dient rekening gehouden te worden met beschikbare materialen en middelen

---

<sup>3</sup> Schoot (2000) p.250

<sup>4</sup> Schoot (2002) p. 250-254

- Er dient rekening gehouden te worden met de relatie van de zorgsetting met andere organisaties
- Andere verpleegkundigen met hun specifieke 'know-how' worden betrokken bij het opstellen van de plannen
- Bij gebruik van buitenlandse literatuur dient rekening gehouden te worden met cultuurverschillen, met name bij het stellen van diagnoses en interventies
- Werken met standaard verpleegplannen kan ervoor zorgen dat een leermoment voor verpleegkundigen te niet gedaan kan worden. De gedacht hierachter is dat in het zelf opstellen van een verpleegplan een reflectie- en leermoment is gelegen.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Schoot (2000) p.255

## HOOFDSTUK 2: VERPLEEGPLANNEN

### 2.1 Keuze voor verpleegplannen

#### *Verpleegplannen of verpleegproblemen*

Een verpleegplan bestaat uit verschillende verpleegproblemen. Een verpleegplan is altijd gerelateerd aan een bepaald ziektebeeld<sup>6</sup>. Sommige instellingen of afdelingen kiezen er bij het standaardiseren van verpleegplannen voor om de verpleegproblemen te scheiden van de ziektebeelden. Alleen de verpleegproblemen worden dan gestandaardiseerd, waarna een individueel verpleegplan samengesteld kan worden door relevante verpleegproblemen bij elkaar te voegen.

Mijn voorkeur gaat uit naar het gebruik van standaard verpleegproblemen, omdat mijns inziens dit meer voordelen heeft ten opzichte van het individuele verpleegplannen.

In overleg met mijn werkbegeleider heb ik er echter voor gekozen om enkel twee verpleegplannen gerelateerd aan een ziektebeeld te maken. Dit omdat het gemakkelijker is op deze wijze een afbakening te maken. Het opstellen van standaard verpleegproblemen zal te omzichtig zijn in het kader van deze toets.

#### *Terminale zorg bij een oncologische aandoening*

Op afdeling Interne B wordt veel zorg verleend aan patiënten in de terminale levensfase. De hoge frequentie van de zorgvraag naar goede terminale zorg is de eerste reden waarom er voor gekozen is dit onderwerp voor een standaard verpleegplan te nemen.

Daarnaast is het een vrij breed genomen 'ziektebeeld'. Verschillende verpleegproblemen zijn van toepassing, wat het nuttig maakt het te standaardiseren, met het oog op tijdwinning.

Als laatste is dit ook een persoonlijke keuze. Waar het geven van terminale zorg mij in het begin van deze stage meer afschrok dan uitdaagde, ben ik me er gaandeweg steeds meer in gaan interesseren. Deze interesse wil ik door middel van een inhoudelijke verdieping in verpleegkundige aandachtsgebieden bij terminale zorg tot uiting brengen en uiteindelijk laten resulteren in goed onderbouwde verpleegplannen.

'Terminale zorg' is een zeer breed genomen begrip. Een afbakening is daarom op zijn plaats. De toevoeging 'oncologische aandoening' maakt het iets specifieker. Er is bewust voor gekozen niet een bepaalde oncologische aandoening te noemen, om het verpleegplan zo functioneel te houden voor meerdere zorgsituaties. Dat is mogelijk doordat de verpleegproblemen bij terminale zorg voor de verschillende oncologische oorzaken hetzelfde zijn.

#### *Exacerbatie COPD*

Een veelvoorkomende medische diagnose op afdeling Interne B, is een exacerbatie van COPD. Vaak komen daar dezelfde verpleegproblemen om de hoek kijken, waardoor een standaard verpleegplan voor meerdere patiënten bruikbaar zal zijn.

De keuze voor een standaard verpleegplan over dit ziektebeeld ligt in de hoge frequentie dat patiënten met deze diagnose op de afdeling zijn.

#### *Literatuur*

Voor het opstellen van de standaard verpleegplannen is er voor gekozen om zo veel mogelijk gebruik te maken van het 'Zakboek verpleegkundige diagnosen'<sup>7</sup>, om daarmee aan te sluiten bij het besluit van de afdeling om de verpleegplannen aan de hand van het genoemde zakboek op te stellen.

