ProActive Nursing: klinische problematiek inzichtelijk

Observeren, analyseren en communiceren

Tweede druk

MARC BAKKER

Boom

Disclaimer
Hoewel dit boek met de grootste zorgvuldigheid is samengesteld, zijn wij niet aansprakelijk voor eventuele fouten in de tekst. De auteur en de uitgever wijzen elke aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid voor eventueel foutief medisch en/of verpleegkundig handelen als gevolg van deze teksten van de hand.

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Tekeningen: Karin Creemers
Tekeningen mindmaps en Law of eight: Marc Bakker
Eindredactie: Coen van Heycop ten Ham & Fred Weiland

© VUmc Academie, Marc Bakker & Boom uitgevers Amsterdam, 2017

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische vereenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978-90-5875-862-0
eISBN 978-90-5875-863-7
NUR 860

www.proactivenursing.nl
www.vumcacademie.nl
www.boomhogeronderwijs.nl

TEN GELEIDE

De eerste druk van dit boek verscheen in 2013. Het bleek meteen een succes. Sindsdien is het klinisch redeneren, mede door de vele symposia, cursussen, clinics, colleges en patiëntbesprekingen waaraan we als kenniscentrum ProActive Nursing hebben mogen deelnemen, steeds bekender en naar het schijnt ook wel belangrijker geworden. Klinisch redeneren is in de verpleegkunde een niet meer weg te denken fenomeen geworden. De term klinisch redeneren is inmiddels ook vastgelegd in de verpleegkundige beroepsprofielen 2020 en het opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020. Het klinisch redeneren is binnen de CanMED 'De zorgverlener' weergegeven als een kerncompetentie.

Dat alles is uiteraard niet alleen onze verdienste, maar hopelijk kunnen we daaraan wel 'ons steentje' blijven bijdragen. Velen hebben inmiddels met dit boek gewerkt. Hierdoor zijn ook een aantal spelfoutjes, leemten en andersoortige bugs gecorrigeerd, verbeterd en aangevuld. Zo is de nieuwe tekst over de lever bijna 'kant-en-klaar' aangeleverd door Jimmy Bansberg. Hij is een enthousiaste docent die ik tegenkwam op een cursusdag en die het aandeel van de lever in het zorgthema 'spijsverteringsfuncties' miste. Heel fijn dat zowel docenten als studenten zo meedenken. Zo wordt dit boek alleen maar mooier, toegankelijker en nog meer van ons verpleegkundigen.

Een belangrijk gegeven uit het beroepsprofiel 2020 is de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deze internationale classificatie van mensfuncties van de WHO wordt steeds belangrijker in het gezondheidszorgonderwijs en in de beroepspraktijk. De zorgthema's in dit boek zijn zoveel mogelijk in lijn gebracht met deze wereldwijde classificatie. Mede om die reden zijn zowel de volgorde, de titels als de terminologie binnen de zorgthema's ingrijpend aangepast. In deze tweede druk is het onderdeel neurologische functies opgedeeld in drie aparte zorgthema's; 'sensorische functies en pijn', 'neurologische functies' en 'het bewegingsapparaat'. Daarnaast zijn er drie nieuw uitgewerkte zorgthema's toegevoegd: 'mentale functies', 'stem en spraak', en 'activiteiten en participatie'.

Nieuw in deze druk zijn de onderdelen 'ProActive Nursing praktijkmodel', 'Het gebruik van de mindmaps' en 'De mens, hoe gaat het?'. De afgelopen jaren ben ik er sterk van overtuigd geraakt dat leren klinisch redeneren vanuit de kernvraag 'Hoe gaat het' en het vermogen daar realistisch en gericht over te kunnen communiceren uiterst belangrijk is in de zorg voor onze patiënten.

Heel veel dank ben ik verschuldigd aan Coen van Heycop ten Ham en Fred Weiland, die een aparte vermelding verdienen. Zij zijn voor mij niet zomaar collega's! Deze beide heren worden inmiddels door velen als zeer geliefde en gewaardeerde experts in het klinisch redeneren gezien. We delen niet alleen de visie, maar ook de passie voor het onderwijs in klinisch redeneren. Bedankt heren: zonder jullie was dit een ander boek! Chapeau voor jullie continue en kritische meedenken.

Expertisecentrum ProActive Nursing

Medio 2013 is binnen de VUmc Academie een kennisplatform 'ProActive Nursing' opgericht. Dit centrum houdt zich bezig met het ontwikkelen en delen van kennis en kunde op het gebied van klinisch redeneren. We zijn steeds hard bezig om het klinisch redeneren intuïtief, concreet en realistisch te maken én te houden. Daarnaast zijn we ook continu in touw om het leren klinisch redeneren effectief en leuk te maken en te houden. Als verpleegkundige, auteur van ProActiveNursing en medewerker van het expertisecentrum ben ik trots op wat we tot nu toe bereikt hebben, maar we blijven verder ontwikkelen aan het leren klinisch redeneren voor verpleegkundigen. Wordt vervolgd dus!

Online kennisplatform ProActive Nursing
Om goed te leren klinisch redeneren is geschikt oefenmateriaal nodig. Dit oefenmateriaal moet echter wel aan een aantal onderwijskundige principes voldoen. Het moet uitdagend zijn maar toch ook wel weer haalbaar voor studenten. Niet te makkelijk maar ook niet te moeilijk dus. Het moet ook herkenbaar zijn. De casuïstiek (leren klinisch redeneren gaat eigenlijk alleen met casuïstiek!) moet passen bij de belevingswereld van de student. Het heeft geen zin om een student met een casus van een neonatologie intensive care verpleegkundige op te zadelen terwijl hij binnenkort op stage gaat in de thuiszorg. Het allerbelangrijkste is echter dat de casus realistisch is. Het moeten echte casussen zijn, geen verzonnen proza waarmee je oefent. De praktijk is het belangrijkste uitgangspunt voor een patiëntencasus en de realiteit daarvan hoeft niet bedacht te worden. Alleen echte casuïstiek is leerzaam. Een verzonnen en gecomponeerde casus uitwerken is meestal frustrerend en te summier in informatie. Vooral gebrek aan de uiterst belangrijke informatie met betrekking tot de competentie observatie is daarbij het probleem. Alleen bij een echte casus, die goed geschreven is, kun je je competenties realistisch oefenen.

Nu is dit alles echter niet zo makkelijk te verkrijgen. Om deze redenen wordt er hard gewerkt aan een ProActive Nursing online kennisplatform waarop heel veel geschikte casuïstiek wordt aangeboden. Maar dat niet alleen. Er komen nog veel meer 'tools' om te leren klinisch redeneren. Om je enig idee te geven wat je daar kunt verwachten: Het is de bedoeling om er naast een uitgebreide casusbank ook andersoortige oefeningen aan te bieden, vooral voor het oefenen met de competenties. Daarnaast komt er een forum, een chatfunctie (zodat je kunt chatten met andere studenten), er komen weblectures van experts, kennisclips, aanvullende informatie, artikelen, etc. Heb jij straks zelf een goede casus? Ook die kan dan online zodat anderen weer van jouw praktijkervaringen kunnen leren. Het geheel hiervan maar vooral de inhoud zal de komende jaren verder uitgroeien tot een hoogwaardig kennisplatform. De planning is om eind 2017 een basisuitvoering van dit kennisplatform operationeel te hebben. Wordt vervolgd dus!

januari 2017
Marc Bakker

De uitgangsvraag...

Hoe gaat het?

Hoe giet it? (Fries)
Hoe-is-ie? (Bargoens)
Kon ta bai? (Papiamentu)
Comment ça va? (Frans)
How you doing? (Slang Engels)
Cómo estás? (Spaans)
Wie geht's? (Duits)
Come stai? (Portugees)
Hvordan går det? (Deens)
Hur mår du? (Zweeds)
O genki desu ka? (Japans)
Ni hao? (Chinees)
Habari gani? (Swahili)
Jak się masz? (Pools)
Ma sjlomchech? (Hebreeuws)
TI kAnis? (Grieks)
Ce faci? (Roemeens)
Mitä kuuluu? (Fins)
Kak si? (Bulgaars)
Kak dyela? (Russisch)
Kayf Halek? (Marokkaans)
Bagaimana kabarnya? (Javaans)
Come stai? (Italiaans)
Nasilsin? (Turks)
Hoe gaan dit met jou? (Zuid-Afrikaans)
Otto-sjim-nikka? (Koreaans)
Jak se dar'i? (Tjechisch)
Kako ste? (Kroatisch)
Hale shoma chetor ast? (Farsi)
Kiel vi fartas? (Esperanto)
Hvordan går det? (Noors)
Apa kabar? (Maleis)
Izzayyik (Egyptisch)
Aap kaiseh hai? (Hindi)
How are you? (Engels)
Wie geit ut? (Limburgs)

...is vaak lastig te beantwoorden

INHOUD

Ten geleide 5
Inleiding 11
ProActive Nursing praktijkmodel 12
Het gebruik van de mindmaps 20
De opzet van een zorgthema 23
De mens, hoe gaat het? 25

Zorgthema 1 Mentale functies 31

Zorgthema 2 Sensorische functies en pijn 43

Zorgthema 3 Stem en spraak 57

Zorgthema 4 Ademhaling 69

Zorgthema 5 Circulatie 101

Zorgthema 6 Zuurstofvoorziening van het hart 175

Zorgthema 7 Urogenitale functies 191

Zorgthema 8 Spijsverteringsfuncties 217

Zorgthema 9 Huid en afweerfuncties 247

Zorgthema 10 Bloedwaarden 265

Zorgthema 11 Neurologische functies 317

Zorgthema 12 Bewegingsapparaat 345

Zorgthema 13 Thermoregulatiesysteem 359

Zorgthema 14 Hormonaal stelsel 379

Zorgthema 15 Activiteiten en participatie 407

Geraadpleegde bronnen 421
Trefwoordenregister 425

*‘Proud to be a Nurse’**

* Deze uitspraak viel mij steeds op tijdens mijn vele werkbezoeken op Bonaire. Hij wordt gebruikt als opschrift van foto’s van student-verpleegkundigen. Deze foto’s sieren de gangen van het opleidingscentrum Fundashon Mariadal. Wat mij betreft: een uitspraak om vaker te gaan gebruiken!

