

Verpleegkundige diagnoses in de wijk

Sinds een jaar indiceren wijkverpleegkundigen zelfstandig. Zij zijn nu verantwoordelijk voor het hele zorgproces, van anamnese/diagnose tot organiseren en het realiseren van de afgesproken zorguitkomsten. De verpleegkundige diagnoses zijn hierbij cruciaal: ze geven richting aan mogelijke uitkomsten en de in te zetten interventies. Hoe gaat dit nu, na een jaar, in de praktijk? Welke verpleegkundige diagnoses worden er gesteld? In dit artikel een eerste voorzichtige inventarisatie. En een eerste voorzichtige conclusie: er lijkt een grote variatie te zijn in de manier van diagnosticeren en indiceren tussen wijkverpleegkundigen en zorgorganisaties. En dat heeft de nodige gevolgen, voor zowel de cliënt als de financiers van zorg.

Henk Rosendal (lector Wijkzorg) en Jane Sattoe (senior-onderzoeker), Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam

De 'Aanspraak wijkverpleging' maakt sinds 1 januari 2015 onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent onder

meer dat de wijkverpleegkundige zelfstandig, en in overleg met de cliënt, bepaalt welke (wijkverpleegkundige) zorg



nodig is. Dit indiceren is onderdeel van het verpleegproces en moet gebeuren op basis van onderbouwde verpleegkundige diagnoses. Immers: zonder diagnose geen interventie. Dit betekent dat wijkverpleegkundigen een professionaliseringslag moeten maken: zij bepalen nu welke zorg de cliënt nodig heeft en wie die zorg uitvoert.

Vakbekwaam Indiceren

Om die professionaliseringslag te maken startte de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde (SBW) in 2014 met het verzorgen van de module Vakbekwaam Indiceren. In totaal volgden ongeveer 2.000 (wijk)verpleegkundigen deze module van zes dagdelen. Zij leerden allereerst om op basis van het internationaal geaccepteerde NANDA-I-classificatiesysteem verpleegkundige diagnoses te stellen (*De Graaf & Speksnijder, 2014*). Vervolgens leerden zij om op basis daarvan samen met de cliënt doelen/zorguitkomsten te formuleren en hierbij passende interventies in te zetten. De module werd afgesloten met het uitwerken van een praktijkvoorbeeld. De (wijk)verpleegkundigen kregen hiervoor de opdracht een niet al te eenvoudige casus uit te werken volgens de geleerde methodiek.

Om een beeld te krijgen van de op deze manier gestelde diagnoses werden alle (geanonimiseerde) eindopdrachten van de eerste zeven cursusgroepen gescreend op de gestelde diagnoses. Alleen de eindopdrachten die door de docent met een voldoende werden beoordeeld zijn hierin meegenomen. Deze cursusgroepen zijn

Tabel 1. Herkomst eindopdrachten (n=120)

Plaats	n (%)
Rotterdam	47 (39)
Leiden	7 (6)
Groningen	14 (12)
Heerlen	19 (16)
Dordrecht	5 (4)
Capelle a/d IJssel	17 (14)
Geldermalsen	11 (9)

afkomstig uit verschillende delen van het land en werden door verschillende trainers begeleid. Deze trainers werkten wel allemaal volgens eenzelfde, expliciet omschreven en door SBW ontwikkelde methode (*Rosendal & Van Dorst, 2015*). Alle eindopdrachten werden vervolgens door een onafhankelijke onderzoeker gescreend op de gestelde diagnoses, die werden ingevoerd in en geanalyseerd met SPSS 21.0.

120 Casussen

In totaal werden 120 eindopdrachten in deze inventarisatie meegenomen. Deze eindopdrachten waren afkomstig van zeven cursusgroepen verdeeld over Nederland (zie tabel 1).