Tevens is hiertoe besloten om te voldoen aan de eis die in de literatuur gesteld wordt aan standaard verpleegplannen, dat het plan moet aansluiten aan op de afdeling beschikbare materialen<sup>8</sup>.

### 2.2 Criteria

Er is al eerder gewerkt met standaard verpleegplannen in dit ziekenhuis. Doordat dit niet volgens verwachting werkte, is er voor gekozen om individuele verpleegplannen te maken volgens het Zakboek verpleegkundige diagnosen van Lynda Juall Carpenito. Nu is er opnieuw vraag naar standaard verpleegplannen, omdat ook het maken van individuele plannen knelpunten blijken te

---

<sup>6</sup> Zie ook paragraaf 1.1

<sup>7</sup> Carpenito (2002)

<sup>8</sup> Schoot (2000) p.255

hebben. Als er opnieuw gebruik gemaakt gaat worden van standaard verpleegplannen, is het belangrijk te voorkomen dat zich opnieuw dezelfde problemen gaan voordoen. Dat maakt dat de nieuwe standaard verpleegplannen moeten voldoen aan de volgende criteria:

- Voldoende ruimte om wijzigingen aan te brengen of aanvullingen te geven bij de verpleegproblemen en bijbehorende acties
- Goede mogelijkheden tot het wijzigen van verpleegproblemen

In gesprek met Heleen Karman, opleidingscoördinator, geeft zij aan het een prima idee te vinden standaard verpleegplannen in te voeren, als de afdeling daar democratisch voor gekozen heeft. Ook zij draagt het idee de verpleegplannen te digitaliseren aan, en geeft het advies contact op te nemen met afdeling automatisering. Zij kunnen misschien een format leveren waarin de verpleegplannen gemakkelijk aangepast kunnen worden voor de individuele patiënt. Dit sluit goed aan bij nieuwe ontwikkelingen op het gebied van digitalisering binnen het ziekenhuis.

Enkele collega's zijn in het najaar '06 gevraagd hun mening te geven over de 'standaard zorgvragen' vanuit het Daniël den Hoed oncologisch centrum. Verschillende opmerkingen en ideeën werden gegeven, waarvan de belangrijkste hier worden weergegeven:

- Waarom geen gebruik maken van Carpenito?
- Gebruik maken van bestaand materiaal dat vanuit afdeling opleiding is opgesteld
- Wat adviseert praktijkopleiding?
- M.i. in computer beschikbaar maken
- Gebruik maken van indicatoren?
- In symptomen onderscheid maken in vaak/altijd, regelmatig/vaak aanwezig
- Doelen volgens RUMBA opstellen
- Nóg meer papier! Ben ik geen voorstander van!
- Plannen zijn zeer volledig, maar erg fysiek (aandacht voor psychisch functioneren wordt gemist, WH)

Volgens de literatuur moet een standaard verpleegplan aan de volgende criteria voldoen:

- Een standaard verpleegplan moet beschouwd kunnen worden als een uitwerking van alle verpleegkundige kennis rondom een bepaalde groep zorgvragers
- Een goed standaard verpleegplan kan pas ontwikkeld worden als alle ins en outs van een bepaalde groep zorgvragers bekend zijn
- Standaard verpleegplannen dienen altijd up to date te zijn
- Het vormt een hulpmiddel in de ontwikkeling van individuele verpleegplannen<sup>9</sup>
- De standaard verpleegplannen dienen aan te sluiten bij de wijze van werken op de verpleegafdeling<sup>10</sup>

Door de collega's worden een aantal kritische opmerkingen geplaatst. Als deze naast de criteria gelegd worden die in het verleden zijn genoemd, dan komen een aantal zaken overeen. Het idee de verpleegplannen in de computer op te nemen, zal de mogelijkheid geven problemen te wijzigen, acties aan te vullen, en een verpleegplan individueel te maken, zonder dat het een onoverzichtelijk geheel wordt.

De opmerkingen over de inhoud zullen meegenomen worden bij het opstellen van de verpleegplannen.

