

Kritisch denken binnen het verpleegkundige proces bij een kwetsbare oudere met COPD: een voorbeeld

MODULE 4 KRITISCH DENKEN



Bron foto: <https://www.nvj.nl/over-nvj/nvj-uitgelicht/fotojournalisten-uitgelicht/fotojournalist-uitgelicht-maikel-samuels>

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen,
Renate te Kloese, Ans Tordoir MANP

Inhoud



- ✓ **Casus Kees van de Broek**
- ✓ **Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces toegepast**
- ✓ **Een feitelijke en een dreigende verpleegkundige diagnose en een multidisciplinair probleem**
- ✓ **Morele vragen**

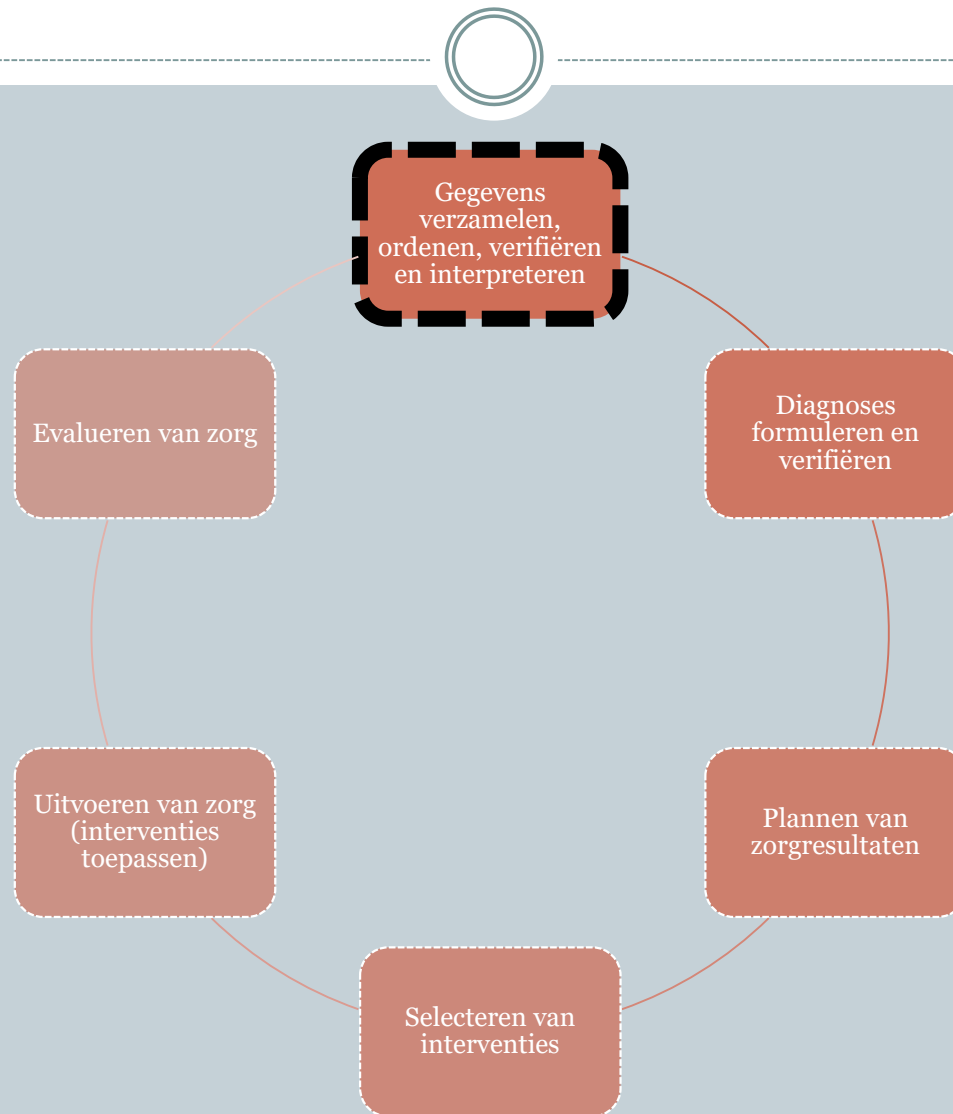
Kees van de Broek

- *85 jarige man, boer, heeft 1 zoon: Bart (53).*
- *Vier maanden geleden is mevrouw van de Broek overleden.*

Ziektegeschiedenis:

- *sinds 10 jaar last van toenemende benauwdheidsklachten als gevolg van COPD, waarvoor 2x ziekenhuisopname met goed herstel.*
- *Vanaf zijn 61^{ste} DM type 2. Dit is altijd goed medicamenteus onder controle gebleven, maar sinds de dood van zijn vrouw is bloedsuiker minder stabiel. .*
- *Het laatste half jaar is meneer van de Broek niet langer de grote, sterke man die hij altijd is geweest. Zijn spierkracht is afgenomen en hij is magerder geworden. Bovendien heeft hij een steeds toenemende pijn in zijn rug en schouders.*

Het verpleegkundig proces



Gegevens **verzamelen**, ordenen, verifiëren en interpreteren



Kennis van ziektebeeld(en)?

Normale bouw en functie van het aangedane lichaamsdeel, orgaan of –stelsel

Oorzaak

Prevalentie

Klinisch beeld en pathofysiologie

Diagnostiek

Behandelingsmogelijkheden en bijwerkingen

Prognose en verloop

Potentiële complicaties

Preventieve mogelijkheden

Kwetsbare ouderen



- Kwetsbaarheid, multimorbiditeit, beperkingen
- Weinig reservecapaciteit
- Complexe zorgvraag: diverse problemen gelijktijdig. Dit vraagt om een speciale aanpak van de zorg.

Kwetsbare ouderen



- Betekenis voor de verpleegkundige:
 - ✓ Holistisch kijken
 - ✓ Goede kennis over ziekten, ontstaan van ziekten, atypische presentatie van ziekten, beperkingen, risicofactoren, geriatrische problematiek
 - ✓ Noodzaak van uitgebreide gegevensverzameling, gebruik van diverse gevalideerde/evidence-based meetinstrumenten, inzicht in diverse richtlijnen bijv. richtlijn Kwetsbare ouderen (VMS)
 - ✓ Oog hebben voor palliatieve vraagstukken
 - ✓ Begeleiding van de mantelzorger

Chronische ziekten en multimorbiditeit



- De meest voorkomende chronische ziekten bij ouderen:
 - ✓ Hypertensie
 - ✓ Diabetes
 - ✓ Hart- en vaatziekten (o.a. CVA en myocardinfarct, hartfalen)
 - ✓ Hypercholesterolemie
 - ✓ COPD
 - ✓ Depressie
 - ✓ Oncologische aandoeningen

Geriatrische syndromen



Kenmerken:

- ✓ meer aanwezige risicofactoren en onderliggende oorzaken tegelijkertijd.
- ✓ Verstoringen in diverse orgaansystemen

Geriatrische syndromen zijn vaak een uitingsvorm van kwetsbaarheid en de complexiteit van de zorg bij een oudere.