De eindopdrachten van de cursisten betroffen zowel nieuwe als al in zorg zijnde cliënten. In het laatste geval ging het dan om herindicaties. De verdeling man/vrouw was 46 versus 54%. De gemiddelde leeftijd was 78,7 jaar (± 12). De opdracht aan de cursisten was een niet al te eenvoudige casus uit te werken aan de hand van de 13 NANDA-domeinen. Met deze opdracht moesten ze laten zien bekwaam te zijn in het stellen van hypothetische diagnoses, en het vervolgens op basis van objectieve en transparante criteria elimineren of definitief vaststellen daarvan. Vervolgens werden de vastgestelde diagnoses door de cursisten geclusterd in zogenaamde 'lijnen', waarna de cursist werd gevraagd vast te stellen welke diagnoses

osen in de

nodig is. Dit indiceren is onderdeel van het verpleegproces en moet gebeuren op basis van onderbouwde verpleegkundige diagnoses. Immers: zonder diagnose geen interventie. Dit betekent dat wijkverpleegkundigen een professionaliseringslag moeten maken: zij bepalen nu welke zorg de cliënt nodig heeft en wie die zorg uitvoert.

Vakbekwaam Indiceren

Om die professionaliseringslag te maken startte de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde (SBW) in 2014 met het verzorgen van de module Vakbekwaam Indiceren. In totaal volgden ongeveer 2.000 (wijk)verpleegkundigen deze module van zes dagdelen. Zij leerden allereerst om op basis van het internationaal geaccepteerde NANDA-I-classificatiesysteem verpleegkundige diagnoses te stellen (*De Graaf & Speksnijder, 2014*). Vervolgens leerden zij om op basis daarvan samen met de cliënt doelen/zorguitkomsten te formuleren en hierbij passende interventies in te zetten. De module werd afgesloten met het uitwerken van een praktijkvoorbeeld. De (wijk)verpleegkundigen kregen hiervoor de opdracht een niet al te eenvoudige casus uit te werken volgens de geleerde methodiek.

Om een beeld te krijgen van de op deze manier gestelde diagnoses werden alle (geanonimiseerde) eindopdrachten van de eerste zeven cursusgroepen gescreend op de gestelde diagnoses. Alleen de eindopdrachten die door de docent met een voldoende werden beoordeeld zijn hierin meegenomen. Deze cursusgroepen zijn

Tabel 1. Herkomst eindopdrachten (n=120)

Plaats	n (%)
Rotterdam	47 (39)
Leiden	7 (6)
Groningen	14 (12)
Heerlen	19 (16)
Dordrecht	5 (4)
Capelle a/d IJssel	17 (14)
Geldermalsen	11 (9)

afkomstig uit verschillende delen van het land en werden door verschillende trainers begeleid. Deze trainers werkten wel allemaal volgens eenzelfde, expliciet omschreven en door SBW ontwikkelde methode (*Rosendal & Van Dorst, 2015*).

Alle eindopdrachten werden vervolgens door een onafhankelijke onderzoeker gescreend op de gestelde diagnoses, die werden ingevoerd in en geanalyseerd met SPSS 21.0.

120 Casussen

In totaal werden 120 eindopdrachten in deze inventarisatie meegenomen. Deze eindopdrachten waren afkomstig van zeven cursusgroepen verdeeld over Nederland (zie tabel 1).

De eindopdrachten van de cursisten betroffen zowel nieuwe als al in zorg zijnde cliënten. In het laatste geval ging het dan om herindicaties. De verdeling man/vrouw was 46 versus 54%. De gemiddelde leeftijd was 78,7 jaar (± 12). De opdracht aan de cursisten was een niet al te eenvoudige casus uit te werken aan de hand van de 13 NANDA-domeinen. Met deze opdracht moesten ze laten zien bekwaam te zijn in het stellen van hypothetische diagnoses, en het vervolgens op basis van objectieve en transparante criteria elimineren of definitief vaststellen daarvan. Vervolgens werden de vastgestelde diagnoses door de cursisten geclusterd in zogenaamde 'lijnen', waarna de cursist werd gevraagd vast te stellen welke diagnoses

Tabel 2. Nanda-diagnosen die in minimaal 5% van de 120 cases zijn gesteld.