INLEIDING

Dit basisboek klinisch redeneren is primair bedoeld voor studenten, maar ook voor ervaren verpleegkundigen die zich (verder) willen verdiepen in het klinisch redeneren. Sinds enige jaren heeft het vak 'klinisch redeneren' een hoge vlucht genomen, zowel op de onderwijsinstellingen als in het klinisch onderwijs. Voor velen was klinisch redeneren recentelijk nog een nieuwe term, maar inmiddels is het beroepsmatig erkend en opgenomen in zowel het schoolse als buitenschoolse deel van opleidingen. In dit boek is het klinisch redeneren gekoppeld aan de ICF-classificatie.

De ICF-classificatie is een multidisciplinair opgezet, wereldwijd gedragen document waarin het menselijk functioneren beschreven wordt. De ICF is een biopsychosociaal model dat het menselijk functioneren vanuit verschillende perspectieven beschrijft:

1. de mens als organisme (functies en anatomische eigenschappen);
2. de mens als uitvoerder van menselijke activiteiten en functioneel deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie).

Een van de toepassingen van de ICF is dat zij als basis kan dienen voor het ontwikkelen van onderwijsinstrumenten. En dat is precies waar het systeem in dit boek voor is gebruikt. Dit boek biedt een praktijkmodel, met competenties van het klinisch redeneren, gekoppeld aan de ICF-classificatie en de zogenoemde 'body of knowledges'[1] bij deze ICF-zorgthema's.

Het praktijkmodel ProActive Nursing (PAN) in combinatie met de ICF-zorgthema's biedt een praktisch houvast in het leren klinisch redeneren. Hoewel je elk van deze ICF-zorgthema's apart kunt zien, is het vooral de kunst om verbanden te ontdekken en te leggen met eventuele andere betrokken zorgthema's. Zo lijkt een patiënt met diabetes 'alleen' een ontregelde glucosewaarde te hebben, maar deze ziekte heeft in een gevorderd stadium vaak vele bijkomende problemen: op somatisch en psychosociaal vlak en op het gebied van 'activiteiten en participatie'. De zorgthema's dienen dan ook niet los van elkaar gezien en gebruikt te worden maar vooral in hun onderling verband. Pas dan krijgen we een diepgaand inzicht in de omvang van de gezondheidsproblematiek. Zo bekeken is de problematiek van de patiënt doorgaans veel uitgebreider en gecompliceerder dan in eerste instantie gedacht wordt. Zowel op school als in de zorgpraktijk zul je als student veel moeten oefenen, liefst 'aan het bed', dicht bij de patiënt om je het klinisch redeneren 'eigen' te maken.

Succes!

Marc Bakker

1 Een zekere hoeveelheid basiskennis van fysiologie, anatomie en pathologie is gewenst bij het gebruik van dit boek.

PROACTIVE NURSING PRAKTIJKMODEL

Introductie

Als verpleegkundige heb je in de dagelijkse beroepspraktijk te maken met allerlei mensen en zorgsituaties. Dat vraagt om veel flexibiliteit. Ieder mens reageert weer anders op ziekte. Het contact van verpleegkundigen met de patiënt is vaak intens en frequent. Van jou wordt verwacht dat je steeds weer kunt beoordelen 'hoe het gaat' met je patiënten en daar adequaat op reageert. Feitelijk is dat het grote nut van klinisch redeneren in de verpleegkundige beroepspraktijk.

'Hoe gaat het?'

Hoe gaat het? Deze o zo makkelijk klinkende vraag wordt continu door allerlei mensen aan elkaar gesteld. In de dagelijkse omgang is de reactie vaak: O, goed hoor, het gaat lekker. Of iets anders van dien aard. Het is meestal een 'sociaal wenselijk' gegeven antwoord. Het is eigenlijk niet meer dan een alledaagse gespreksopener.

In de zorg heeft deze vraag echter een andere bedoeling. Zorgverleners willen immers inzicht hebben in de gezondheidstoestand van een patiënt voordat ze tot de feitelijke zorgverlening overgaan. De verpleegkundige interpretatie van 'hoe het gaat' is uiterst belangrijk voor het verloop van het zorgproces. Zeker in die situaties waarin de patiënt dit (tijdelijk) zelf niet goed (meer) kan aangeven, treden wij op als zijn zaakwaarnemer, als 'advocaat van de patiënt'. Wij als verpleegkundigen, die vaak zo dicht bij de patiënt staan, zijn zorgsituatie zo goed kennen en zijn vertrouwen hebben, zijn daar bij uitstek de aangewezen hulpverleners voor. Het vermogen om te kunnen oordelen 'hoe het gaat', raakt de kern van onze professie. Klinisch redeneren doe je eigenlijk steeds vanuit de vraag: Hoe gaat het?

Praktijkmodel ProActive Nursing

Vanuit deze vraag is een praktijkmodel ontwikkeld waarmee je in de beroepspraktijk op een eenduidige manier kunt leren klinisch te redeneren. Het praktijkmodel ProActive Nursing is universeel. Het is toepasbaar door iedere verpleegkundige, in iedere zorgsetting of werkveld van de gezondheidszorg, bij iedere patiënt.

Uitgangsvraag

De uitgangsvraag is 'hoe gaat het?'. Daarbij horen drie competenties: observatie, analyse en communicatie. Bij elke competentie hoort weer een vervolgvraag. Via deze competenties en vervolgvragen start je bijna als vanzelf met het klinisch redeneren.

'Hoe gaat het?'

Observeren	Wat signaleer je, op dit moment, bij deze patiënt?
Analyseren	Wat gaat goed, is in gevaar, gaat niet goed en wat moet er gebeuren?
Communiceren	Met wie, over wie, hoe en wanneer en waarover?

Figuur 1 **Het ProActive Nursing praktijkmodel. De uitgangsvraag is 'Hoe gaat het met mijn patiënt?'; het doel is optimale zorgverlening**

Competentie 1 'Observeren'

Waarnemen betreft de primaire vaardigheid van het kijken, vragen, luisteren, ruiken en voelen. Observeren is hetzelfde maar dan doelgericht. Het gerichte betekent dat je bewust op zoek gaat naar klachten, opvallende verschijnselen in het uiterlijk, verbale uitlatingen, de mimiek en het gedrag van de persoon om uiteindelijk te kunnen beoordelen hoe het gaat. Gestructureerd observeren betekent dat het methodisch gebeurt, op een bepaalde manier, met een assessment.

DOEL = verpleegkundige interpretatie van de algehele psychosociale en fysieke gesteldheid in relatie tot het functioneren van de patiënt

KERNVRAAG = 'Wat signaleer je, op dit moment, bij deze patiënt?'

De kernvraag bij de competentie observeren houdt in:

- **'Signaleren'**: betreft alles wat je ziet, vraagt, hoort, ruikt, voelt en meet: niet-pluis-signalen, klinimetrie, scores, klachten, bloedwaarden en andere aspecifieke opvallende verschijnselen.
- **'Moment'**: betreft het eventuele specifieke en relevante moment, gezien in de tijd (voor, tijdens, na een mentale of fysieke belasting, zoals een operatie, flinke inspanning, over-lijden van een dierbare, rekening houdend met levensfase en levensverwachting) en gezien

in plaats en omstandigheden (fysiek, klimatologisch, sociaal-maatschappelijk). Dit kan immers allemaal invloed hebben op de uitslag.
- **'Patiënt'**: betreft de persoon met zijn specifieke persoonskenmerken (lengte, gewicht, uiterlijke kenmerken en karaktereigenschappen) en gezondheidsachtergrond (AMPLE[2] en behandelingsbeperkingen). Ook deze factoren kunnen hun invloeden hebben op de uitslag. Beschouw alles wat je signaleert dus altijd in de context van de patiënt en van het moment van constatering.

Leren observeren

Beroepsmatig observeren doet een verpleegkundige eigenlijk altijd bij ieder patiëntencontact. Dat is niet iets wat je stop kunt zetten of niet kunt doen. Het wordt ook wel omschreven als het 'scannen' naar bijvoorbeeld niet-pluissignalen of typische gedragingen (slecht eten, zichzelf verwaarlozen, enz.) in combinatie met verbale of non-verbale uitlatingen van de patiënt, negatieve of vlakke emoties. Deze soms vage en niet meteen concreet te duiden signalen kunnen je een gevoel geven dat het wellicht 'niet goed gaat'. Het lastige is dat deze niet-pluissignalen per werkveld (thuiszorg, intensive care, poli), patiëntencategorie (post chirurgisch, ouderen, kinderen, dementiepatiënten) en zelfs per individuele patiënt kunnen verschillen. Ervaren verpleegkundigen doen hun observaties ogenschijnlijk onbewust en ongestructureerd. Maar dat is schijn. Een ervaren verpleegkundige met een goed ontwikkeld niet-pluisgevoel herkent een eventuele achteruitgang van patiënten soms nog voordat er sprake is van objectieve achteruitgang van vitale functies. Valkuil is wel dat je hier niet blind op moet varen. Dus niet zoals de Engelse uitdrukking luidt: 'jumping into conclusions' oftewel voorbarig conclusies trekken. Het gaat slechts om signalen en er is zeker (nog) geen goed onderbouwd oordeel.

Het woord 'observaties' wordt door verpleegkundigen gebruikt als een verzamelnaam voor allerlei signalen, symptomen en metingen. Een andere veel gebruikte term is 'controles'. Er zijn echter heel veel verschillende observaties. Met allemaal zo hun eigen specifieke nut en waarde. Sommige zijn nogal subjectief maar toch van waarde omdat ze simpel uit te voeren zijn. Zo is de observatie 'kleur' vrij subjectief. Maar juist de kleur van de huid (rood, geel, bleekgrauw, blauwpaars) kan diagnostisch heel veel zeggen. Andere observaties zijn veel objectiever maar weer ook invasiever. Het gaat er echter altijd om dat we ze zien in het geheel. In de vorm van een assessment.