Voorbeelden: Vallen, incontinentie, delier, cognitieve problemen, functieverlies, depressie.

Functionieverlies



- Beperkingen in het functioneren worden vaak uitgedrukt in ADL (Activiteiten van het Dagelijks Leven) en IADL (Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven).
- Verlies hiervan= Functionieverlies
- Gevolgen van functionieverlies: niet meer zelfstandig kunnen wonen, achteruitgang van kwaliteit van leven, een grotere kans op opname in het verpleeg/ziekenhuis en sterfte.
- Mogelijkheden en onmogelijkheden van de oudere zorgvuldig in kaart brengen (bv. met ICF) → verpleegkundige interventies goed afgestemd op mogelijkheden en onmogelijkheden van de kwetsbare oudere

Verpleegkundige aandachtspunten per domein



Somatisch domein:

- ✓ Polyfarmacie (gelijktijdig gebruik van 5 of meer diverse geneesmiddelen)
- ✓ Ondervoeding (SNAQ)
- ✓ Pijn (VAS-scale)
- ✓ Obstipatie (< 3 keer per week)
- ✓ Incontinentie (urine en ontlasting: afgelopen maand)
- ✓ Vallen (hoe vaak afgelopen jaar/ half jaar)
- ✓ Decubitus (Bradenschaal)

Functionele domein:

- ✓ ADL-functioneren (Katz ADL index score)
- ✓ IADL-functioneren (Modified Katz ADL index score)
- ✓ Slechthorendheid (kunnen horen met of zonder gehoorapparaat)
- ✓ Slechtziendheid (al dan niet met bril)
- ✓ Slaap (uitvragen slaapprobleem en gebruik slaapmedicatie)
- ✓ Mobiliteit (uitvragen hulp nodig bij transfer of dagelijks gebruik van loop hulpmiddel)

Verpleegproblemen/geriatrie condities per domein



Psychische domein:

- ✓ Cognitieve stoornis (uitvragen geheugen problemen; MMSE)
- ✓ Depressieve symptomen (afgelopen maand; Geriatrie Depressie Schaal)
- ✓ Delier (DOSS)
- ✓ Existentiële vragen

Sociaal domein:

- ✓ Zorgzwaarte ervaren door naaste (Mantelscan)
- ✓ Eenzaamheid (De Jong-Gierveld Schaal)

Gegevens **verzamenen**, ordenen, verifiëren en interpreteren



Bij opname (Ingestuurd door de huisarts met de volgende informatie):

Indicatie: Exacerbatie COPD?

Klachten: Ernstige benauwdheidsklachten, aanhoudend hees, hardnekkige prikkelhoest, afgewisseld door ophoesten van slijm met name in de ochtend, soms met bijmenging van bloed, piepende ademhaling, verlengd expirium.; Zeurende pijn in borststreek; Steeds meer plassen, dorst, moe, afvallen.

Medicijngebruik (bij opname):

- Ventolin, dosis aërosol 4x 100 mcg per dag (β_2 -sympathicomimeticum: tegen bronchospasmen)
- Hydrochloorthiazide 12,5 mg 1xdd (*diuretica, bloeddrukverlagend*)
- Coversyl 5 mg 1xdd (*ACE-remmer, bloeddrukverlagend*)
- Metformine 3x1g dd (*Orale bloedglucoseverlagende middel*)
- Pravastatine 10 mg dd (*Lipidenverlagende middel*)
- Paracetamol 1000mg 2 3 dd (*analgetica*)
- Calci Chew D3 500 mgr/400IE 1xdd (*preventie van osteporose*)
- Temazepam 10 mgr zonodig (*slaapmiddel*)

Gegevens **verzamenen**, ordenen, verifiëren en interpreteren



Bevindingen vanuit het Lichamelijk Onderzoek door PA

-ernstige benauwde man.

-verwaarloost ulcus cruris links, uit navraag blijkt dat de patiënt dit zelf thuis verzorgd heeft met uierzalf

- Bij opname : Temp 38,3; RR 140/90; Pols 100

Diagnostisch onderzoek opnamedag:

- Saturatie 88%
- Bloedonderzoek
- nuchter glucose (14 mmol/L) en HbA1c (9%/75 mmol/mol) en cholesterol (6,4)
- Hb 6,9 (8,5-11); leuco's 18 (4,5-11); trombo's 300 (150-400) -CRP 60 (<10)
- Doppler been arteriën; doorbloeding licht verminderd
- X thorax: infiltratieve afwijking linkeronderkwab en wat pleuravocht

Medisch Beleid:

- Opname Interne afdeling
- 4 tot 6 maal daag vernevelen met Combivent 2,5 ml
- Prednisolon 30 mg 1xdd
- Cefotaxim 3dd 1000 mg i.v.

Gegevens **verzamelen**, ordenen, verifiëren en interpreteren



Welke manieren zijn er om gegevens te verzamelen bij dhr van de Broek?

denk aan:

vitale functies (RR, temp.)

observatie

vragenlijst (Linq)