Verpleegkundige diagnoses per domein	n (%)
Domein 1. Gezondheidsbevordering	
Ontspanningstekort	6 (5)
Risicovol gedrag voor de gezondheid	11 (9)
Ineffectief gezondheidsonderhoud	13 (11)
Ineffectief persoonlijk gezondheidsmanagement	19 (16)
Bereidheid tot verbetering van het persoonlijk gezondheidsmanagement	6 (5)
Domein 2. Voeding	
Voedingstekort	21 (18)
Bereidheid tot verbetering van de voeding	8 (7)
Risico op instabiele glucosewaarden	22 (18)
Vochttekort	7 (6)
Overvulling van vocht	10 (8)
Risico op vochttekort	6 (5)
Domein 3. Uitscheiding / uitwisseling	
Functionele incontinentie	16 (13)
Verstoorde urine-uitscheiding	10 (8)
Urineretentie	6 (5)
Obstipatie	13 (11)
Risico op obstipatie	16 (13)
Incontinentie van feces	9 (8)
Domein 4. Activiteit en rust	
Slapeloosheid	9 (8)
Verstoord slaappatroon	9 (8)
Mobiliteitstekort, bed	16 (13)
Mobiliteitstekort, lichamenlijk	40 (33)
Beperkt vermogen tot verplaatsing	17 (14)
Ambulantietekort	27 (23)
Vermoeidheid	20 (17)
Verminderd activiteitsvermogen	14 (12)
Ineffectieve perifere weefselperfusie	6 (5)
Risico op verminderde circulatie, hart	6 (5)
Risico op ineffektieve perifere weefselperfusie	6 (5)
Verminderd huishoudvermogen	21 (18)
Bereidheid tot verbetering van de zelfstandigheid	10 (8)
Zelfstandigheidstekort in wassen	82 (68)
Zelfstandigheidstekort in kleden	77 (64)
Zelfstandigheidstekort in eten	26 (22)
Zelfstandigheidstekort in toiletgang	26 (22)
Zelfverwaarlozing	6 (5)
Domein 5. Waarneming en cognitie	
Syndroom van verstoorde omgevingsinterpretatie	6 (5)
Chronische verwardheid	10 (8)
Risico op acute verwardheid	12 (10)
Kennistekort	8 (7)
Geheugenstoornis	17 (14)
Verstoorde verbale communicatie	8 (7)
Domein 6. Zelfperceptie	
Risico op eenzaamheid	16 (13)
Domein 7. Rollen / relaties	
Overbelasting van de mantelzorgverlener	17 (14)
Risico op overbelasting van de mantelzorgverlener	21 (18)
Domein 9. Coping / stresstolerantie	
Rouw	8 (7)
Machteloosheid	6 (5)

Domein 10. Levensprincipes	
Therapie-ontrouw	11 (9)
Domein 11. Veiligheid / bescherming	
Risico op vallen	63 (53)
Risico op letsel	6 (5)
Huiddefect	18 (15)
Risico op huiddefect	36 (30)
Weefseldefect	13 (11)
Domein 12. Welbevinden	
Acute pijn	7 (6)
Chronische pijn	24 (20)
Sociaal isolement	8 (7)

daarbinnen meer veroorzakend en welke meer volgend waren. De uitkomst daarvan was leidend voor zowel de per cliënt te formuleren zorguitkomsten als de bijbehorende interventies. Van groot belang was daarbij het vaststellen van de veroorzakende factor, oftewel de E in de PES-structuur. Deze bepaalt namelijk in hoeverre een diagnose 'behandelbaar' is.

Veelgestelde diagnoses

In tabel 2 staat per NANDA-domein in welke verpleegkundige diagnoses in minimaal 5 procent van de gevallen werden gesteld. Bedenk hierbij dat per cliënt meerdere diagnoses zijn gesteld: gemiddeld negen diagnoses per cliënt. Uit tabel 2 blijkt dat de volgende verpleegkundige diagnoses – al dan niet in combinatie met elkaar – het meest worden gesteld: zelfstandigheidstekort in wassen (68%), zelfstandigheidstekort in kleden (64%), risico op vallen (53%), lichamelijk mobiliteitstekort (33%) en risico op huiddefect (30%). Andere, vaak gestelde diagnoses zijn: ambulantietekort (23%), zelfstandigheidstekort in eten (22%) en in toiletgang (22%), chronische pijn (20%), voedingstekort (18%), risico op instabiele glucosewaarden (18%), verminderd huishoudvermogen (18%), risico op overbelasting van de mantelzorg (18%), vermoeidheid (17%), ineffectief

persoonlijk gezondheidsmanagement (16%), en huiddefect (15%).