Observatievaardigheden ingedeeld in vijf niveaus, van basis naar specifiek en invasief
1. **Continue professionele alertheid en aandacht** (kijken, vragen, luisteren, voelen, ruiken) voor opvallende niet-pluissignalen en andere indicatoren van achteruitgang van gezondheid en in functioneren (stress, pijn, kortademigheid-benauwdheid, misselijkheid, afwijkende kleur, jeuk, onrust, angst, moeheid, depressiviteit, teruggetrokkenheid, lusteloosheid, verwardheid, slechter eten, gewichtsverandering, bewegingsarmoede, enz.).
2. **Basisklinimetrie** (pols, temperatuur, bloeddruk, ademfrequentie, saturatie, capillaire refilltijd, reactiepatroon, diurese, hartritme, enkelvoudige bloedwaarden zoals glucose, stolling en Hb).
3. **Specifieke scoresystemen** (bijv. DENWIS[3], MEWS[4], pijnscore, SIRS[5], DOS[6]).

2 AMPLE staat voor *Allergy, Medication, Past Illness, Last meal, Event*. De AMPLE methode is een ezelsbruggetje om een aantal belangrijke achtergrondgegevens van een patiënt te inventariseren. Wordt op Spoedeisende Hulp afdelingen veelgebruikt als verkorte anamnese.
3 DENWIS staat voor *Dutch Early Nurse Worry Indicator Score,* en moet verpleegkundigen ondersteunen bij het verwoorden van hun niet-pluisgevoel.
4 Het *Modified Early Warning System*, kortweg MEWS, is een systeem dat is ontwikkeld in Australië en inmiddels wereldwijd wordt gehanteerd. Met dit systeem worden de vitale functies van een patiënt objectief gemeten, waarbij aan de verkregen waarden een cijfer wordt verbonden. Het totaal van de cijfers vormt een getal, en aan dat getal zijn vervolgacties gekoppeld. Hoe hoger het getal, hoe slechter de vitale functies, hoe sneller moet worden gehandeld.
5 Bij een sepsis is er een systemische ontstekingsreactie. Deze reactie noemen we SIRS: *Systemic Inflammatory Response Syndrome*. De SIRS-criteria vormen een scoresysteem om sepsis te diagnosticeren.
6 De DOS-schaal (*Delirium Observatie Screening*) is een hulpmiddel om te bepalen of er sprake is van een delier.

4. **Uitgebreid bloedbeeld** (hematologie, klinische chemie en bloedgassen).
5. **Uitgebreide en specifieke klinimetrie** (ECG, invasieve drukbewaking, hemodynamische profielen, beademingsparametrie, etc.).

Observatie, parameter	Referentiewaarde volwassene
Reactiepatroon	Alert
Oriëntatie in trias	In tijd, plaats en persoon
Ademfrequentie	12-15 / minuut
Alveolair ademgeruis	Vesiculair ademgeruis (VAG)
SpO_2	> 95%
NIBP (mean)	120/80mmHg (70-95)
Pulsaties	60-100 / minuut, regulair, equaal, krachtig
Hartritme	Sinusritme
Vulling halsvenen	Zittend = vlak, liggend = gestuwd
Kleur	Roze
Capillaire refilltijd	2-3 seconden
Diurese	1 ml/kg/uur, helder lichtgeel
Gewichtsverandering	≤ 2% variatie
Huidturgor	Snel en elastisch verstrijken
Slijmvliezen conditie	vochtig, glanzend
Kerntemperatuur	36,5-37,5 °C

Tabel 1 **Belangrijke en veelgebruikte basisobservaties en parameters met in de rechterkolom de bijbehorende referentiewaarden.**

Welke exacte observaties binnen deze niveaus dagelijks gebruikt worden door verpleegkundigen, maar ook wat de bijbehorende referentiewaarden zijn, is afhankelijk van de zorgsetting en patiëntencategorie. In de thuiszorg in een zorgsituatie waarin de nadruk ligt op sociale problematiek observeer je, naast bovenstaande, weer heel andere dingen dan bij een doodzieke intensive care-patiënt om te kunnen constateren 'hoe het gaat'. Heel bepalend in wat je observeert, is wie je observeert en wat voor ziekteaandoening of letsel diegene heeft en/of mee bekend is. Inventariseer daarom goed met welke observaties, klinimetrie en scoresystemen gewerkt wordt bij jouw patiënten in jouw zorgsetting. In alle gevallen is het doel echter hetzelfde: je wilt weten hoe het gaat met je patiënt: mentaal, lichamelijk en functioneel, en dat bepaal je door middel van observatie. Het geheel van observaties vormt het verpleegkundig assessment, op dat moment en bij die betreffende patiënt. Iedere verpleegkundige moet kunnen werken met observatievaardigheden op niveau 1, 2 en 3. Niveau 4 en 5 is voor verpleegkundigen met een vervolgopleiding in intensieve zorgsettingen.

Ga als volgt te werk:
- De uitgangsvraag is altijd 'hoe gaat het?'
- Observeer je patiënt aandachtig; voer de nodige klinische metingen en scoresystemen uit.
- Beoordeel of de gevonden waarden passen bij je patiënt en ook passen bij het betreffende moment en situatie.
- Beoordeel zo nodig ook of er een (groot) verschil is met eerder gedane metingen.
- Kijk of er eventuele recente bloedwaarden bekend zijn en weeg deze mee.
- Noteer alle uitkomsten. Interpreteer het geheel en geef dan pas antwoord op de vraag 'hoe het gaat met de algehele mentaal-fysieke gesteldheid van je patiënt'.

Indien je (ver)gevorderd raakt met de competentie observeren zul je merken dat je steeds beter gaat kijken en steeds meer gaat zien. Je weet steeds beter wat belangrijke observaties zijn. Je observatievermogen wordt gerichter, nauwkeuriger en sneller. Leren werken met de 'niet-pluissignalen' is in het begin soms erg lastig, maar het is in de praktijk een zeer waarde-

volle vaardigheid van ervaren verpleegkundigen gebleken. Goed kunnen observeren wordt ook wel de klinische blik genoemd. Die ontwikkel je niet in een paar weken maar, al doende leert men.

Competentie 2 'Analyseren'

Analyseren betreft het inzichtelijk maken van problematiek. Gestructureerd analyseren is het op een methodische manier doorgronden van een probleem, dus probleemoplossend denken. Gestructureerd analyseren wordt gedaan aan de hand van de ICF-zorgthema's.

DOEL = verpleegkundige interpretatie van de gesteldheid van specifieke functies in relatie tot het functioneren van de patiënt

KERNVRAAG = 'Wat gaat goed, is in gevaar, of gaat niet goed en wat moet er gebeuren?'

De vervolgvragen bij de competentie analyseren houden in:

- **'Wat gaat goed, is in gevaar of gaat niet goed?'** Deze vraag doelt op de mentale en fysieke functies en het functioneren van de patiënt. Gebruik eventueel het stoplichtensysteem om aan te geven 'hoe het daarmee gaat'. In levensbedreigende situaties gebruik je eerst de ABCDE-methode. Deze vervolgvragen dagen je natuurlijk ook uit om te analyseren wat er binnen het betreffende zorgthema niet goed gaat; wat is de precieze functiestoornis en/of functioneringsprobleem en waardoor worden deze veroorzaakt?
- **'Wat moet er gebeuren?'** Denk na hoe *jij* denkt dat er gehandeld moet worden. Wat zijn de noodzakelijke therapeutische interventies en welke persoonlijke verzorging is nodig; welke informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak; welke vorm van lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning denk *jij* dat nodig is? Geef aan wat *prioriteit* heeft oftewel wat het belangrijkst is en het eerst moet gebeuren.

Functies Mentale en fysieke eigenschappen	**Functioneren** Activiteiten en participatie
• Psychosociale functies (SCEGS) • Sensorische functies & pijn • Stem & spraak • Ademhaling • Circulatie • Zuurstofvoorziening van het hart • Urogenitale functies • Spijsverteringsfuncties • Huid- & afweerfuncties • Bloedwaarden • Neurologische functies • Bewegingsapparaat • Thermoregulatiesysteem • Hormonale functies	• Leren en toepassen van kennis • Algemene taken en eisen • Communicatie • Mobiliteit • Zelfverzorging (hygiëne, eigen gezondheid) • Huishouden • Tussenmenselijke interactie en relaties • Belangrijke levensgebieden • Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven

Tabel 2 **In de linkerkolom kun je via het stoplichtensysteem aankruisen 'hoe het gaat' met de mentale en fysieke functies en in de rechterkolom geldt hetzelfde met betrekking tot het functioneren; de activiteiten en participatie.**

Enkele belangrijke ICF-begrippen

- **Functies**: fysieke en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
- **Functiestoornissen**: afwijkingen in of verlies van functies en anatomische eigenschappen.
- **Beperkingen**: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.
- **Participatieprobleem**: probleem met het functioneren; de deelname aan het maatschappelijk leven.

- **Externe factoren**: de fysieke en sociale omgeving die iemands functioneren beïnvloedt, als belemmerende of ondersteunende factor.
- **Persoonlijke factoren**: iemands individuele achtergrond (leeftijd, geslacht, sociale status, culturele achtergrond, levenservaring en dergelijke).

Leren analyseren

De kernvragen stel je om vast te stellen waar zorg of aandacht nodig is. Gebruik de bovenstaande tabel met zorgthema's als checklijst.

Ga daarbij als volgt te werk:

1. De uitgangsvraag is altijd 'hoe gaat het?'
2. Creëer eerst overzicht. Dit doe je door alle functies af te gaan en aan te kruisen welke kleurcodering je van toepassing vindt (groen = 'gaat goed', oranje = 'in gevaar', rood = 'gaat niet goed'). Geef eventueel ook aan welke zorgthema's niet van toepassing zijn in deze situatie.
3. Aansluitend analyseer je bij de zorgthema's die niet goed gaan of in gevaar zijn wat het feitelijke probleem is. Geef een beknopte en concrete omschrijving van de feitelijke functiestoornis, het functioneringsprobleem of de beperking. Stel zo nodig een probleemlijst op.
4. Analyseer wat de oorzaak is of oorzaken zijn. Zorg altijd dat je je bevindingen kunt onderbouwen. Gebruik de PES-methode (Probleem, Etiologie, Symptoom).
5. Kijk heel goed naar het geheel en eventuele onderlinge verbanden in de problematiek en oorzaken. Dit kan weer nieuwe en belangrijke inzichten in het geheel van de zorgsituatie opleveren! Het ene probleem kan weer het andere veroorzaken.
6. Vanuit je probleemlijst kun je aan gerichte oplossingen denken: wat beveel je aan? Wat is het beste voor deze patiënt in deze situatie; wat kan de patiënt zelf doen; wat wil jij doen; wat heeft prioriteit?
7. Noteer je bevindingen, bijvoorbeeld in het zorgdossier.