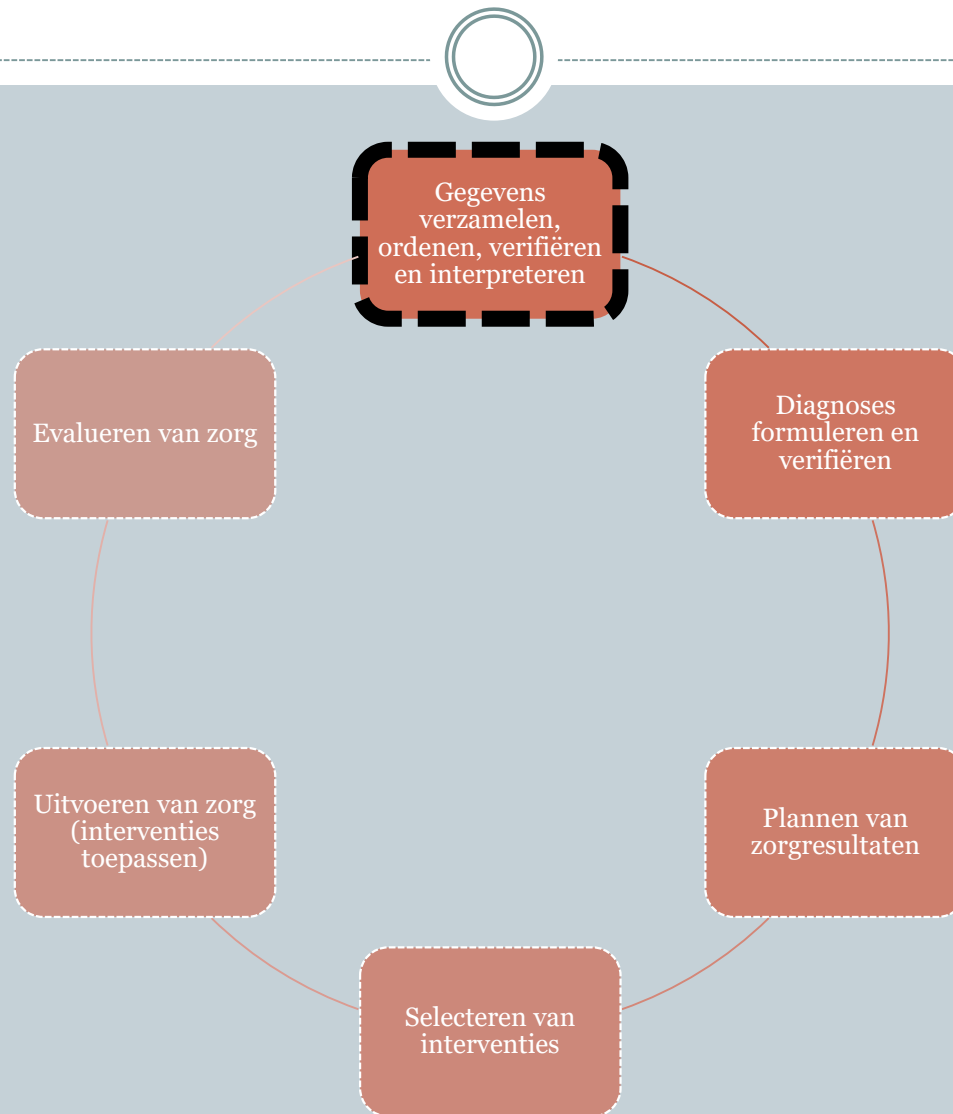
mantelscan

Longziekten Informatie Behoeftes Questionnaire (LINQ)



- vragenlijst die de informatiebehoeftes in kaart brengt van patiënten met COPD.
- Het instrument is ontwikkeld om zorgverleners te helpen bepalen welke patiënten geholpen zouden zijn met informatie.
- Het primaire doel van LINQ is een assessment voorafgaand aan het gesprek met de patiënt om de individuele behoeftes aan educatie bij de patiënt na te gaan.
- Het instrument kan ook gebruikt worden om het effect van een interventie te evalueren.
- LINQ kan de interactie tussen verpleegkundige en patiënt verbeteren.
- Het instrument meet twee soorten informatiebehoeftes vanuit het perspectief van de patiënt:
 - informatie die nodig is om de longziekte goed te begrijpen
 - informatie die nodig is om (optimaal) aan zelfmanagement te doen

Het verpleegkundig proces



Gegevens verzamelen, **ordenen**, verifiëren en interpreteren



1. **Patroon van Gezondheidsbeleving en –instandhouding:**

- ✓ 85-jarige man.
- ✓ Sinds 10 jaar toenemende benauwdheidsklachten als gevolg van COPD; waarvoor 2x ziekenhuisopname met goed herstel.
- ✓ Vanaf zijn 61^{ste} DM type 2. Dit is altijd goed medicamenteus onder controle gebleven, maar sinds de dood van zijn vrouw is bloedsuiker minder stabiel.
- ✓ Bekend met artrose in knieën.
- ✓ Het laatste half jaar is meneer van de Broek niet langer de grote, sterke man die hij altijd is geweest. Zijn spierkracht is afgenomen en hij is magerder geworden.
- ✓ Recent opgenomen op de afdeling Interne i.v.m. exacerbatie COPD en onderzoek naar verdere diagnostiek en behandeling.
- ✓ Bij deze opname: Temp 38,3; RR 140/90; Pols 100
- ✓ Medicijngebruik bij opname: Ventolin, dosis aërosol 4x 100 mcg per dag; Hydrochloorthiazide 12,5 mg 1xdd; Coversyl 5 mg 1xdd; Metformine 3x1g dd; Pravastatine 10 mg dd; Paracetamol 1000mg 2 3 dd; Calci Chew D3 500 mgr/400IE 1xdd; Temazepam 10 mgr zonodig
- ✓ Medisch beleid na de opname: 4 tot 6maal daag vernevelen met Combivent 2,5 ml; Prednisolon 30 mg 1xdd; Cefotaxim 3dd 1000 mg i.v.

Gegevens verzamelen, **ordenen**, verifiëren en interpreteren



2. Voedings- en stofwisselingspatroon:

- ✓ *Het laatste halfjaar is dhr. magerder geworden; afvallen, verminderde eetlust ; toename dorst*
- ✓ *verwaarloost ulcus cruris links, uit navraag blijkt dat de patiënt dit zelf thuis verzorgd heeft met uierzalf.*

3. Uitscheidingspatroon:

- ✓ *Voor de laatste opname steeds meer plassen (veel dorst).*

4. Activiteitenpatroon:

- ✓ *voormalig melkveehouder,*
- ✓ *Tot voor enkele maanden verzorgde hij nog graag het jongvee.*
- ✓ *Voor de laatste opname steeds meer thuis en minder buiten; geen energie.*
- ✓ *Bij de recente opname: ernstige benauwdheidsklachten, aanhoudend hees, hardnekkige prikkelhoest, afgewisseld door ophoesten van slijm met name in de ochtend, soms met bijmenging van bloed, piepende ademhaling, verlengd expirium; Saturatie 88%*
- ✓ *Zijn spierkracht is afgenomen .*
- ✓ *Bart kookt voor dhr. en een maal per week komt iemand het huis poetsen.*

Gegevens verzamelen, **ordenen**, verifiëren en interpreteren



5. Slaap- rustpatroon:

- ✓ Geen gegevens bekend.

6. Cognitie- en waarnemingspatroon:

- ✓ *steeds toenemende vage pijn in zijn rug en schouders.*
- ✓ Zeurende pijn in borststreek.

7. Zelfbelevingspatroon:

- ✓ Toename vermoeidheid
- ✓ Sinds het overlijden van echtgenote is dhr. somber en heeft hij geen zin om de deur uit te gaan. De dominee komt regelmatig op bezoek.