Wat betreft de overbelasting van mantelzorg is het belangrijk te bedenken dat naast bovenstaande diagnose (het risico op overbelasting) ook een diagnose 'overbelasting van de mantelzorgverlener' bestaat. Die werd in 14 procent van de gevallen gesteld.

Combinaties van diagnoses

Het is ook interessant om te bekijken in welke combinaties de gestelde verpleegkundige diagnoses voorkomen. Immers: door clusters van diagnoses in kaart te brengen kun je per cluster zicht krijgen op voorliggende of veroorzakende diagnoses. En als deze beïnvloedbaar zijn (dat wordt bepaald door de E in de PES), dan moet de aanpak daarvan een hoge prioriteit krijgen in het zorgplan. Zo kan de wijkverpleegkundige onderbouwd en uitkomstgericht werken, en wordt onnodige zorg voorkomen.

In de looptijd van deze inventarisatie was het niet mogelijk om zulke clusters van diagnoses te beschrijven en daarbij na te gaan welke diagnoses als veroorzakend werden aangemerkt. Wel konden veelvoorkomende combinaties van diagnoses in kaart worden gebracht. In tabel 3 en 4 is dat uitgewerkt voor twee groepen cliënten: één groep waarbij de meest voor-

komende diagnose (te weten: 'zelfstandigheidstekort in wassen') is gesteld, en één groep waarbij (risico op) 'overbelaste mantelzorg' is vastgesteld.

Bij cliënten waarbij 'zelfstandigheidstekort in wassen' werd vastgesteld kwamen ook tien andere diagnoses vaker (minimaal 50%) voor (zie tabel 3).

Bij cliënten waarbij er sprake was van (risico op) 'overbelaste mantelzorg' kwamen ook acht andere diagnoses vaker (minimaal 50%) voor (zie tabel 4).

Voor de cursisten was het de uitdaging om bij deze clusters van diagnoses na te gaan welke voorliggend, en welke meer volgend waren. In veel gevallen bleek 'pijn' tot de eerste groep te behoren. Deze manier van denken en handelen leidde er vervolgens toe dat pijnbestrijding vaak werd geprioriteerd in het zorg/behandelplan. De gedachte hierbij was dat als de pijn kon worden gereduceerd, er winst mogelijk was ten aanzien van de andere problemen/diagnosen.

Conclusie

Uit deze eerste inventarisatie blijkt dat bij deze groep van cliënten gemiddeld negen diagnoses per cliënt werden vastgesteld. Het meest vastgesteld werden diagnoses in domein 4: Activiteit en Rust en diagnoses ten aanzien van zelfstandigheidstekorten. Deze komen nooit geïsoleerd, maar altijd in 'clusters' voor. Overbelasting van de mantelzorg lijkt samen te hangen met deze zelfstandigheidstekorten. Interventies die hierop inspelen, bijvoorbeeld zoals omschreven in de Verpleegkundige Interventies (*Bulechek, Butcher & McCloskey, 2010*), zijn aanbevolen. Vanzelfsprekend wel in relatie tot de beoogde Verpleegkundige Zorgresultaten (*Moorhead, Johnson e.a., 2011*). Meer en groter onderzoek naar veelvoorkomende clus-

Tabel 3. Veelvoorkomende diagnoses bij cliënten met 'zelfstandigheidstekort in wassen'

Vastgestelde diagnoses bij cliënten met 'zelfstandigheidstekort in wassen' (n=82)
Zelfstandigheidstekort in kleden
Risico op vallen
Risico op huiddefect
Lichamelijk mobiliteitstekort
Zelfstandigheidstekort in toiletgang
Zelfstandigheidstekort in eten
Ambulantietekort
Chronische pijn
Voedingstekort
Verminderd huishoudvermogen