### 2.3 Implementatie

Het implementeren van de standaard verpleegplannen, vraagt een bewuste strategie. Belangrijke aandachtspunten voor het implementeren van producten zijn te vinden in hoofdstuk 2 en bijlage 3 van de competentietoets ontwerper. Vertaald naar de situatie van het implementeren van de standaard verpleegplannen, zal de volgende weg gevolgd worden:

- Overleg met werkbegeleider en eventueel andere zoco's
- Overleg met team; bekend maken project en te volgen strategie
- Enkele collega's om feedback vragen op de opgestelde verpleegplannen
- Feedback verwerken
- Instructiebijeenkomst met discussie organiseren

<sup>9</sup> Schoot (2000) p. 250

<sup>10</sup> Schoot (2000) p.254

- Evaluatie met team
- Overdragen van verantwoordelijkheden aan zoco met duidelijke instructie over verder te volgen implementatiestrategie

## LITERATUURLIJST

### Boeken:

Carpenito, Linda Juall, e.a., *Zakboek verpleegkundige diagnoses*, Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten 2002

Graeff, A. de, e.a., *Oncologieboek deel 2 Richtlijnen palliatieve zorg*, Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN), Utrecht 2002

Gramsbergen, Y.H. en H.T. van der Molen, *Gesprekken in organisaties*, Wolters-Noordhoff, Groningen 1996

Ham, H. van der, e.a., *De verpleegkundige als coach*, ThiemeMeulenhoff, Utrecht/Zutphen 2006

Hunink, G.H., e.a., *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*, ThiemeMeulenhoff, Utrecht/Zutphen 2006

Hunink, G.H., e.a., *Kwaliteit en deskundigheid*, ThiemeMeulenhoff, Utrecht/Zutphen 2000

Jong de, J.H.J. ea., *Inleiding in de verpleegkunde*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1999  
Osselen-Riem, J. van, e.a., *Theorie en praktijk van palliatieve zorg*, Uitgeverij LEMMA BV, Utrecht 2000

Schoot, T., e.a., *Ontwerpen van zorg*, ThiemeMeulenhoff, Utrecht/Zutphen 2000

Verpleegkundig Vademecum, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003  
Gootjes, J.R.G. en M. Nolet, *Palliatieve zorg. Zakboekje*, Vereniging van integrale kankercentra (VIKC), Utrecht 2006

### Afstudeeronderzoek:

Marieta van Baaren en Gerda Bakker, *Standaardverpleegplannen: prima of problematisch? Een evaluerend onderzoek naar de mate van functioneren van standaardverpleegplannen binnen het Ikazia Ziekenhuis*. Een afstudeerproject voor de Voltijdopleiding Verpleegkundige aan de Christelijke Hogeschool Ede, Juni 2003

### Sites:

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

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

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

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

## BIJLAGE 1: STANDAARD VERPLEEGPLANNEN

### 1. Verpleegprobleem: (DREIGENDE) ONDERVOEDING

**Classificatie:** Voedings- en stofwisselingspatroon (2)

#### Etiologie:

- Verminderde eetlust
- Eten vraagt te veel inspanning
- Vermoeidheid
- Medicatie
- Chemotherapie
- Radiotherapie
- Stress
- Sociaal isolement
- Misselijkheid en braken
- Allergieën
- Slikstoornissen
- 
- 

#### Symptomen:

- Ontoereikende voedselinname
- Gewichtsverlies
- Gewicht 10 tot 20% onder ideale gewicht
- Spierzwakte
- Snel geïrriteerd zijn
- Verwardheid
- 

#### Doel:

- De patiënt neemt dagelijks voldoende voeding in evenwicht met zijn of haar activiteitsniveau tot zich
- 

#### Interventies:

- Ga na hoe de eetlust is
- Schakel diëtiste in
- Meet twee maal per week gewicht
- Bepaal (eventueel in overleg met diëtiste) een realistische dagelijkse hoeveelheid energiebehoefte
- Hou in overleg met diëtiste 3 dagen een voedingsintake-lijst bij
- Bepaal dagelijks lichaamsgewicht
- Leg het belang uit van volwaardige voeding
- Moedig patiënt aan samen met anderen te eten
- Biedt zo mogelijk een wensdieet aan
- Zorg ervoor dat tijdens het eten geen misselijkmakende geuren aanwezig zijn
- Help patiënt voor de maaltijd te rusten
- Zorg voor een goede mondhygiëne
- Biedt meermalen per dag een kleine maaltijd aan
- Vermijd voedsel zonder voedingswaarde zoals frisdrank met prik
- Geef patiënt advies:
  - Eet na het opstaan 's ochtends droog voedsel
  - Eet (indien toegestaan) voedingsmiddelen die veel zout bevatten
  - Vermijd voedsel dat zoet, zwaar, vet of gebakken is
  - Probeer heldere, koude dranken
  - Drink langzaam door een rietje
  - Eet alles wat goed verdragen wordt