Indien je (ver)gevorderd raakt met leren analyseren van deze zorgthema's, zul je merken dat je dit op een gegeven moment automatisch gaat doen en als vanzelf denkbeeldige scenario's opstelt. Je probleemanalyses en je aanbevelingen zullen sneller gaan en ook preciezer, gedetailleerder en concreter worden. Ook voor deze competentie geldt: al doende leert men.

Levensbedreigende situaties

In levensbedreigende situaties gebruik je eerst de ABCDE-methode en handel je per functie meteen naar bevinden. Constateer je dat de luchtweg in gevaar is? Dan los je dat meteen op voordat je naar de volgende functie gaat. Indien de patiënt ABCDE-gestabiliseerd is, kun je weer overschakelen op de ICF-classificatie om (zo nodig) een bredere analyse te doen.

Competentie 3 'Communiceren'

Communiceren is een uiterst belangrijke en invloedrijke vaardigheid. Goede communicatie tussen betrokkenen draagt bij aan de kwaliteit van leven en het welzijn van de patiënt. Er kan veel van afhangen of een verpleegkundige het juiste moment, de juiste woorden weet te vinden. Maar ook de attitude, voortvarendheid en volharding in het vertegenwoordigen van de belangen van de patiënt zijn van groot belang. Van alle incidenten in de zorg wordt 70% veroorzaakt door communicatiefouten. Communicatiefouten kunnen leiden tot afname van de fysieke conditie van de patiënt, wat in het ernstigste geval kan leiden tot het overlijden van een patiënt. De vaardigheid van het communiceren ligt voor wat betreft het klinisch redeneren vooral in het deskundig kunnen bespreken van jouw diagnostische bevindingen (observatie en analyse) en daarover inhoudelijk goed kunnen overleggen met anderen (de patiënt, mantelzorgers, collega-verpleegkundigen, arts).

DOEL = elkaar informeren en elkaars bevindingen delen om gezamenlijk tot eenduidige en eendrachtige klinische besluitvorming te komen.

KERNVRAAG = Met wie, wanneer en hoe bespreek je je bevindingen?

Communiceren 'hoe het gaat' met je patiënt:

- **'Met wie'**: de direct betrokkenen en verantwoordelijken (patiënt, familie, hulpverleners).
- **'Over wie'**: de betreffende patiënt.
- **'Hoe'**: dit betreft de manier waarop: telefonisch, in een consult, enzovoort.
- **'Wanneer'**: betreft het tijdstip, de overlegvorm maar ook de urgentie.
- **'Waarover'**: wat niet goed gaat, waardoor, wat er moet gebeuren, wat jij vindt dat het beste is voor deze patiënt.

Leren communiceren

Denk van tevoren goed na. Goede communicatie betekent ook dat je kunt beoordelen met wie en wanneer je het beste kunt overleggen en hoe je diegene(n) bondig, concreet en respectvol informeert over 'hoe het met jouw patiënt gaat' en 'wat het (mogelijke) probleem is'. Je moet, anders gezegd, bepalen wat je wilt bereiken maar ook wat je wilt voorkomen.

Ongestructureerd communiceren kenmerkt zich door het zomaar beginnen met uitwisselen van informatie: het geheel heeft geen herkenbare kaders. Gestructureerde communicatie gebeurt methodisch, op een bepaalde manier, bijvoorbeeld: met de SBAR-methode[7]. Indien zowel de zender als de ontvanger daarmee bekend is, verlopen de overlegmomenten vaak veel efficiënter, prettiger en duidelijker. Een aantal vormen van overleg met collega's of andere zorgverleners zijn: visite, telefonisch consult, multidisciplinair overleg. Richt je altijd zoveel als mogelijk op gezamenlijke besluitvorming met de patiënt. Houd bij de besluitvorming rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigingen.

Het doel van klinisch redeneren

Het grote nut en doel van het klinisch redeneren is vooral het kunnen leveren van goed doordachte en dus optimale, patiëntgerichte zorg. Als verpleegkundige streef je bij de zorgverlening, zo veel als mogelijk en verantwoord is, naar (behoud van) zelfstandigheid voor de patiënt. Uiteraard geldt hier: 'houd het realistisch'. Denk altijd heel goed na of de patiënt dit zelf wel wil en of de patiënt daar (momenteel) wel toe in staat is. Zie verder het zorgthema 'Activiteiten en Participatie'.

Leren klinisch redeneren

Klinisch redeneren is in korte tijd een niet meer weg te denken fenomeen voor verpleegkundigen geworden. Het wordt inmiddels vaak als hoofdvak aangeboden in de diverse initiële en vervolgopleidingen. Ook in de beroepspraktijk is men er druk mee bezig, al was het maar om de studenten van deze opleidingen goed te kunnen begeleiden.

7 SBAR staat voor *Situation, Background, Assessment en Recommendation*. De SBAR-methode geeft een duidelijk kader voor de informatie die bij elkaar gebracht moet worden en voor de volgorde waarin je daar het beste over kunt communiceren.

Nu kan het lukraak beginnen met leren klinisch redeneren om meerdere reden nogal frustrerend zijn. Het is verstandig om te beginnen met geschikte realistische casuïstiek en vanuit een goede onderwijskundige voorbereiding. De casuïstiek moet vooral bij het kennis- en ervaringsniveau van de student(en) passen. Het is ten zeerste af te raden om zo maar eens een casus uit te gaan werken die afkomstig is uit een totaal onbekend werkveld of met een onbekende patiënt met een vaag of zeldzaam ziektebeeld. De gevolgen laten zich makkelijk raden. Daar wordt niemand wijzer van. Nogmaals: dat frustreert alleen maar.

Voorafgaande aan het uitwerken van casuïstiek zijn twee dingen altijd belangrijk als vertrekpunt:

1. Ben je in voldoende mate bekend met de zorgsetting (het werkveld) en het specialisme in de casus? En ben je bekend met het soort patiënten (ziekte-aandoening-letsel, multimorbiditeit en leeftijden)? Hoe worden deze mensen doorgaans behandeld: (post)operatief, medicamenteus of anderszins? Met welke observaties en scoresystemen wordt gewerkt en ben je daar enigszins vertrouwd mee?
2. Is de biomedische kennisbasis op peil? Ben je in voldoende mate bekend met de terminologie en kennis van zaken rond het ziektebeeld en de bijbehorende zorgthema's (anatomie, fysiologie, pathofysiologie) en de (farmaco)therapie?

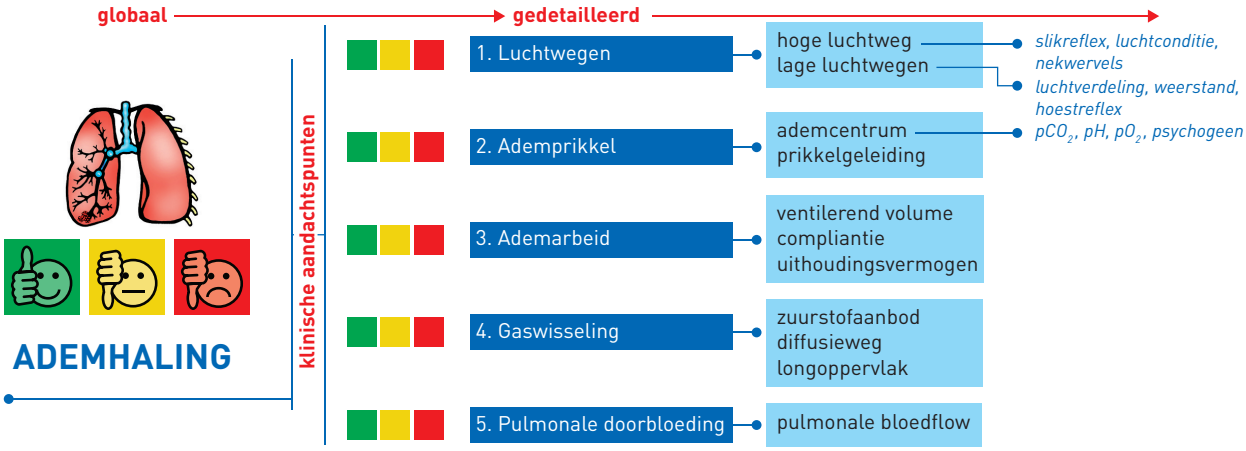
Aan de slag

Leren klinisch redeneren met casuïstiek is, mits goed voorbereid, uitdagend en uiterst leerzaam. Begin met korte, relatief eenvoudige en veel voorkomende casuïstiek. Werk vooral in het begin in kleine werkgroepen. Zo leer je met elkaar en van elkaar. Dat is ook heel goed voor de ontwikkeling van de competenties 'samenwerken' en 'communiceren'. Kies een realistische casus met een enkelvoudig ziektebeeld afkomstig uit een specifieke zorgsetting of stageafdeling. Multimorbiditeit is vanwege de vele dwarsverbanden vaak iets te uitdagend om mee te beginnen. Hou het, zeker in het begin, vooral overzichtelijk en behapbaar voor jezelf. Werk in eerste instantie bijvoorbeeld maar één of twee zorgthema's uit. Werk methodisch! Werk stapsgewijs via de competenties en gebruik bij het analyseren de mindmaps. Noteer steeds wat je niet weet en zoek dat op. Zorg dat je bij de uiteindelijke uitwerking van de casus bij alles kunt uitleggen 'waarom'? Als je daarin slaagt, dan kun je klinisch redeneren!

HET GEBRUIK VAN DE MINDMAPS

Introductie

In dit boek worden deze zorgthema's beschreven en samengevat in de vorm van een mindmap. Deze hebben een vaste en herkenbare structuur gekregen. Ze zijn bedoeld als redeneerhulp. De kern van de mindmap wordt gevormd door het zorgthema en de klinische aandachtspunten. Deze klinische aandachtspunten zijn in feite de hoofdpunten die van cruciaal belang zijn voor het optimaal functioneren van het betreffende zorgthema. Elk klinisch aandachtspunt is weer voorzien van een aantal trefwoorden. Deze vertegenwoordigen de verdere van belang zijnde zaken. Het geheel zorgt voor een redeneerhulp die, van links en groot naar rechts en gedetailleerd, op overzichtelijke, samenhangende en beeldende manier het zorgthema samenvat. De mindmaps zijn heel goed te gebruiken als leidraad om te diagnosticeren 'hoe het gaat' met de patiënt en dan specifiek met een bepaald zorgthema.