8. Rollen- en relatie patroon:

- ✓ *heeft 1 zoon: Bart (53), vrijgezel; De zoon woont op de boerderij naast het bungalow van zijn vader en is nu de melkveehouder. Vier maanden geleden is mevrouw van de Broek aan een hersenbloeding overleden. Dhr. heeft weinig contact met zijn familie, heeft de laatste tijd weinig zin om de deur uit te gaan. Zijn sociale leven speelde zich af rondom de kerk.*

Gegevens verzamelen, **ordenen**, verifiëren en interpreteren



9. Seksualiteits- en voortplantingspatroon:

- ✓ Geen gegevens bekend/niet uitgevraagd

10. Stressverwerkingspatroon:

- ✓ Dhr. heeft een zoon, die als mantelzorger voor dhr. zorgt.
- ✓ Dhr. wordt opgenomen in het ZH

11. Waarde- en levensovertuiging:

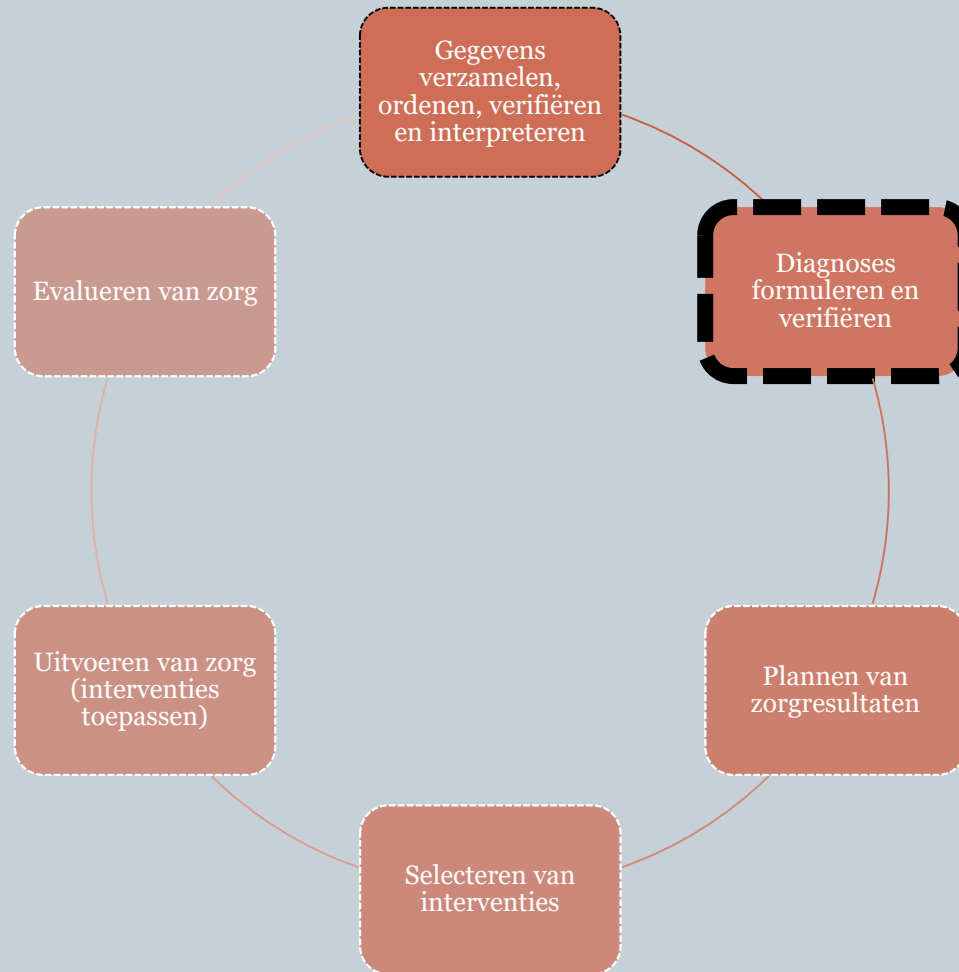
- ✓ Dhr. is lid van de Protestantse Gemeente en was tevens kerkenraadslid

Gegevens verzamelen, ordenen, **verifiëren en interpreteren**



Gebrekkig zuurstoftransportmechanisme t.g.v. COPD/pneumonie, spierzwakte, verminderde activiteit, energietekort door ondervoeding, sombere stemming, pijn (VAS).	Beperkte inspannings tolerantie
Zoon is eerstverantwoordelijke voor toezicht/hulp bij zelfzorg. Zorgvrager is niet (voldoende) in staat zelfzorgactiviteiten te verrichten. Verantwoordelijk voor veebedrijf, geen ondersteuning in zorgverlening, isolement (?), uitslag mantelscan.	Risico op overbelasting mantelzorger
SNAQ (waarde) Geen eetlust	Risico op ondervoeding
Verhoogde ademhalingfrequentie (waarde), verhoogde hartslag (waarde), dyrithmische ademhaling, ernstige benauwdheidsklachten, aanhoudend hees, piepende ademhaling, verlengd expirium; <i>Saturatie 88%</i>	Ineffectieve ademhaling
Fysieke beperking tgv COPD, overlijden echtgenote 4 mnd geleden, niet meer werkzaamheden op boederij kunnen verrichten.	Risico op enzaamheid

Het verpleegkundig proces



Mogelijke verpleegkundige diagnoses/multidisciplinaire problemen per gezondheidspatroon



Patroon 1 “Gezondheidsbeleving en instandhouding”

Inadequate therapietrouw

Risico op vallen

Patroon 2 “Voedings- en stofwisselingspatroon”

Risico op ondervoeding

Risico op hypo-/hyperglykemie (MDP)

Patroon 4 “Activiteitenpatroon”

Ineffectief ademhalingspatroon

Ineffectief ophoesten

Risico op respiratoire insufficiëntie (bij pneumonie) (MDP)

Beperkte inspanningstolerantie

Verminderde mobiliteit

Zelfzorgtekortsyndroom

Risico op functieverlies

Patroon 6 “Cognitie- en waarnemingspatroon”

Toenemende vage pijn in de rug en schouders

Risico op acute verwardheid

Patroon 7 “Zelfbelevingspatroon”

Vermoeidheid

Pijn (specificeer: acuut/chronisch)

Patroon 8 “Rollen- en relatiepatroon ”

Risico op eenzaamheid

Patroon 10 “Stressverwerkingspatroon ”

Risico op overbelasting van mantelzorg

Prioritering aanbrenge



Prioritering van verpleegproblemen bijvoorbeeld volgens Kalish: (**van hoogste naar laagste prioriteit**) (Wilkinson, 2015, p. 226)

- ✓ Overlevingsbehoeften
- ✓ Stimuleringsbehoeften
- ✓ Veiligheid en zekerheid
- ✓ Sociale behoeften
- ✓ Waardering
- ✓ Zelfrealisatie

Verpleegkundige anamnese/ verzamelen en ordenen van gegevens (Signs & Symptoms)



Prioritering volgens Khalish:

1. **Beperkte inspanningstolerantie** (overlevingsbehoefte)
2. Ineffectieve ademhaling (overlevingsbehoefte)
3. **Risico op hypo-/hyperglykemie** (overlevingsbehoefte) (MDP)
4. Risico op respiratoire insufficiëntie (overlevingsbehoefte) (MDP)
4. Pijn (overlevingsbehoefte)
5. Zelfzorgtekort (stimulerende behoeften: activiteiten)
6. Eenzaamheid (veiligheid/zekerheid: relaties)
7. **Risico op overbelasting van de mantelzorger** (veiligheid en zekerheid)
8. Risico op acute verwardheid

Vergeet niet de voorkeuren van de mantelzorger!

Zorgethische reflectie



Ik **zie** dat dhr van de Broek het moeilijk heeft. Hij weet dat hij niet meer beter wordt en wat mij **raakt** is dat hij dit blijkbaar niet kan bespreken met zijn zoon. Dit maakt dat hij zich mogelijk wel eenzaam voelt.