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 2. Verpleegprobleem: MISSELIJKHEID

**Classificatie:** Voedings- en stofwisselingspatroon (2)

### Etiologie:

- Obstructie
- Gastritis of ulcus
- Obstipatie
- Ileus
- Infecties, ontstekingen
- Hoesten
- Hik
- Bijwerkingen medicatie
- Nierinsufficiëntie
- Levermetastasen
- Hersenmetastasen of primaire hersentumor
- Meningitis
- Pijn
- Angst
- 
- 

### Symptomen:

- Speekselvloed
- Bleekheid
- Zweeten
- Snelle hartslag
- Neiging tot defecatie
- 
- 

### Doel:

- Patiënt geeft na twee dagen aan dat misselijkheid is verlicht na het toedienen van medicatie
- 

### Interventies:

- Geef de patiënt adviezen:
  - Zorg voor frisse lucht, vermijd aanblik en geur van eten
  - Halfzittende houding, ontspanningsoefeningen, afleiding
  - Kleine, frequente maaltijden
  - Regelmatig kleine hoeveelheden drinken
  - Opwekken van boeren met matig koolzuurhoudende dranken
  - Zuigen op een ijsklontje
  - Goede mondverzorging
- Overweeg ondersteunende zorg van fysiotherapeut, psycholoog of diëtiste
- Bij heftig braken maaghevel door neussonde of PEG-sonde
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

### 3. Verpleegprobleem: DROGE MOND

**Classificatie:** Voedings- en stofwisselingspatroon (2)

**Etiologie:**

- Ademen met open mond
- Niet eten en/of drinken
- Dehydratie
- Infectie van de mond
- Diabetes mellitus
- Radiotherapie
- Chemotherapie
- Medicatie
- Gebruik van zuurstof
- 
- 

**Symptomen:**

- Gescheurde mondhoeken
- Branderig gevoel in de mond
- Ruwe, branderige tong
- Slechte adem
- Onaangename smaak in de mond
- Afgenomen eetlust
- Moeite met slikken
- Moeite met spreken
- Problemen met innemen medicatie
- Droge gesprongen lippen
- Dorstgevoel
- 
- 

**Doel:**

- Patiënt geeft na drie dagen aan dat dagelijks functioneren niet beïnvloed wordt
- 

**Interventies:**

- Doe regelmatig mondinspectie
- Geef goede voorlichting over oorzaken, gevolgen en mogelijke oplossingen
- Adviseer een goede mondverzorging:
  - Lippenbalsem
  - 3-8 keer daags mondspoelen met fysiologisch zout
  - Poetsen van tanden en kiezen
  - Poetsen van kaakwallen
  - Reinigen van de tong
  - Reinigen tussen de tanden
  - Gebitsprothesen goed onderhouden
- Schakel eventueel mondhygiëniste, diëtiste of tandarts in
- Ga na of de oorzaken te behandelen zijn en maak hierover eventueel afspraken met arts
- Vermijd sterk gekruide, droge, of harde voeding
- Laat patiënt samen met voedsel vocht innemen
- Stimuleer speekselproductie door bijvoorbeeld harde zuurtjes, vitamine C-tablet of kauwgom
- Maak de mond frequent vochtig met slokjes water, mondspray of ijsblokjes
- Gebruik geen lemon swabs!
- Bied kunstspeeksel aan (Saliva Orthana, Oral Balance)
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