Figuur 2 **De anatomie van een mindmap. Uiterst links staat de naam van het zorgthema met een stoplichtaanduiding 'hoe het gaat'. Vervolgens staan rechts daarvan de klinische aandachtspunten (deelfuncties) weergegeven. Nog meer rechts daarvan staan aspecten die van belang zijn in een gedetailleerde probleemanalyse.**

Open karakter

Belangrijk is wel om te beseffen dat dit 'open' mindmaps zijn. De vaktermen die je in deze redeneerhulpen ziet, zijn bedoeld om je te helpen je gedachten op een logische wijze te ordenen. De klinische aandachtspunten en trefwoorden geven slechts de richting aan.
Het geheel is bedoeld als een soort uittreksel van de studieteksten uit dit boek. Deze mindmaps geven dus geen exacte keuzes, antwoorden of kant-en-klaar geformuleerde diagnosen. Je zult te allen tijde de problematiek zelf inzichtelijk moeten kunnen maken en goed kunnen verwoorden, met de juiste terminologie. En daar is veel studie, kennis, ervaring en denkkracht voor nodig. Laat je niet ontmoedigen, al doende leert men.

Het is al eerder gezegd maar klinisch redeneren is, zeker in het begin, nooit gemakkelijk. Het is echter wel ontzettend belangrijk dat we dat als verpleegkundigen beheersen. De verpleegkundige bewaakt continu de functies en het functioneren van de patiënt. Deze rol is soms letterlijk van levensbelang.

Toestandsdiagnostiek en stoplichtsysteem

Deze manier van beoordelen 'hoe het gaat' wordt ook wel toestandsdiagnostiek genoemd. De oordeelsvorming hierbij is te vereenvoudigen in de vorm van een stoplichtsysteem. Dit geeft ons drie typeringen om de toestand van een zorgthema te kunnen duiden:
Groen = 'goed'. Je signaleert geen stoornis, probleem of beperking.
Oranje = 'in gevaar'. Je signaleert een verhoogd risico op stoornis, probleem of beperking.
Rood = 'niet goed'. Je signaleert een feitelijke stoornis, probleem of beperking.

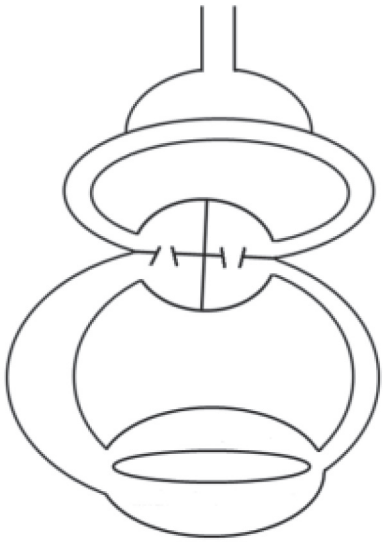
Professionele mening
Gebruik deze typeringen 'goed', 'in gevaar' of "niet goed' niet als een keiharde en vaststaande mening, maar meer als een voorlopige conclusie, meer een professionele interpretatie. Overleg veel (zeker bij twijfel) met anderen wat zij ervan vinden. Het is uiterst belangrijk dat het diagnosticeren nauwgezet gebeurt. Diagnosticeren en zorg verlenen is teamwerk!

Uitbreiding met andere zorgthema's

Deze 'set' aan zorgthema's in het ProActive Nursing-model zal in de meeste klinische situaties volstaan. De set is echter nog niet volledig. De onderdelen 'metabole functies' en 'voortplantingsfuncties' zullen in de toekomst nog verschijnen. Van deze zorgthema's is inmiddels wel al een mindmap beschikbaar. Deze zijn reeds eerder gepubliceerd in het zakboekje ProActive Nursing.

De Law of eight

In het onderdeel 'Circulatie' van dit boek wordt de zogenoemde 'Law of eight' geïntroduceerd. Dit is een achtvormige, schematische weergave van de circulatie (zie figuur 3). Dit model wordt in dit boek vele malen gebruikt om de samenhang tussen allerlei onderwerpen en de vitale functies ademhaling en circulatie te visualiseren. Voor wie eenmaal vertrouwd is met dit model (ook een soort mindmap), blijkt het een handig hulpmiddel te zijn om moeilijke dingen uit te kunnen leggen, te begrijpen en te onthouden.



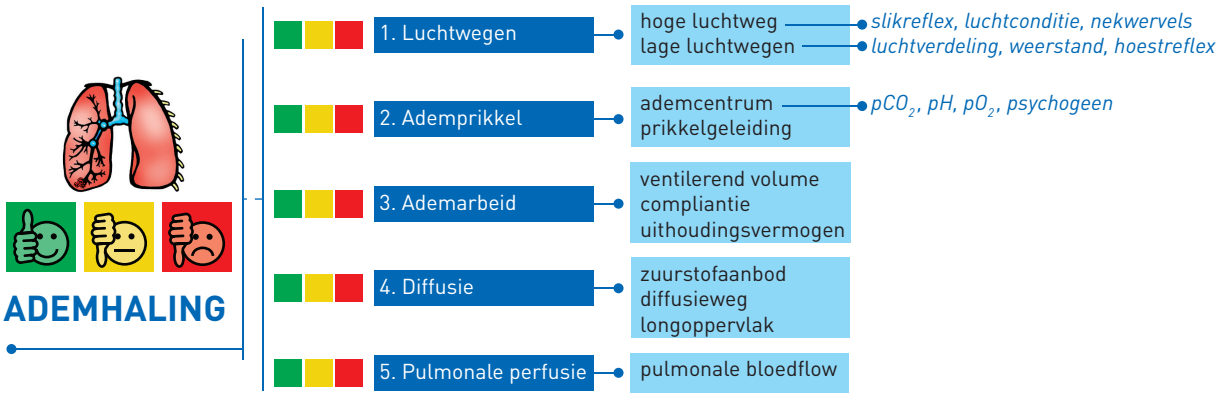
Figuur 3 **De Law of eight (zie het onderdeel 'Circulatie' voor de uitleg)**

DE OPZET VAN EEN ZORGTHEMA

De vijftien zorghema's in dit boek hebben een vaste opbouw.

Onderwerp

Definitie en functie
Een korte omschrijving van het systeem en de functie(s) daarvan in het lichaam.



Figuur 4 **Een voorbeeld van een mindmap**

Verbanden
Een korte omschrijving van de belangrijkste relaties met andere orgaansystemen.

Hoofdstuk 1. Klinische aandachtspunten, belangrijk om te weten

Wat is klinisch gezien belangrijk om te weten over dit zorgthema?

Toelichting
Het klinische aandachtspunt wordt ingeleid met een korte samenvatting van de inhoud.
Functie: een korte omschrijving van de functie van dit klinische aandachtspunt.
Trefwoorden: nog gedetailleerdere aandachtspunten. Deze worden uitgebreid toegelicht.

Trefwoord
De trefwoorden zijn vet weergegeven en worden op deze plaats toegelicht.

Verbijzonderingen
Binnen de teksten van de trefwoorden zijn bijzondere situaties en plaatsen cursief weergegeven, die worden op deze plaats verder toegelicht.

Voorbeelden van functiestoornissen, problemen/beperkingen

Hier worden voorbeelden gegeven van situaties waarin een gestoorde functie van dit klinische aandachtspunt verwacht kan worden. Let op: dit zijn voorbeelden, deze lijsten zijn nooit helemaal compleet te maken.

Bewakingsmogelijkheden/observaties

Dit is een rijtje met observaties waarmee het klinische aandachtspunt geobserveerd of bewaakt kan worden.

Hoofdstuk 2. Observeren

In hoofdstuk 2 vind je telkens een overzicht van observaties die bij dit zorgthema horen. In enkele gevallen is er een specifieke uitbreiding van dit hoofdstuk: 2a, 2b, enzovoort.

Hoofdstuk 3. Situaties met ernstige functiestoornissen

In hoofdstuk 3 staan voorbeelden van situaties met ernstige functiestoornissen bij dit zorgthema.

DE MENS, HOE GAAT HET?

Toelichting

Dit boek gaat niet over de mens als zodanig. Het gaat over mensfuncties en menselijk functioneren. Het boek is onderverdeeld in vijftien zorgthema's die elk een bepaalde functie beschrijven. Bij elk zorgthema worden telkens voorbeelden gegeven van functiestoornissen en hun mogelijke oorzaken. Het is de bedoeling dat je als zorgverlener aan de hand van deze zorgthema's dit soort functiestoornissen in de praktijk leert te herkennen en er adequaat op leert te reageren. Maar voordat je dit gaat doen eerst een heel onderdeel over de mens (als metasysteem). Gewoon uit respect voor gezondheid, het leven en welzijn.

De zieke mens: functies en functioneren in gevaar

Bij de ontregelde, kwetsbare mens komen deze functies en het algehele functioneren vroeg of laat in gevaar. Ziekten, aandoeningen en/of letsels, al dan niet acuut of chronisch ontstaan, hebben doorgaans vele negatieve gevolgen. En dan worden de bovenstaande functies en orgaanstelsels ineens allemaal specifieke zorgthema's, waarbij zowel patiënten als artsen en verpleegkundigen zich zorgen gaan maken en zich steeds weer afvragen 'hoe het daarmee gaat'.

ICF-zorgthema's

Bij het analyseren van klinische problematiek gaan we in dit boek uit van vijftien zorgthema's, elk voorzien van eigen klinische aandachtspunten en observaties. Deze set is samengesteld op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO. Dit boek is een praktische vertaalslag en uitwerking van de ICF-classificatie. Met deze set van zorgthema's streven we naar een patiëntgerichte en holistische benadering van de gezondheidsproblematiek.