Ik heb het idee **dat ik er iets mee moet**. Ik voel mij hier wel **verantwoordelijk** voor, het is immers een toestand wat van invloed is op zijn gezondheid en relatie met zijn zoon Bart. Er is niet veel tijd, meer, nu moet het gebeuren. Ik vind het erg belangrijk dat een waardig levenseinde in het bijzijn van familie vorm moet krijgen en de patient geen eenzaamheid moet ervaren.

Ik weet alleen niet zo goed hoe hij hier zelf over denkt en hoe zijn zoon hierover denkt. Ben ik de juiste persoon om dit te doen? Wat zijn andere mogelijkheden? Wat zie ik als mijn rol hierin. wat is mijn aandeel? **Wat vind ik goede en passende zorg?**

Hoe bepaalt dit het vpk besluit?

Wat is hier het reflectieve element?

Feitelijke diagnose



Beperkte inspanningstolerantie

Definitie: *Afgenomen fysiologische capaciteit om inspanning van een vereist of gewenst niveau te houden (Carpenito-Moyet, 2016).*

P (Probleem): Beperkte inspanningstolerantie

E (Etiologie): Gebrekkig zuurstoftransportmechanisme t.g.v. COPD/pneumonie, spierzwakte, verminderde activiteit, energietekort door ondervoeding, sombere stemming, pijn.

S (Signs & Symptoms): Bij de recente opname: ernstige dyspnoe, kortademigheid, saturatie 88%, hoge pols, RR. De laatste tijd meer thuis, minder buiten; geeft aan weinig energie te hebben, vermoeidheid, zelfzorgtekort.

Dreigende diagnose



Risico op overbelasting van de mantelzorgverlener

Definitie: *Verhoogd risico dat het niet-beroepsmatig zorg verlenen aan een naaste door de zorgende persoon als een te zware lichamelijke, emotionele, sociale en/of financiële belasting wordt ervaren (Carpenito-Moyet, 2016).*

P (Probleem): Risico op overbelasting van de mantelzorgverlener

E (Etiologie): Risicofactoren: Zoon is eerstverantwoordelijke voor toezicht/hulp bij zelfzorg. Zorgvrager is niet (voldoende) in staat zelfzorgactiviteiten te verrichten. Verantwoordelijk voor veebedrijf, geen ondersteuning in zorgverlening, isolement (?)

S (Signs & Symptoms): (Nog) niet aanwezig

Multidisciplinair probleem



Risico op hypo-/hyperglykemie

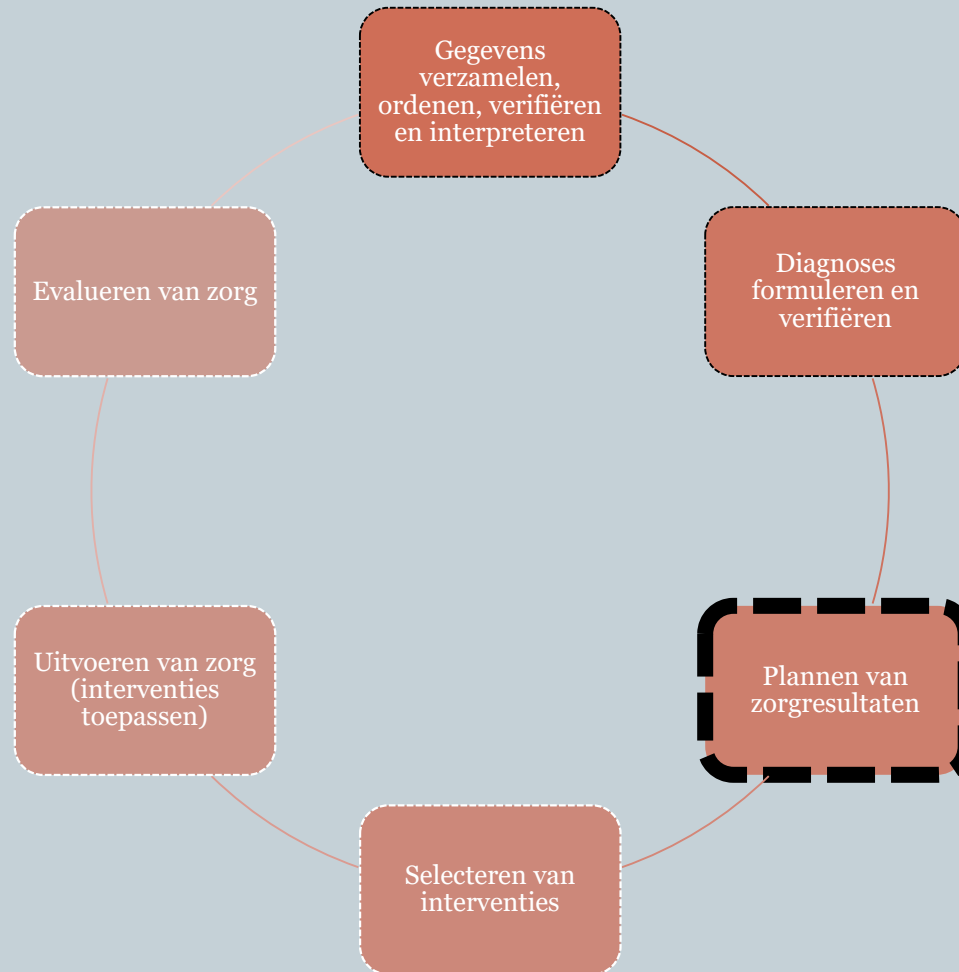
Definitie: *Beschrijft de situatie waarin sprake is van een te lage of te hoge glucosewaarde voor een goede stofwisseling, of een verhoogd risico daarop (Carpenito-Moyet, 2016).*

P (Probleem): Risico op hypo-/hyperglykemie

E (Etiologie): Populatie met verhoogd risico: diabetes mellitus

S (Signs & Symptoms): (Nog) niet aanwezig

Het verpleegkundig proces



Plannen van zorgresultaten



Beperkte inspanningstolerantie

Dhr. is bij terugkeer naar huis in staat om inspanning ten behoeve van zelfzorgactiviteiten vol te houden zonder daarbij ernstige klachten te ervaren van dyspnoe, kortademigheid of uitputting.

- ✓ Saturatie bij inspanning >88%, Tensie, pols en ademhaling blijven op acceptabel niveau (specificeren)
- ✓ Dhr geeft bij inspanning aan minder benauwdheidsklachten te ervaren (<3 op VAS Schaal/Borgschaal voor benauwdheid)
- ✓ Dhr laat een toegenomen activiteitvermogen zien (ADL-handelingen), geeft aan minder vermoeid te zijn
- ✓ De energie-inname is in balans met het energieverbruik, zicht uitend in een stabiel óf toenemend gewicht (≥ 67 kg)

Risico op overbelasting van de mantelzorgverlener

De mantelzorgverlener (zoon) heeft hulp ingeschakeld van minimaal twee anderen in het dragen van de verantwoordelijkheid ten aanzien van de zorg voor Dhr. en/of de boerderij waardoor draagkracht en draaglast in balans kunnen blijven.