#### 4. Verpleegprobleem: OBSTIPATIE

**Classificatie:** Uitscheidingpatroon (3)

**Etiologie:**

- Immobiliteit
- Verminderd reageren op aandrang
- Pijn bij defecatie
- Afgenomen peristaltiek
- Obstructie of compressie van de darm door tumor
- Neurologische aandoeningen
- Zwakte, bedlegerigheid
- Verminderde inname van vocht, voeding en vezels
- Dehydratie
- Sufheid, verwardheid, depressie
- Niet kunnen defeceren door gebrek aan privacy
- Bijwerking medicatie
- Hemorroiden
- 
- 

**Symptomen:**

- Harde ontlasting
- Defecatie minder dan 3 maal per week
- Vol gevoel in rectum
- Drukkend gevoel in rectum
- Persen bij defecatie
- Pijn bij defecatie
- Onvolledige defecatie
- 
- 

**Doel:**

- Patiënt geeft aan iedere 2 tot 3 dagen ontlasting te hebben
- 

**Interventies:**

- Leg uit dat dagelijkse defecatie niet noodzakelijk is en dat er zonder voedselinname toch ontlasting ontstaat
- Zorg voor een minimale vochtintake van 1,5 Liter
- Geef voorlichting over een goed uitgebalanceerd dieet
- Schakel eventueel diëtiste in
- Raad aan een half uur voor het ontbijt een glas warm water te drinken, dit kan een prikkel geven voor het ontlasten van de darmen
- Stel vaste tijden in voor het uitscheiden van ontlasting
- Leg het belang uit van meteen toegeven aan aandrang tot ontlasten
- Adviseer en stimuleer tot zo veel mogelijk lichaamsbeweging
- Geef bij gebruik van opioïden altijd preventief laxantia
- Overweeg bij ernstige obstipatie manueel feces verwijderen
- Breng bij manuele verwijdering van feces warme olie in en laat het 20 tot 30 minuten inwerken, probeer met een handschoen met glijmiddel de harde ontlasting te verwijderen (wees alert op nervus vagus prikkeling, duizeligheid en lage pols)
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

**5. Verpleegprobleem: AFWIJKENDE ADEMHALING:**

- Reutelen
- Dyspnoe
- Apneu
- Cheyne stokes
- 

**Classificatie:** Activiteitenpatroon (4)

**Etiologie:**

- Naderend levenseinde
- Obstructie door tumor
- Aspiratie
- Pulmonale obstructie
- COPD
- Pneumonie
- Pleuravocht
- Decompensatio cordis
- Hartritme stoornissen
- Ascites
- Anemie
- Pijn
- Angst
- 

**Symptomen:**

- Angst voor verstikking
- Rusteloosheid
- Vragen om meer zuurstof
- Vermoeidheid
- Toename van bloeddruk, polsslag, ademhalingsfrequentie
- Transpiratie
- Wijd open ogen
- Bleke, cyanotische huid
- Verlaagd bewustzijn
- Bijgeluiden bij ademhaling
- 

**Doel:**

- Patiënt geeft een effectieve ademhalingsfrequentie te zien
- Patiënt geeft na twee dagen aan een verbeterde gaswisseling in de longen te ervaren
- 

**Interventies:**

- Geef voorlichting over oorzaken en ziekteverloop
- Ga na of er sprake is van angst of spanning en beoordeel de factoren die daartoe aanleiding geven
- Bespreek de angst voor stikken met patiënt en familie
- Let op een goede houding (half rechtop met kussens in de nek en onder de armen)
- Adviseer goede ademhaling (buikademhaling, door neus in- en door mond uitademen)
- Schakel zo nodig fysiotherapeut, geestelijk verzorger, psycholoog in
- Zorg voor frisse lucht, beperk de overgang van warmte naar koude
- Dien in overleg met arts zuurstof toe
- Bied patiënt en naasten ondersteuning en informatie aan over de afwezige hinder voor de patiënt bij reutelen
- Adviseer zijligging of zo mogelijk rechtop zitten bij reutelen
- Geef wisselgging
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 6. Verpleegprobleem: BENUWDHEID

**Classificatie:** Activiteitenpatroon (4)

### Etiologie:

- Inspanning
- COPD
- Longemfyseem
- Pneumonie
- Longembolie
- Longinfiltraat
- 
- 