Metasysteem

Ondanks het feit dat we gezondheidsproblematiek beredeneren op afzonderlijke functies of orgaanstelsels, moeten we blijven respecteren dat het lichaam bovenal een metasysteem is. Alle orgaansystemen en ook de geest vormen samen een geheel. Het gaat uiteindelijk om de som der delen. Het menselijk lichaam bestaat uit onnoemelijk veel afzonderlijke cellen, elk met verschillende kenmerken en verschillende doeleinden, maar ze functioneren als een geheel. Als dat zo is, spreken we van homeostase. In de onderstaande korte beschrijvingen wordt de rol van de orgaansystemen binnen het lichaam beschreven. Hier en daar wordt dit door soms enorme getallen benadrukt, omdat deze de bijzonderheden van het lichaam zo mooi en indrukwekkend aangeven.

Mentale functies

De mens is als geen ander dier in staat tot abstract nadenken, taal, introspectie, probleemoplossing en emotie. De mens heeft een zelfbewustzijn en tijdsbesef. De mens wordt door zichzelf gezien als de meest intelligente levensvorm op aarde. De mens heeft een bewustzijn en wat vaak genoemd wordt een geest. Wat dit precies is, is nog onderwerp van discussie. In ieder geval heeft de mens een hele serie mentale functies zoals: bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, globale psychosociale functies, temperament en persoonlijkheid, energie en driften, slaap. Maar hieronder vallen ook aandacht, geheugen, psychomotorische functies,

stemming, perceptie, denken, hogere cognitieve functies, reken- en taalfuncties, het bepalen van sequentie bij complexe bewegingen en het ervaren van tijd en zelf. Dit alles is in dit boek gedeeltelijk beschreven in de zorgthema's mentale functies, SCEGS en neurologische functies.

Sensorische functies en pijn

Het gedrag van de mens is voortdurend gericht op de buitenwereld. Voor een bewuste waarneming zijn specifieke zintuigen nodig, die prikkels uit de omgeving opvangen. Ook zijn er op tal van plaatsen sensoren binnen het lichaam te vinden. Deze signaleren veranderingen in het inwendige van het lichaam of geven informatie over de houding en beweging. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de somatosensoriek en pijn. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema sensorisch functies en pijn.

Stem en spraak

De mens (homo sapiens) is het hoogst ontwikkelde wezen, dat zich vooral door zijn rede en zijn taal van de dieren onderscheidt. Mensen hebben talen ontwikkeld waarmee ze met hun soortgenoten kunnen communiceren. Onder de menselijke stem verstaan we het vermogen om geluid voort te brengen door middel van het laten trillen van de stembanden. We gebruiken onze stem om te spreken of te zingen maar ook om te schreeuwen of andere klanken voort te brengen waarmee we communiceren met onze omgeving. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema stem en spraak.

Ademhaling

De triljoenen cellen van het lichaam hebben een continue aanvoer van zuurstof nodig om hun functie uit te oefenen. Zonder zuurstof kunnen we niet leven. Cellen consumeren zuurstof en produceren daarbij als afvalproduct kooldioxide. De hoofdfunctie van het respiratoir systeem is het lichaam van zuurstof te voorzien en het kooldioxide te verwijderen. De longen zijn ongeveer 28 centimeter lang en 15 centimeter breed en wegen samen nog geen kilo. Ze bevatten ongeveer 6 liter lucht. De binnenkant van de longen is bedekt met 300 tot 600 miljoen flinterdunne blaasjes: de alveoli. Volledig plat uitgelegd zijn ze net zo groot als een tennisveld. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de luchtwegen, de ademprikkel, de ademarbeid, de gaswisseling en de pulmonale circulatie. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema ademhaling.

Circulatie

Het hart is de motor van de bloedsomloop. Arteriën vormen de schakel tussen het hart en de organen. In de microcirculatie vindt uitwisseling plaats. Venen brengen het bloed terug naar het hart, maar functioneren ook als opslagplaats voor bloed. Wanneer alle arteriën, capillairen en venen van een gemiddeld kind met de uiteinden aan elkaar zouden worden gelegd, zou dat een lengte opleveren van ongeveer 800 kilometer. Bij een gemiddelde volwassene is dat ongeveer 1300 kilometer. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: het veneuze vaatstelsel, de prikkelvorming, -geleiding en -overdracht, de pompfunctie, het arteriële vaatstelsel en de microcirculatie. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema circulatie.

Zuurstofvoorziening van het hart

Het hart klopt ons hele leven. Het lijkt of het hart niet uit te putten is. De zuurstofbalans is de verhouding tussen de aanvoer van zuurstof en de hoeveelheid zuurstof die de hartspier nodig heeft om optimaal te presteren. Een tekort aan zuurstof in de hartspier kan direct levensbedreigend zijn. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de zuurstofaanvoer en de zuurstofbehoefte. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema zuurstofvoorziening van het hart.

Urogenitale functies

Het lichaam heeft voortdurend behoefte aan water en de daarin opgeloste elektrolyten. Nieren en hormonen zijn erop gericht om intake en uitscheiding van deze stoffen in balans te houden. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de inname en de behoefte, de osmolariteit, de watermassa, de nierfunctie en de mictie. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema urogenitale functies.

Spijsverteringsfuncties

Het lichaam heeft voortdurend behoefte aan bouwstoffen en energierijke stoffen. Het digestieve systeem zorgt daarvoor. De hoofdtaken zijn het voedsel innemen en zodanig verkleinen dat het opgenomen kan worden in het bloed. De resten worden afgevoerd naar buiten. Elke dag stromen er liters voedsel, vloeistoffen en verteringssappen door het spijsverteringskanaal. Hiervan verlaat uiteindelijk slechts 1 deciliter het lichaam in de vorm van ontlasting. De maag slaat voedsel op en breekt eiwitten af. De pancreas zorgt voor enzymen die zetmeel, vetten en eiwitten afbreken. De dunne darm neemt vrijwel alle water, brandstoffen en bouwstoffen op. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de inname en de behoefte, de afbraak en de vertering, het transport, de absorptie en de defecatie. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema spijsverteringsfuncties.

Huid en afweerfuncties

Zonder afweersysteem zou de mens niet kunnen overleven. Onder ons afweersysteem vallen zowel de beschermende buitenlaag (de huid en slijmvliezen) als de afweercellen. Lokale barrières houden indringers tegen en ons immuunsysteem bestrijdt ze van binnen. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: huid, slijmvliezen, bloed en lymfe. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema huid en afweersysteem.

Bloedwaarden

Het bloed is de vloeistof waarin nagenoeg alle voor het leven belangrijke zaken van de ene kant naar de andere kant vervoerd worden. Bloed is een vloeibaar orgaansysteem. In grote lijnen kunnen we zeggen dat de rode bloedcellen zorgen voor het zuurstof- en kooldioxidetransport, de witte bloedcellen voor de verdediging van het lichaam en de bloedplaatjes voor de hemostase. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: het zuurstoftransport, het zuur-base-evenwicht, de stolling en de klinisch-chemische samenstelling. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema bloedwaarden.

Neurologische functies

Het zenuwstelsel stelt ons in staat uitwendige en inwendige prikkels waar te nemen. Prikkels uit de omgeving registreren we met onze zintuigen. De reactie kan reflexmatig, emotioneel en/of cognitief zijn. Inwendige organen worden aangestuurd door het autonome/vegetatieve zenuwstelsel. De hersenen wegen bijna 1,5 kg en vormen slechts 2% van het totale lichaamsgewicht. Ze verbruiken echter wel ongeveer 15% van de totale hoeveelheid energie die door het lichaam wordt gebruikt. De hersenen van een volwassen mens bevatten 100 miljard zenuwcellen (dit is meer dan het aantal sterren in de Melkweg). Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de hogere cerebrale functies en de regulatie van orgaansystemen.

Bewegingsapparaat

Mensen zijn tweevoeters en lopen rechtop. De menselijke hersenen zijn zeer goed ontwikkeld. Nagenoeg alle gedrag van de mens uit zich door middel van de motoriek. Deze vorm van motoriek is aan onze wil onderhevig en wordt uitgevoerd door de skeletspieren. We spreken over willekeurig alsof we over elke beweging bewust nadenken. Het grootste deel van ons bewegen is gelukkig geautomatiseerd en wordt aangestuurd vanuit het motorisch geheugen. Het bewegen van de interne organen is niet aan onze wil onderhevig en wordt motiliteit genoemd. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: het willekeurig bewegen, de motiliteit van de orgaansystemen, de houding en de bewegingsreflexen. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema: neurologische functies en het bewegingsapparaat.

Thermoregulatiesysteem

Het constant houden van de lichaamstemperatuur is van vitaal belang voor het optimaal functioneren van het lichaam. De hoogte van de lichaamstemperatuur is afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van een evenwicht tussen de productie en de afgifte van warmte. Onder functionele omstandigheden zijn productie en afgifte even groot. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de warmteproductie en de warmteafgifte. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema thermoregulatie.

Hormonaal stelsel

Het neurologisch systeem en het hormoonstelsel vormen samen het neuro-endocrien systeem. Het zenuwstelsel zorgt voor de snelle bijsturing en het hormoonstelsel is verantwoordelijk voor de wat minder snelle en de lange termijn regulatie van de homeostase.
De hypothalamus en hypofyse stimuleren de hormoonproductie door de schildklier, bijnieren en ovaria of testikels. Die hormonen hebben vervolgens weer effecten op de stofwisseling, stressreacties en geslachtskenmerken. De pancreas en bijschildklieren regelen de bloedglucose en calciumconcentratie onafhankelijk van de hypothalamus. Klinisch gezien zijn de volgende punten van belang: de centrale regulatie, de lagere endocriene organen en de doelorganen. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema hormonaal stelsel.

Activiteiten en participatie

Het menselijk functioneren laat zich uiteraard lastig beschrijven. Een mens kan en doet zoveel. Een mens heeft in het verleden ook vaak heel wat teweeg en tot stand gebracht. Om pragmatische redenen is in theorieën over zorg het menselijk functioneren ingedeeld in negen aandachtspunten. Dit zijn: (1) leren en toepassen van kennis, (2) algemene taken en eisen, (3) communicatie, (4) mobiliteit, (5) zelfverzorging, (6) huishouden, (7) tussenmenselijke interacties en relaties, (8) belangrijke levensgebieden en (9) maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. In dit boek wordt dit alles verder beschreven en uitgelegd bij het zorgthema activiteiten en participatie.