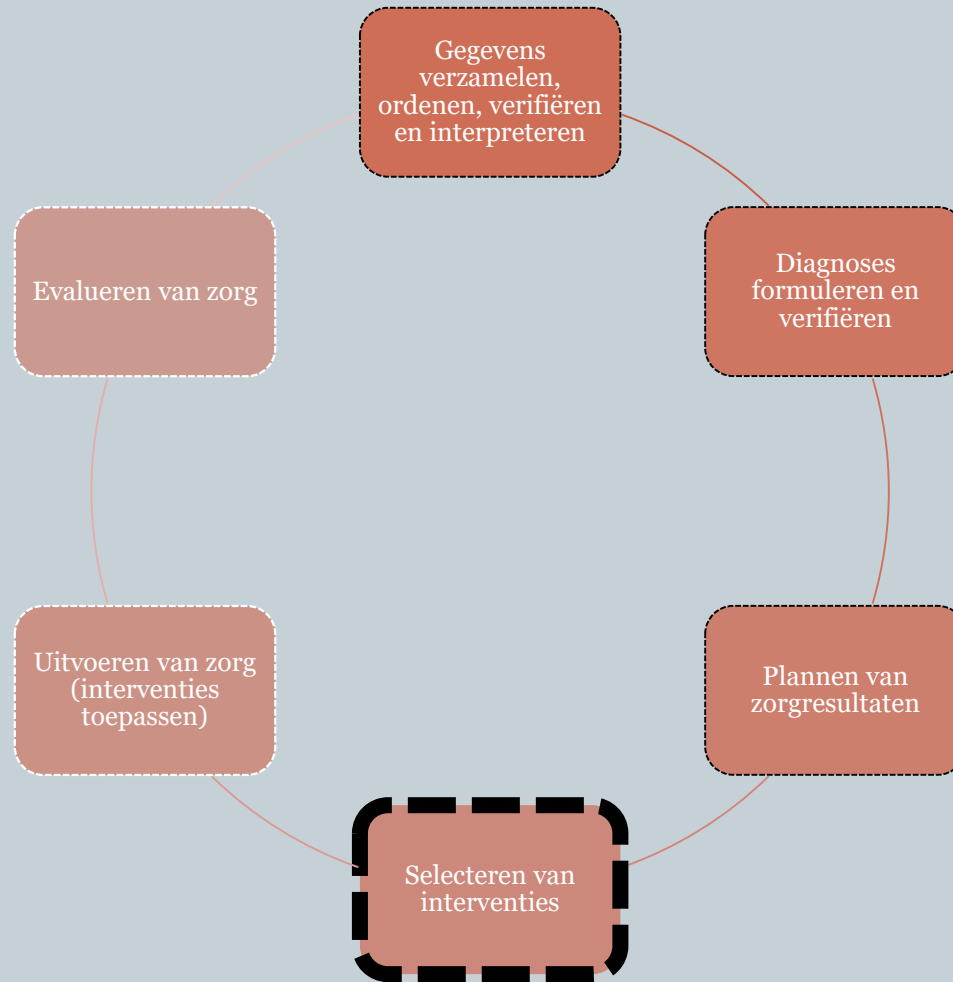
- ✓ Zoon onderkent het belang van een steun-netwerk en onderneemt actie om dit te realiseren
- ✓ Zoon geeft aan in staat te zijn plezierige activiteiten te ondernemen
- ✓ Zoon geeft aan de zorg/verantwoordelijkheid voor zijn vader aan te kunnen en dit niet als te belastend te ervaren
- ✓ Mogelijkheden voor inschakelen professionele hulp zijn onderzocht en de nodige stappen zijn daarin ondernomen

Risico op hypo-/hyperglykemie

De verpleegkundige observeert bij elk contactmoment op episoden van hypo-/hyperglykemie en signaleert deze tijdig, waarop zij adequaat (be)handelt opdat complicaties hiervan worden voorkomen.

- ✓ Dhr is alert, kalm, georiënteerd
- ✓ Geen klachten van duizeligheid
- ✓ Warme, droge huid
- ✓ Geen klachten van vermoeidheid, misselijkheid, buikpijn, overmatig transpireren
- ✓ Pols; geen toename van betekenis (frequentie p/m tussen 50-100)
- ✓ Ademhaling; geen toename of afname van betekenis (frequentie p/m tussen 9 en 16)

Het verpleegkundig proces



Selecteren van interventies



Beperkte inspanningstolerantie

- ✓ Om een snelle inschatting te kunnen maken van de invloed van benauwdheid op de inspanningstolerantie bij meneer de VAS/Borgschaal voor benauwdheid afnemen (deze afnemen tijdens of vlak na een activiteit): Vraag de patiënt om aan te geven op een schaal van 1 tot 10 hoe kortademig hij is, waarbij 1 staat voor “geen kortademigheid” en 10 “zeer kortademig”.
- ✓ Toediening zuurstof en verstrekken van medicatie volgens voorschrift.
- ✓ Voorlichting over de aandoening (Voordien LINQ afnemen)
- ✓ I.o.m. de arts fysiotherapeut inschakelen voor consult m.b.t. ademhalingstechniek in rust en inspanning, hoesttechniek, ontspanningsoefeningen, training van spierkracht.
- ✓ I.o.m. de arts ergotherapeut inschakelen om te kijken of meneer baat zou kunnen hebben bij bepaalde aanpassingen zoals loophulpmiddelen (bijv. rollator)
- ✓ I.o.m. de arts diëtiste inschakelen voor consult m.b.t. verbeteren voedingstoestand.
- ✓ Bij de persoonlijke verzorging en andere ADL-activiteiten observeren en stimuleren wat meneer zelf kan, ondersteunen daar waar nodig.
- ✓ Stimuleer meneer waar mogelijk actief te zijn (uitgaan van de behoeften van meneer), overleggen welke activiteiten dhr. wenst zelf uit te voeren en bij welke ondersteuning kan leiden tot energiebesparing.
- ✓ Evalueren wekelijks bij de artsensite