Tabel 4. Veelvoorkomende diagnoses bij cliënten met (risico op) 'overbelaste mantelzorg'

Vastgestelde diagnoses bij cliënten met (risico op) 'overbelaste mantelzorg' (n=38)
Zelfstandigheidstekort in kleden
Zelfstandigheidstekort in wassen
Risico op vallen
Lichamelijk mobiliteitstekort
Zelfstandigheidstekort in eten
Zelfstandigheidstekort in toiletgang
Risico op huiddefect
Chronische pijn

ters van diagnoses kan aanknopingspunten en aanbevelingen bieden voor de inzet van interventies die op clusters van diagnoses inspelen, in plaats van op diagnoses afzonderlijk. Zulk onderzoek zou het gebruik van interventies in de thuiszorg verder kunnen onderbouwen en meer uniform maken, waardoor de veronderstelde variatie tussen wijkverpleegkundigen en zorgorganisaties minder wordt.

De grote winst van het denken en handelen in PES-structuren is dat je niet direct op basis van een verondersteld probleem interventies inzet, maar eerst gestructureerd nagaat wat de veroorzakende factoren en mogelijke andere diagnoses zijn, die leiden tot andere problemen binnen de vastgestelde clusters/lijnen. Daarmee wordt de kans dat de kraan wordt gerepareerd in plaats van dat we blijven dweilen aanzienlijk vergroot.

Discussie

Dit onderzoek richt zich op de verkoop van producten en diensten. Het is belangrijk om te bedenken dat de verkoop van producten en diensten niet alleen gericht is op de verkoop van producten en diensten, maar ook op de verkoop van diensten. Dit kan leiden tot een toename van de verkoop van producten en diensten, wat kan leiden tot een toename van de verkoop van producten en diensten.

komende diagnose (te weten: 'zelfstandigheidstekort in wassen') is gesteld, en één groep waarbij (risico op) 'overbelaste mantelzorg' is vastgesteld.

Bij cliënten waarbij 'zelfstandigheidstekort in wassen' werd vastgesteld kwamen ook tien andere diagnoses vaker (minimaal 50%) voor (zie tabel 3).

Bij cliënten waarbij er sprake was van (risico op) 'overbelaste mantelzorg' kwamen ook acht andere diagnoses vaker (minimaal 50%) voor (zie tabel 4).

Voor de cursisten was het de uitdaging om bij deze clusters van diagnoses na te gaan welke voorliggend, en welke meer volgend waren. In veel gevallen bleek 'pijn' tot de eerste groep te behoren. Deze manier van denken en handelen leidde er vervolgens toe dat pijnbestrijding vaak werd geprioriteerd in het zorg/behandelplan. De gedachte hierbij was dat als de pijn kon worden gereduceerd, er winst mogelijk was ten aanzien van de andere problemen/diagnosen.

Conclusie

Uit deze eerste inventarisatie blijkt dat bij deze groep van cliënten gemiddeld negen diagnoses per cliënt werden vastgesteld. Het meest vastgesteld werden diagnoses in domein 4: Activiteit en Rust en diagnoses ten aanzien van zelfstandigheidstekorten. Deze komen nooit geïsoleerd, maar altijd in 'clusters' voor. Overbelasting van de mantelzorg lijkt samen te hangen met deze zelfstandigheidstekorten. Interventies die hierop inspelen, bijvoorbeeld zoals omschreven in de Verpleegkundige Interventies (Bulechek, Butcher & McCloskey, 2010), zijn aanbevolen. Vanzelfsprekend wel in relatie tot de beoogde Verpleegkundige Zorgresultaten (Moorhead, Johnson e.a., 2011). Meer en groter onderzoek naar veelvoorkomende clus-

Tabel 3. Veelvoorkomende diagnoses bij cliënten met 'zelfstandigheidstekort in wassen'.