ZORGTHEMA 1

MENTALE FUNCTIES

1 Klinische aandachtspunten, belangrijk om te weten 34
2 Observeren, basis 37
3 Situaties met ernstige functiestoornissen 40

Definitie en functie

Mentale functies zijn de functies van de geest. Dit wordt ook wel de psyche van de mens genoemd. Psychische problemen hebben te maken met gevoelens en gedachten. Sociale problemen hebben te maken met andere mensen of instanties. Psychosociale problemen zijn een combinatie van deze twee. Ook kunnen er lichamelijke klachten bij optreden (zoals hoofdpijn, hartkloppingen, slecht slapen).

Psychosociale toestand

De psychosociale toestand verdient grote aandacht in een ziektesituatie. Indien iemand een plotselinge, ernstige, soms levensbedreigende situatie doormaakt, heeft dit doorgaans een grote psychische en sociale impact. Met behulp van de mindmap 'Psychosociaal functioneren' kunnen deze gevolgen in kaart worden gebracht. De mindmap bestaat uit twee onderdelen: een biopsychosociaal model, de SCEGS, dat de psychosociale problematiek van patiënten in kaart brengt, en zeven copingmechanismen om in te kunnen schatten hoe men met de situatie omgaat. Informatie uit beide onderdelen geeft een goed overzicht van de psychosociale kant van het ziek zijn.

ICF-classificatie

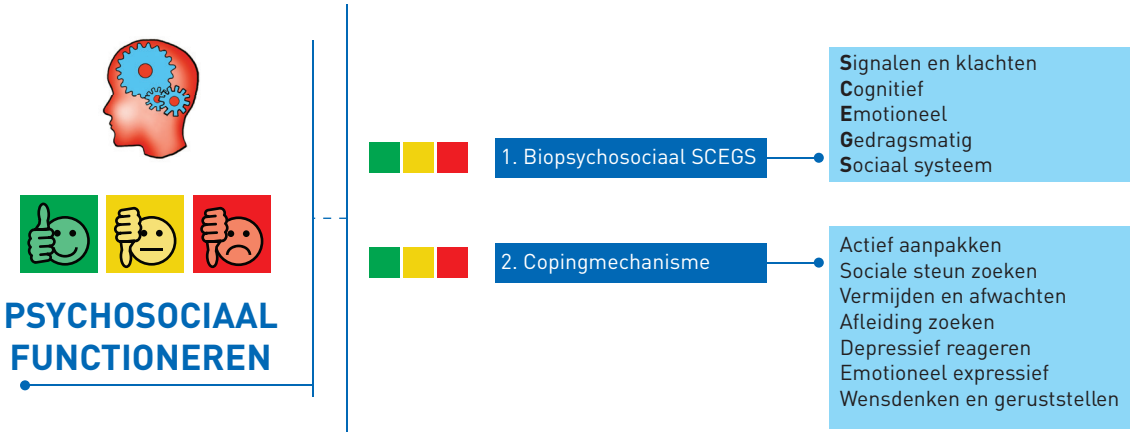
Binnen de ICF-classificatie wordt het begrip 'mentale functies' gehanteerd. Inhoudelijk gaat het hier om neurologisch-psychi(atri)sche functies. In de dagelijkse praktijk van de verpleegkundige beroepsuitoefening in de algemene gezondheidszorg (AGZ) is het veel gebruikelijker om het begrip 'psychosociaal functioneren' te hanteren. Hiermee geeft men op een praktische manier aan hoe het op dit moment gaat met de persoon in kwestie aangaande zijn actuele 'state of mind' vanuit een biopsychosociale context. Maar ook hoe die persoon omgaat met het geheel van gezondheidsproblematiek en ziektegebeurtenissen: welke manier van coping hij hanteert.

Psychische functies

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft de ICF-uitwerking van het begrip 'psychische functies' een betere toepassing. Het gaat dan om de algemene mentale functies zoals: bewustzijn, oriëntatie, intellectuele functies, globale psychosociale functies, temperament en persoonlijkheid, energie en driften, slaap. Specifieke mentale functies zijn: aandacht, geheugen, psychomotorische functies, stemming, perceptie, denken, hogere cognitieve functies, rekenen en taalfuncties, het bepalen van sequentie bij complexe bewegingen en het ervaren van tijd en zelf.
Deze duiding en inhoud van mentale functies is in dit boek (nog) niet beschreven. Via een andere invalshoek komen ze wel aan de orde in het zorgthema Neurologische functies.

Psychosociaal interview (SCEGS)

In dit boek is een vorm van een psychosociaal assessment beschreven waarmee zorgprofessionals op een praktische manier de psychosociale situatie van een patiënt in kaart kunnen brengen: SCEGS. De letters SCEGS staan voor: somatisch, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociale context.



Figuur 5 **Met deze mindmap kun je analyseren 'hoe het gaat' met de psychosociale functies**

Verbanden

Het psychosociaal functioneren heeft een duidelijke relatie met de somatische gevolgen en de zelfzorgfuncties. Zowel de lichamelijke gevolgen als zelfzorgverlies kunnen negatieve gevolgen voor het psychosociaal functioneren hebben.

1 KLINISCHE AANDACHTS-PUNTEN, BELANGRIJK OM TE WETEN

1. Biopsychosociaal SCEGS

Psychosociale gevolgen van ziekte
Ziekte heeft gevolgen. Soms hele nare en onverwachte gevolgen. Dit is voor zowel patiënten als hulpverleners niets nieuws. Maar wat zijn de psychosociale gevolgen van de ziekte en bij de patiënt op dat moment? Dit is een vraag die niet gemakkelijk en zeker niet eenduidig te beantwoorden is.

Om zicht te krijgen op de psychosociale problematiek van het ziek zijn is een specifieke psychosociale interviewtechniek ontwikkeld, de zogenoemde 'SCEGS'. De SCEGS is bedoeld om de relatie tussen de lichamelijke klachten, de psyche en de sociale omgeving te verduidelijken. Het is een hulpmiddel om binnen drie dimensies (bio-psycho-sociaal) zorgvuldig en patiëntgericht uit te vragen. De naam SCEGS is afgeleid van de beginletters van de trefwoorden. Zie verder in het volgende hoofdstuk.

Functie: het door observatie en interview in kaart brengen van de bio-fysiologische, de psychologische en sociale gevolgen van ziek zijn.
Trefwoorden: **S**ignalen en klachten, **C**ognitie, **E**motie, **G**edrag, **S**ociale context.

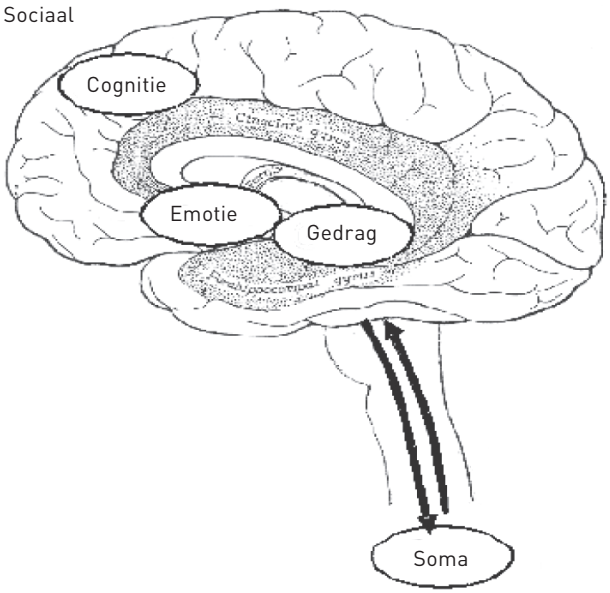
Somatisch; signalen en klachten (bio-fysiologische dimensie)
Hoe ervaart of beleeft de patiënt de symptomen of signalen van de ziekte? Van welk symptoom of signaal heeft hij het meeste last? Heeft hij last van stresssignalen?

Cognitief (psychologische dimensie)
De cognities omvatten alles wat de patiënt over zijn klacht denkt, weet en/of fantaseert. Ook zijn verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening horen daarbij. Let hierbij vooral op de inhoud van wat er gezegd wordt, de zuiver verbale boodschap. Het kan soms van belang zijn om de woorden van de patiënt letterlijk op te schrijven.

Emotioneel (psychologische dimensie)
Emoties zijn onder andere op te maken uit non-verbaal gedrag, zoals de gezichtsuitdrukking en lichaamshouding. De patiënt kan bijvoorbeeld angstig, somber, boos of verdrietig worden vanwege zijn symptomen, maar ook onverwacht lacherig of opgewekt. Streef ernaar ook aan te geven waaruit (mimiek, presentatie) je opmaakt wat de patiënt voelt.

Gedragsmatig (psychologische dimensie)
Bij gedrag kun je vragen wat de patiënt doet of juist vermijdt met betrekking tot de klachten en de emoties. Natuurlijk kun je dit ook door observatie tijdens allerlei verpleegkundige handelingen merken. Probeer dan alleen eigen waarnemingen van gedrag zo objectief mogelijk weer te geven.

Sociaal systeem (sociale dimensie)
Ziekte beïnvloedt het sociale systeem en omgekeerd. Informeren naar de reactie van de partner, kinderen, ouders, begeleiders, collega's, enzovoort is dus van belang. Soms zijn ze zo overdonderd door de situatie dat de patiënt zich extra zorgen over hen maakt, maar ze kunnen ook een enorme steun zijn.



Figuur 6 **De vijf onderdelen van SCEGS, geprojecteerd op de anatomie. Het sociale systeem vormt de buitenwereld. De cognitie bevindt zich in de cortex cerebri, de emotie in het limbisch systeem, het gedrag (automatismen) in het diepe brein, en de somatische interactie (symptomen) gaat via de hersenstam en het ruggenmerg**

2. Copingmechanisme

Coping is de manier waarop iemand met de stress van het ziek zijn omgaat. Stressvolle situaties worden meestal in drie stappen doorlopen:

Stap 1: het constateren van het probleem.
Stap 2: het beoordelen van het probleem. Hoe ernstig is het?
Stap 3: de reactie op het probleem, de coping. Hoe gaat men ermee om?

Functie: het omgaan met stresssituaties.
Trefwoorden: actief aanpakken, sociale steun zoeken, vermijden en afwachten, afleiding zoeken, depressief reageren, emotioneel expressief, wensdenken en geruststellen.