Selecteren van interventies



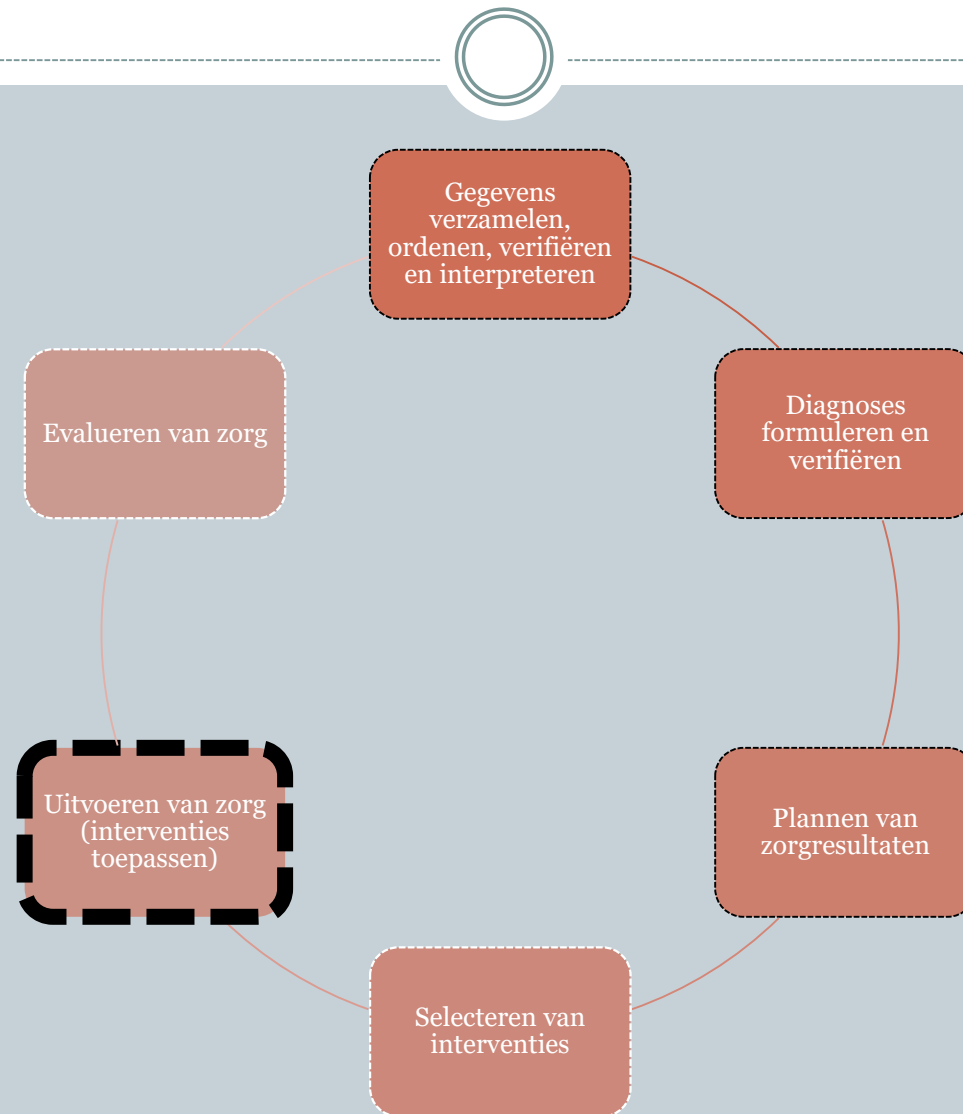
Risico op overbelasting van de mantelzorgverlener

- ✓ Probeer verder inzicht te krijgen in oorzaken of factoren die een bijdrage leveren aan het risico (zoals gebrekkig inzicht, geen hulp willen of kunnen krijgen, onvoldoende vrije tijd etc.)
- ✓ Bespreek gezondheidsbevorderende factoren als: evenwicht tussen rust en activiteit, ondersteunende sociale netwerken
- ✓ Bespreek de noodzaak van het delen van (zorg)verantwoordelijkheden en stimuleer zoon om contact te zoeken hierover met familie en/of vrienden
- ✓ Bespreek met zoon bij welke activiteiten omtrent de zorg van meneer hulp wenselijk is en stel vast welke mogelijkheden voor ondersteuning er zijn. Zoon verwijzen naar passende instanties/organisaties.

Risico op hypo-/hyperglykemie

- ✓ Bewaak op tekenen van hypoglykemie: bgc $<3-4$ mmol/l, bleke, klamme huis, tachycardie, overmatig transpireren, gejaagdheid, prikkelbaarheid, nervositeit, coördinatieverlies, moeite met praten, sufheid/verwardheid, licht in het hoofd, honger, zwakte
- ✓ Gebruik de standaard voor orale behandeling van hypoglykemie (specificeer!)
- ✓ Indien patiënt niet kan slikken, dien dan i.o.m. arts glucagonhydrochloride subcutaan toe
- ✓ ...

Het verpleegkundig proces



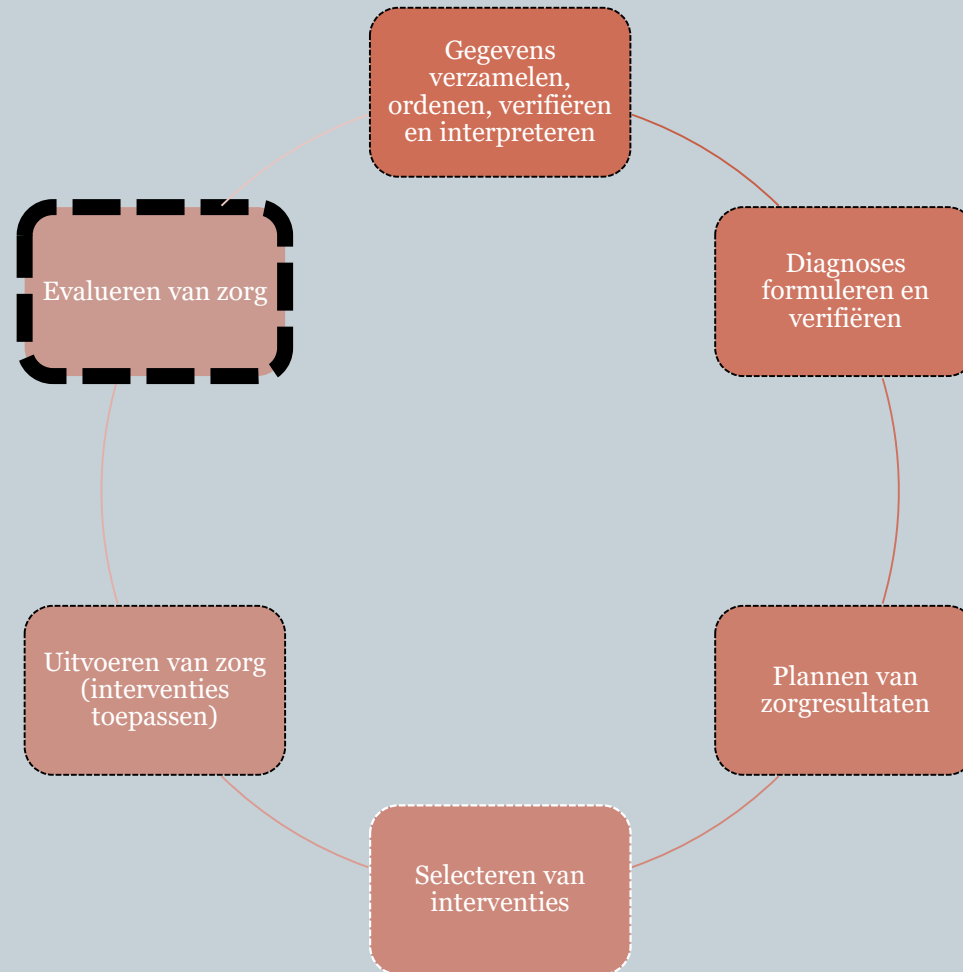
Uitvoeren van zorg (toepassen van interventies)



Dit gebeurt natuurlijk in de praktijk...