### Symptomen:

- Zegt regelmatig benauwd te zijn
- Veranderd ademhalingspatroon: snelle ademhaling, verlengde uitademing, happen naar adem, zichtbaar moeite doen om te ademen
- Houding (opgetrokken schouders)
- Piepende ademhaling
- (nachtelijk) hoesten
- Grauwe gelaatskleur
- Blauwe lippen, oren, vingers
- Vorming wit masker rondom mond/neus
- Moeite met praten
- 
- 

### Doel:

- Na drie dagen geeft de patiënt aan niet benauwdheid te zijn
- Na ... dagen geeft de patiënt aan dat de benauwdheid hanteerbaar is
- 

### Interventies:

- Geef informatie over de relatie inspanning en benauwdheid
- Geef informatie over de ziekte en het belang van het vermijden van prikkels
- Informeer over het herkennen van en hoe te handelen bij verergering van klachten van benauwdheid
- Geef zo nodig voorlichting/instructie over gebruik van extra medicatie
- Geef informatie over belang van preventief halen griepvaccinatie bij (huis)arts (voor toekomst)
- Zorg dat de patiënt kan vertrouwen op aanwezigheid van hulp bij ernstige benauwdheid
- Ga na hoe de benauwdheidsaanvallen verlopen en help patiënt bespreekbaar maken van eventuele angst
- Oefen en ondersteun de aangeleerde hoest- en/of ademtechniek
- Dien in overleg met arts eventueel zuurstof toe
- Controleer 3 keer daags de saturatie
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 7. Verpleegprobleem: INEFFECTIEF OPHOESTEN

**Classificatie:** Activiteitenpatroon (4)

### Etiologie:

- Aspiratie
- Pulmonale obstructie
- COPD
- Pneumonie
- Pleuravocht
- Decompensatio cordis
- Ascites
- Anemie
- Pijn
- Angst
- Depressie
- 
- 

### Symptomen:

- Ineffectief of niet hoesten
- Luchtwegsecret niet kunnen verwijderen
- Bijgeluiden bij de ademhaling
- Abnormale ademhalingsfrequentie, -regelmaat, -diepte
- 
- 

### Doel:

- Na instructie van verpleegkundige of fysiotherapeut hoest de patiënt effectief
- 

### Interventies:

- Voer rustperioden in na hoesten
- Ondersteun buik- of borstwanden met hand, een kussen of beide
- Leer de patiënt beheerst te hoesten;
  - Rechtopzittend en langzaam ademhalen
  - Gebruik buikademhaling
  - Adem in, houd 3-5 seconden vast, en adem langzaam uit
  - Adem voor de tweede maal in en hoest krachtig
- Schakel eventueel fysiotherapeut in
- Ga na welke hulpmiddelen bij het hoesten bruikbaar kunnen zijn voor de patiënt (slijmoplossend middel, flutter)
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 8. Verpleegprobleem: ZELFZORGTEKORT

**Classificatie:** Activiteitenpatroon (4)

### Etiologie:

- Dyspnoe
- Longemfyseem
- COPD
- Moeheid
- Verwardheid
- Angst
- Ouderdom
- Verminderde motoriek
- 
- 

### Symptomen:

- Kan of wil lichaam of lichaamsdelen niet wassen
- Kan opzitten of staan niet volhouden
- Wil energie aan andere activiteiten dan lichamelijke verzorging besteden
- 
- 

### Doel:

- Patiënt voert dagelijks activiteiten bij het wassen uit tot een met de patiënt besproken niveau:  
.....
- 

### Interventies:

- Zorg voor privacy tijdens wassen/ douchen
- Zorg dat alle benodigdheden voor het wassen binnen handbereik liggen
- Zorg voor veiligheid in de badkamer
- Zorg zo nodig voor aangepaste voorzieningen zoals douchestoel
- Zorg dat de patiënt bij de bel kan in de douche of op bed
- Observeer of de patiënt in staat is zichzelf (gedeeltelijk) te verzorgen
- Houd instructies eenvoudig en voorkom afleiding
- Laat de patiënt zich zo ver mogelijk zelf wassen, maar wees alert op vermoeidheid of dyspnoe
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 9. Verpleegprobleem: PIJN