Vastgestelde diagnoses bij cliënten met 'zelfstandigheidstekort in wassen' (n=82)	%
Zelfstandigheidstekort in kleden	99
Risico op vallen	77
Risico op huiddefect	71
Lichamelijk mobiliteitstekort	71
Zelfstandigheidstekort in toiletgang	63
Zelfstandigheidstekort in eten	62
Ambulantietekort	58
Chronische pijn	58
Voedingstekort	53
Verminderd huishoudvermogen	50

Tabel 4. Veelvoorkomende diagnoses bij cliënten met (risico op) overbelaste mantelzorg.

Vastgestelde diagnoses bij cliënten met (risico op) overbelaste mantelzorg (n=38)	%
Zelfstandigheidstekort in kleden	91
Zelfstandigheidstekort in wassen	86
Risico op vallen	62
Lichamelijk mobiliteitstekort	56
Zelfstandigheidstekort in eten	55
Zelfstandigheidstekort in toiletgang	54
Risico op huiddefect	52
Chronische pijn	50

ters van diagnoses kan aanknopingspunten en aanbevelingen bieden voor de inzet van interventies die op clusters van diagnoses inspelen, in plaats van op diagnoses afzonderlijk. Zulk onderzoek zou het gebruik van interventies in de thuiszorg verder kunnen onderbouwen en meer uniform maken, waardoor de veronderstelde variatie tussen wijkverpleegkundigen en zorgorganisaties minder wordt.

De grote winst van het denken en handelen in PES-structuren is dat je niet direct op basis van een verondersteld probleem interventies inzet, maar eerst gestructureerd nagaat wat de veroorzakende factoren en mogelijke andere diagnoses zijn, die leiden tot andere problemen binnen de vastgestelde clusters/lijnen. Daarmee wordt de kans dat de kraan wordt gerepareerd in plaats van dat we blijven dweilen aanzienlijk vergroot.

Discussie

Dit onderzoek was een eerste, globale inventarisatie van verpleegkundige diagnoses zoals wijkverpleegkundigen die stellen. Het doel was een beeld te krijgen van diagnoses die vaak of minder vaak worden gesteld in de thuiszorg. De vraag is in hoeverre het op deze manier verkregen beeld representatief is. De opdracht aan de cursisten was 'een niet te eenvoudige' casus te kiezen voor het eindwerkstuk: dit kan een vertekend beeld geven. Enerzijds doordat de eenvoudige casussen niet zijn meegenomen, anderzijds ook doordat hierdoor zeer complexe casuïstiek mogelijk buiten beeld is gebleven. Op basis van deze overwegingen geeft deze inventarisatie daarom mogelijk vooral een beeld van 'de middengroep' qua complexiteit.

Wel is nu meer bekend over diagnoses die vaker in bepaalde combinaties voor-

komen. Hier kan zowel in de praktijk als in het onderwijs rekening mee worden gehouden. Dit voorkomt dat relevante diagnoses ten onrechte over het hoofd worden gezien. En mogelijk stimuleert het denken in clusters ook het zoeken naar veroorzakende factoren, waardoor het probleem eerder bij de bron kan worden aangepakt.

Met dit onderzoek is weliswaar meer duidelijk geworden over het gezamenlijk vóórkomen van diagnoses, maar nog onvoldoende over deze voorliggende, of veroorzakende diagnoses. Ook de samenhangende factoren, waaronder vaak medische diagnoses, zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Onderzoek naar deze aspecten verdient aanbeveling om een beter beeld te verkrijgen van de samenhang tussen diagnoses, en welke daarvan bij de behandeling prioriteit verdienen. Wij denken dat op dit gebied een enorme winst is te behalen als het gaat om effectiviteit én efficiëntie van wijkverpleegkundige zorg. ■

Referenties

- Graaf, H.I. de & Speksnijder, H.T. (red.) (2014). *NANDA International. Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012 – 2014*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rosendal, H. & Dorst, J. van (2015). *Vakbekwaam Indiceren. Een handreiking voor wijkverpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Reed Business.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. (red.) (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Amsterdam: Reed Business.