Ondertussen verzamel je nieuwe gegevens, a.d.h.v. je opgestelde indicatoren.

Het verpleegkundig proces



Evaluëren van zorg



Terugkomen op de gestelde zorgdoelen en indicatoren.

Dus: Welke nieuwe gegevens heb je verzameld?

Welke conclusies kun je trekken over het al dan niet behalen van je zorgresultaten?

Wat is de effectiviteit van de gemaakte keuzen:

Welke conclusies kun je trekken over de passendheid van je gestelde diagnoses? En de geschiktheid van de interventies? De haalbaarheid van de zorgdoelen?

Wellicht moet je je zorgplan bijstellen.

Ordenen volgens Omaha



Fysiologisch domein

Ademhaling: Sinds 10 jaar toenemende benauwdheidsklachten als gevolg van COPD; waarvoor 2x ziekenhuisopname met goed herstel.

Neuro/musculaire skeletfunctie: Zijn spierkracht is afgenomen

Omgevingsdomein

Omgevingshygiëne: Een maal per week komt iemand het huis poetsen.

Psychosociaal domein

Geestelijke gezondheid: Sinds het overlijden van echtgenote is dhr. somber en heeft hij geen zin om de deur uit te gaan.

Etc.

Gezondheidsgerelateerd gedragsdomein

Medicatie: sinds de dood van zijn vrouw is bloedsuiker minder stabiel.

Etc.

Clustering volgens Omaha



Tip: In Omaha stel je geen diagnose maar een aandachtsgebied vast, voor een vp-diagnose moet je uitwijken naar bv. de NANDA

Gegevens	Domein	Aanda chtsge bied	Omvan g	Aard	Voorlopige diagnose
<ul style="list-style-type: none">• Zorgt niet meer voor het kleinvee• Sinds vrouw is overleden is dhr. somber.• Dhr heeft geen zin meer om de deur uit te gaan.• Dhr heeft een verminderde eetlust.	Psycho- sociaal domein	Geeste- lijke gezond- heid	individu	actueel	Moedeloosheid (NANDA)

Actuele/Feitelijke diagnose volgens Omaha



Aandachtsgebied: Geestelijke gezondheidszorg

Probleem: Moedeloosheid

Definitie: De subjectieve toestand waarin iemand weinig of geen alternatieven of persoonlijke keuze denkt te hebben en niet in staat is zich ten behoeve van zichzelf in te spannen.

Signalen en symptomen: (aan te vinken in Omaha) triestheid, verlies van interesse, vermoeidheid

Etiologie is in het Omaha-systeem niet opgenomen maar kan wel toegevoegd worden in de opmerkingen.

Resultaten volgens OMAHA



	Status signalen	Kennis	Gedrag
Huidige situatie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Gewenste situatie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Termijn	Twee weken	Twee weken	Twee weken
Toelichting	Dhr. ervaart over twee weken iets minder somberheid. GDS <8	Dhr. weet over twee weken zijn gevoel te herkennen en benoemen.	Dhr. is over twee weken in staat om met aansturing van verpleegkundigen/begeleiders activiteiten te ontplooiën.

Interventies volgens OMAHA

Aandachtsgebied	Soort actie	Actievlak	Concrete actie
Geestelijke gezondheid	Casemanagment	Zorg door psycholoog	Initieer een gesprek met de psycholoog m.b.t. bezigheidstherapie
	Advies/ instructie en begeleiding	Overige	Luister naar dhr. wanneer hij zijn gevoelens verwoordt en moedig dit aan.
	Monitoring en bewaking	Signalen/ symptomen mentaal/ emotioneel	Neem iedere twee weken de GDS af

Evaluatie volgens OMAHA



- Omdat tijdens de evaluatie nieuwe doelen worden gesteld en/of doelen wegvallen komt de evaluatie overeen met de resultaten

	Status signalen	Kennis	Gedrag
Huidige situatie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Gewenste situatie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Termijn	Twee weken		
Toelichting	Dhr. ervaart na thuiskomst niet minder somberheid. GDS 5	Dhr. kan zijn gevoel benoemen en begrijpt de gezondheidseffecten.	Dhr. kan met aansturing vanuit familie/begeleiders activiteiten ontplooiën.

Morele vragen



Wat is in deze situatie goed om te doen?

- Moet ik dhr. (tegen zijn wil in) stimuleren om dagelijks een wandelingetje te maken?
- Moet ik met dhr. in gesprek over sterven?
- Moet ik met Bart in gesprek over het feit dat hij denkt dat zijn vader weer beter kan worden?

Geraadpleegde bronnen



- Buurman, B.M. (2012), Hoofdstuk 7 Verpleegproblemen bij kwetsbare ouderen (frailty). In Achterberg.Th., Eliens, A.M., & Vermeulen, H. *Effectief verplegen 3*. Dwingeloo: Kavanah.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2012). *Zakboek Verpleegkundige diagnoses*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Farmacotherapeutisch kompas. (z.d.). Geraadpleegd op 18 januari 2017, van <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>
- Grégoire, L. (2014). *Anatomie en Fysiologie van de mens (4e druk)*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- De Jong, J.T.E., Jüngen, I.J.D. & Zaagman-van Buuren, M.J. (2007). *Interne Geneeskunde* (5e druk). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Jüngen, I.J. & Zaagman-van Buuren, M (2006). *Pathologie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2010). *Richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD; actualisatie maart 2010*. Geraadpleegd op 18 januari 2017, van <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NVALT/Diagnostiek-en-behandeling-van-COPD-maart-2010.pdf>
- Omaha Sytem Support. (z.d.) *Handleiding Omaha Systeem voor zorgverleners*. Geraadpleegd op 30 augustus 2018, van https://www.omahasystem.nl/Site_Omaha/docs/pdf/Handleiding-def.pdf
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (z.d.). *NHG-standaard COPD*. Geraadpleegd op 30 januari 2017, van <https://www.nhg.org/standaarden/voledig/nhg-standaard-copd>
- Straalen L. van (2015). De kern van klinisch redeneren is bij iedere patiënt de vraag stellen of je het juiste weet en het juiste doet. *BijZijn-XL* nr. 06 blz. 8, 9 en 11
- Stunnenberg, L. (2016). *De Methodische Beschrijving van de Aandoening*. Nijmegen: Eigen uitgave Hogeschool Arnhem en Nijmegen.
- Wilkinson, J.M.(2013). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces* (5e druk). Amsterdam: Pearson.