**Classificatie:** Cognitie- en waarnemingspatroon (6)

### Etiologie:

- Behandeling
- Weefselbeschadiging door botmetastasen
- Tumorgroei
- 

### Symptomen:

- Angst
- Prikkelbaar zijn
- Kreunen
- Wrijven over pijnlijke plek
- Ongebruikelijke houding
- Immobiliteit
- Concentratieproblemen
- Verandering in slaappatroon
- Terugtrekken bij aanraking
- Verbeten gelaatstrekken
- Misselijkheid en braken
- 
- 

### Doel:

- Patiënt vertelt dat pijn is verlicht na pijnverzachtende maatregel
- 

### Interventies:

- Laat merken dat je de pijn serieus neemt:
  - Erken de aanwezigheid van pijn
  - Luister aandachtig
  - Neem minimaal 2 keer daags pijn score op om de pijn te kunnen beoordelen
- Evalueer het effect van pijnmedicatie 30 minuten na toedienen door middel van pijnscore
- Zorg voor een goed medicatiebeleid:
  - Pijn medicatie op vaste tijden in laten nemen
  - Geef de 'klok rond', zo nodig 's nachts wakker maken
  - Geef bij doorbraakpijn extra dosis kortwerkende pijnbestrijding
  - Start bij toedienen van opioïden laxantia
  - Geef de patiënt voorlichting over de pijnbestrijding
- Moedig familie aan patiënt aan te geven ook wanneer deze niets van de pijn laat merken
- Bied de patiënt overdag mogelijkheden om te rusten
- Zorg dat de patiënt 's nachts ononderbroken perioden kan slapen
- Leer de patiënt zich bij acute, maar draaglijke pijn zichzelf af te leiden
- Bespreek of verbetering van houding, beweging, warmte, koude, ontspanningoefeningen of massage pijn kunnen verminderen
- Bespreek het inschakelen van andere disciplines: fysiotherapeut, ergotherapie, geestelijk verzorger, etc.

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## 10. Verpleegprobleem: VERMOEIDHEID

**Classificatie:** Zelfbelevingspatroon (7)

### Etiologie:

- Koorts
- Dyspnoe
- Decompensatio cordis
- COPD
- Anemie
- Diabetes mellitus
- Bijwerkingen medicijnen
- Misselijkheid
- Overgeven
- Diarree
- Chronische ontstekingen
- Chemotherapie
- Angst
- Pijn
- Slaapstoornissen
- 
- 

### Symptomen:

- Aanhoudend gebrek aan energie te hebben
- Niet in staat normale bezigheden uit te voeren
- Gevoel van ellende
- Toename van lichamelijke klachten
- Emotionele labiliteit
- Afgenomen concentratievermogen
- Afgenomen prestatievermogen
- Lusteloosheid
- Verstoorde slaap
- 
- 

### Doel:

- Patiënt stelt iedere dag prioriteiten wat betreft dagelijkse activiteiten
- 

### Interventies:

- Geef de patiënt ruimte om gevoelens te uiten
- Help de patiënt activiteiten over de dag te verspreiden
- Vraag de patiënt de vermoeidheid aan te geven op een schaal van 0-10, en rapporteer dit
- Plaats benodigde hulpmiddelen binnen handbereik
- Stimuleer tot regelmatig kleine hoeveelheden eten
- Leg uit dat lichaamsbeweging positieve effecten kan hebben op psyche en lichaam
- 
- 

**Evaluatiefrequentie:** Dagelijks

## LITERATUUR STANDAARD VERPLEEGPLANNEN

### Boeken:

Carpenito, Linda Juall, e.a., *Zakboek verpleegkundige diagnoses*, Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten 2002

Gootjes, J.R.G. en M. Nolet, *Palliatieve zorg. Zakboekje*, Vereniging van integrale kankercentra (VIKC), Utrecht 2006

Graeff, A. de, e.a., *Oncologieboek deel 2 Richtlijnen palliatieve zorg*, Integraal Kankercentrum Midden Nederland (IKMN), Utrecht 2002

Hunink, G.H., e.a., *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*, ThiemeMeulenhoff, Utrecht/Zutphen 2006

Jong de, J.H.J. ea., *Inleiding in de verpleegkunde*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1999

Osselen-Riem, J. van, e.a., *Theorie en praktijk van palliatieve zorg*, Uitgeverij LEMMA BV, Utrecht 2000

Verpleegkundig Vademecum, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 2003

### Sites:

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

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

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

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

### **BIJLAGE 3: VOORBEREIDING KLINISCHE LES**

#### **Inleiding**

Een klinische les heeft als aanleiding meestal een concrete gebeurtenis op de werkvloer of kennisoverdracht naar aanleiding van kennistekort. Tevens dragen zij bij aan het vergroten van kennis en vaardigheden<sup>11</sup>. Met name het tweede doel van een klinische les is hier van toepassing.