Ontwikkelen van een manier van omgaan met stress

Meestal is er al vanaf zeer jonge leeftijd een voorkeur voor een of meer stijlen ontwikkeld. Als een kind bijvoorbeeld verveling ervaart, kan het op verschillende manieren daarmee omgaan. Het kan gaan huilen, gaan slapen of op zoek gaan naar iets interessants. Afhankelijk van het effect zal het kind de strategie vaker gaan toepassen of juist niet meer. De reactie van de omgeving speelt hierbij ook een belangrijke rol. In de groei naar volwassenheid zal er ook een manier van omgaan met stresssituaties worden ontwikkeld.

Copingmechanismen

Copingmechanismen worden op verschillende manieren beschreven. Een veelgebruikte lijst in Nederland is de zogenoemde Utrechtse lijst, waarin zeven copingstijlen beschreven zijn. Sommige van deze mechanismen worden als een minder adequate manier van omgaan met stress gezien; ze worden vooral gebruikt door mensen met een meer emotiegerichte coping-strategie. Deze indeling kan worden gebruikt om vast te stellen hoe de patiënt en zijn naasten op een stressvolle situatie reageren en welke begeleiding daarbij past.

Actief aanpakken

Mensen die dit mechanisme hanteren, treden de problemen met opgeheven hoofd tegemoet. Ze gaan in de aanval en zijn daarin heel rationeel. Ze delen het probleem in stukjes op en zoeken voor elk stuk een oplossing. Dit is een van de effectiefste copingstijlen.

Sociale steun zoeken

Mensen die dit mechanisme hanteren, zoeken troost, een luisterend oor, begrip en steun bij anderen. Ze willen samen met anderen manieren bedenken om het probleem op te lossen. Dit is een van de effectiefste copingstijlen.

Vermijden en afwachten

Mensen die dit mechanisme hanteren, vluchten verstandelijk gezien weg van het probleem. Ze pakken het probleem niet aan, maar proberen het te vermijden of te ontkennen. Als dat niet lukt, nemen ze een afwachtende houding aan voor wat betreft de gevolgen.

Afleiding zoeken

Mensen die dit mechanisme hanteren, vluchten emotioneel gezien weg van het probleem. Door zich te richten op andere dingen proberen ze er niet aan te denken. Wanneer dit niet lukt, kunnen ze hun toevlucht nemen tot nicotine, drugs en alcoholmisbruik.

Depressief reageren

Mensen die dit mechanisme hanteren, laten zich overvallen door het probleem en zijn niet in staat om het probleem op te lossen. Deze mensen gaan piekeren, aan zichzelf twijfelen, zichzelf de schuld geven en worden depressief. Deze passieve copingstijl is niet effectief; het probleem wordt niet opgelost.

Emotioneel expressief

Mensen die dit mechanisme hanteren, raken door het probleem gefrustreerd, gespannen en kwaad. Ze reageren deze emoties af op hun omgeving. Agressiviteit en asociaal gedrag kunnen voorkomen. Deze copingstijl is niet effectief; het probleem wordt niet opgelost.

Wensdenken en geruststellen

Mensen die dit mechanisme hanteren, houden zich voor dat na regen weer zonneschijn komt of dat het probleem best meevalt; anderen hebben het immers nog veel zwaarder. Maar hoeveel moed ze zichzelf ook inspreken, het probleem wordt niet opgelost. Deze copingstijl is dus niet effectief.

Menging van mechanismen

Waarschijnlijk is er niet sprake van één duidelijke copingstijl, men heeft er vaak meerdere. De reactie op een probleem hangt natuurlijk voor een groot deel ook af van het specifieke probleem waar men tegenaan loopt. Toch is er meestal wel een rode draad zichtbaar in de aanpak, een of meer copingstijlen die bij voorkeur gebruikt worden.

2 OBSERVEREN, BASIS

Psychosociaal assessment

Een psychosociaal assessment is gebaseerd op twee elementen, op basis waarvan men een goede interpretatie van psychosociale toestand kan geven:

1. Het interviewen van de patiënt, oftewel de verbale manier van informatiewinning.
2. Het gelijktijdig observeren van de non-verbale signalen die de patiënt daarbij afgeeft.

Psychosociaal interview (SCEGS)

Het 'psychosociaal interview' is een praktisch gespreksmodel om met een patiënt, partner of ouder/verzorger inzicht te krijgen in de psychosociale situatie. Met dit model is het mogelijk om met een patiënt een zorgvuldig gesprek te voeren over zijn beleving en ervaring met het ziek zijn.

Openingsvragen

Goede openingsvragen van een psychosociaal interview zijn 'Hoe gaat het met u?' of 'Hoe voelt u zich?' Psychosociale informatie wordt meestal niet spontaan door de patiënt gegeven. De zorgverlener zal daarom actief naar de vijf elementen van SCEGS moeten vragen. De volgorde waarin de vijf aspecten van de klacht aan de orde komen, is niet belangrijk. Het is verstandig om met het somatische aspect te beginnen, omdat dit meestal goed aansluit bij de verwachtingen van de patiënt.

De 'S' staat voor somatisch

De anamnese begint met het uitdiepen van de lichamelijke klachten. Welke klachten en symptomen ervaart de patiënt; welke zijn het meest belastend? Doe een lichamelijk assessment en vraag tegelijkertijd naar hoe de patiënt zijn ziektesituatie ervaart: 'hoe het gaat'.

De 'C' staat voor cognitief

Wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over een mogelijke oorzaak? Hoe vindt de patiënt dat het gaat? Welke verwachtingen heeft hij van de zorgverleners en zorginstelling?

De 'E' staat voor emotioneel

Wat doen de klachten met de patiënt? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust?

De 'G' staat voor gedragsmatig

Hoe gaat de patiënt met de situatie om? Wat doet hij als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Wat is zijn copingstrategie?

De tweede 'S' staat voor sociaal

Welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop? Bezorgd? Overbezorgd? Negatief? Hoe gaat het op het werk en thuis?

Observeren van non-verbaal gedrag

Als zorgverlener moet je de non-verbale signalen van patiënten herkennen en meenemen in je bevindingen. Het gaat om zaken als lichaamshouding, hoofdbewegingen, fronsen, motorische onrust, stemhoogte en spreeksnelheid.

Observeer tijdens het interview voortdurend nauwkeurig de eventuele bijgaand optredende veranderingen in het uiterlijk, het gedrag, houding en de mimiek van de persoon in kwestie.

Positieve signalen
Vriendelijke gezichtsuitdrukking, naar de ander toe leunen, armen en benen naar het lichaam, de ander aankijken, aanraken, knikken, recht tegenover de ander zitten, gebaren maken tijdens het spreken, rustig ademhalen en een ontspannen houding.

Negatieve signalen
Armen en benen dicht tegen het lichaam, armen over elkaar, achteruit leunen, fronsen, oogcontact vermijden, rondkijken, hoofdschudden, weinig gebaren maken, oppervlakkige ademhaling en een gespannen houding.

Een aantal signalen die mensen kunnen afgeven in geval van stress
- verbale uitlatingen;
- gedrag: onrust, vlak, stil zijn, plukkerig, malaise, (on)beweeglijkheid;
- kleur, geur;
- transpireren;
- mimiek, wenkbrauwen, grimas;
- oogopslag, blik;
- oogbewegingen;
- ademhaling.

Een aantal signalen die mensen kunnen afgeven in geval van pijn
- kreunen, van pijn vertrokken gezicht, doffe ogen, verslagen uitdrukking, grimas, pijn vermijdend gedrag;
- fysiologische veranderingen: veranderen van ademfrequentie, transpireren, verwijde pupillen.

Een aantal voorbeelden van non-verbaal gedrag en hun betekenis
- hoofd rechtop: zelfverzekerd, vastberaden, klaar om handelend op te treden;
- blik op punt in de ruimte: nadenkend, afwijzend, op zichzelf gericht;
- verticale voorhoofdsrimpels: geconcentreerd, vastberaden, bereid tot handelen;
- horizontale voorhoofdsrimpels: constaterend, verbaasd, begrijpend, hulpeloos, arrogant;
- voortdurend bril afzetten: afwijzing uit verdediging;
- strelen, gladstrijken van haren: wil graag aandacht, narcisme;
- gesloten mond: rustig, vastbesloten;
- open mond: passief, verbluft, teleurgesteld;
- bovenlichaam naar voren: toegenomen belangstelling, ongeduldig;
- naar voren gedrukte schouder: angst, schrik;
- benen bij het zitten gesloten: correct, vormelijk bang;
- benen over elkaar geslagen: zelfverzekerd, doet moeite voor zekerheid;
- armen voor de borst gekruist: defensief, gesloten, niet op zijn gemak, zelfverdediging;
- armen hangen slap: passief, onderdanig;
- handen op de heupen: doelgericht, stabiliteit zoeken, superioriteit, star, recalcitrant;
- handen wrijven: zelfingenomen, geniet;
- hand aan neus: angst, onzekerheid;
- handen in de zak: verlegen, ongeïnteresseerd;
- kleding gladstrijken: besluiteloos, verlegen en nadenkend;
- dichterbij komen: genegenheid, aanval, dominant gedrag.

Tips bij het interviewen en observeren

Zorg ervoor dat het niet te veel op een methodisch-technisch interview gaat lijken. De patiënt zal zich vaak niet serieus genomen voelen als het gesprek te technocratisch overkomt. Wat altijd belangrijk is: neem de tijd en wees oprecht geïnteresseerd! Zorg dat je actief luistert en actief doorvraagt; stimuleer de patiënt in woord en gebaar; vraag verhelderd; wat bedoelt u met...; ordenen; samenvatten en structureren. Leg je bevindingen vast!

Wat straal je zelf uit?

Het is uiteraard van groot belang dat je je als zorgverlener ook bewust bent van je eigen non-verbale gedrag. Zorgverleners die bijvoorbeeld recht tegenover hun patiënten zitten, veel oogcontact maken, de handen niet samenvouwen of de armen niet over elkaar slaan, worden eerder als meelevend en geïnteresseerd ervaren. Er is een positieve relatie tussen de tevredenheid van patiënten en de non-verbale communicatie van zorgverleners in de vorm van hoofdknikjes, gebaren en een kleinere afstand tot de patiënt tijdens gesprekken. Een naar de patiënt gerichte houding, met regelmatig oogcontact, en een voortdurende alertheid op non-verbale signalen van de patiënt zijn belangrijke technieken in de (non-verbale) communicatie.