Tevens heeft de klinische les tot doel het creëren van draagvlak. Als de standaard verpleegplannen in gebruik genomen gaan worden, zal iedere verpleegkundige er te maken mee krijgen. Afstemming en overeenstemming is daarvoor noodzakelijk.

Het geven van een klinische les vraagt enige vaardigheden in presenteren en aanbrengen van structuur (1), en dat geeft persoonlijke aandachtspunten (2). De klinische les is besproken met zowel werkbegeleider als praktijkopleider (3). Een kort verslag van de klinische les volgt (4), waarna afgesloten wordt met de hand-out (5).

#### **1. Structuur en inhoud**

##### *1.1 Discussie*

Het stammen van vragen en het geven van op- en aanmerkingen door de toehoorders kan gestimuleerd worden<sup>12</sup>. Dit heeft voor- en nadelen:

- Toehoorders blijven betrokken bij het verhaal
- Onduidelijkheden worden meteen uit de weg geholpen
- Geheel wordt verlevendigd
- Aandacht kan worden afgeleid van het betoog
- Presentator wordt van zijn apropos gebracht
- Presentatie wordt rommelig

Een manier om hier mee om te gaan is de toehoorders te vragen direct te reageren als er iets onduidelijk is, maar inhoudelijke vragen voor achteraf te bewaren.

Met deze klinische les wil ik niet alleen kennis overdragen, maar ook reactie op de verpleegplannen. Ik zal daarom de nadruk op interactie leggen, en de toehoorders daar ook toe stimuleren door het stellen van vragen of het maken van prikkelende opmerkingen. Inhoudelijke vragen zal ik daarom ook tussendoor gelegenheid voor geven om te stellen, maar ik zal daarbij wel de structuur vasthouden die ik van tevoren heb vastgesteld. Aandachtspunt voor mij is om wel de hoofdlijn van het verhaal vast te houden.

##### *1.2 Visuele ondersteuning*

De klinische les zal ondersteund worden door een PowerPoint presentatie. Deze diavoorstelling zal kort zijn, en enkel de hoofdpunten van de les bevatten. Het doel van deze visuele ondersteuning is zorgdragen voor een duidelijke en overzichtelijke structuur. Tevens zal het de aandacht 'bij de les' houden.

##### *1.3 Inhoud*

- Aanleiding en doel klinische les
- Inhoudsopgave
- Vraag om feedback na afloop over inhoud en vorm klinische les
- Uitleg gebruik opgestelde standaard verpleegplannen
- Aandachtspunten bij standaardiseren van zorgontwerpen
- Mogelijk knelpunten benoemen
- Te volgen implementatietraject uitleggen
- Vragen beantwoorden
- Feedback vragen
- Discussie over het gebruik van standaard verpleegplannen; voor- en nadelen
- Afsluiting

---

<sup>11</sup> Hunink (2000) p.220-221

<sup>12</sup> Gramsbergen (1996) p.194-196

**BIJLAGE 4: BEOORDELINGSFORMULIER**

<b>Criteria geven van klinische les</b>	
Student: Willeke van de Haar      Werkbegeleider: Anneke Koert Praktijkopleider:	
<b>Beoordelingsaspecten</b>	<b>Toelichting</b>
Uitleggen van aanleiding	
Inhoud van informatie; stimulerend en informatief?	
Selectie van informatie	
Aansluiting bij doelgroep	
Voordracht (levendig, boeiend)	
Intonatie	
Betrokkenheid, stimulerend, enthousiasme	
Visuele ondersteuning	
Tijdsduur	
Discussie en leiden van discussie	
Ruimte voor interactie	
Ingaan op vragen en discussiepunten	

**BIJLAGE 5: VOORBEELD STANDAARD ZORGVRAAG: 'PIJN'**

Het was niet mogelijk dit bestand digitaal in te voegen