

KLINISCH REDENEREN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSTANDELIJKE GEHANDICAPTENZORG

HULPMIDDELEN VOOR STUDENTEN HBO - V



Ula Kraus, docent verpleegkunde
Nard van den Langenberg, docent verpleegkunde
september 2020

VOORDAT JE BEGINT

Klinisch redeneren wordt omschreven als het cyclische proces van inschatten van risico's, het vroegtijdig signaleren van symptomen, probleemherkenning, het uitvoeren van interventies en monitoring (Straalen & Schuurmans, 2016).

Praktijkvoorbeelden en hulpmiddelen zijn vaak toegespitst op specifieke problemen of domeinen. Om je op weg te helpen dit proces toe te passen in de praktijk waarin psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, zijn voorbeelden, redeneerhulpen, bronnen en perspectieven gebundeld in dit document aan de hand van de stappen van Bakker.

Klinisch redeneren is geen objectieve en losstaande oefening, maar refereert naar een proces dat voortkomt uit een betrokken houding, in relatie staat tot een individuele patiënt en waarbij je jezelf baseert op kennis en feiten (Tanner, 2006).

Deze uitwerking is dan ook geen instructie of werkwijze, maar beoogt je aan te zetten tot het zoeken, afwegen en hanteren van bruikbare middelen en bronnen om jouw vaardigheden in klinisch redeneren bij een psychiatrische zorgvraag te bevorderen.

Houd er bij klinisch redeneren rekening mee dat het doel waar je naar streeft mede wordt bepaald door de manier waarop je kijkt naar concepten zoals ziekte, gezondheid en herstel. Principes die momenteel veelal worden gehanteerd zijn bijvoorbeeld 'herstelondersteunende zorg' en 'positieve gezondheid'. Ook de bril waarmee je naar de te verlenen zorg kijkt is een leidraad voor verpleegkundig handelen. Vraag jezelf af wat de visie is van de zorginstelling of vanuit welke benadering zorg wordt verleend. Zo heb je vast ook gehoord van het Raamwerk van Persoonsgerichte zorg van McCormack en McCance (2017).

Tot slot: besluitvorming is onderdeel of een resultaat van klinisch redeneren en pas je, zoals je geleerd hebt, toe op grond van Evidence Based Practice. Dit wordt gedefinieerd als het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten (Munten, Kuiper & Verhoef, 2016). Je baseert je daarbij op empirisch bewijs beschreven in literatuur, kennis en ervaring en patiëntvoorkeuren.

Patiëntvoorkeuren integreer je door bijvoorbeeld de principes van gezamenlijke besluitvorming in de praktijk te brengen. Kennis en ervaring bezit je op basis van (leer)situaties die je eerder meemaakte of door je collega's te bevragen.



1. De situatie in kaart brengen

De eerste stap is bedoeld om de actuele gezondheidssituatie (klinisch beeld) van de patiënt in kaart te brengen: het is een korte, bondige, concrete en zo nauwkeurig mogelijke beschrijving van hoe een ziekte/aandoening zich op dat moment openbaart bij een patiënt. Het klinisch beeld wordt ondersteund door concrete observaties en metingen. Deze stap vormt het uitgangspunt voor verder klinisch redeneren: je maakt duidelijk dat er iets aan de hand is (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014).

De vraag die in deze stap centraal staat is:

1. Welke objectieve en subjectieve symptomen zijn er aanwezig bij de patiënt (klachten, verschijnselen, gedrag, afwijkende normaalwaarden) (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016)?

Het doel van de eerste stap is om de situatie te overzien. Je moet het klinische beeld kunnen beargumenteren én presenteren (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014). Om de situatie te kunnen overzien verzamel je informatie door observatie, zoals beschreven door Hengeveld en Schudel (2014) of door informatiebronnen te raadplegen voorhanden zijn. Om de verkregen inzichten te beargumenteren en presenteren maak je gebruik van redeneerhulpen.

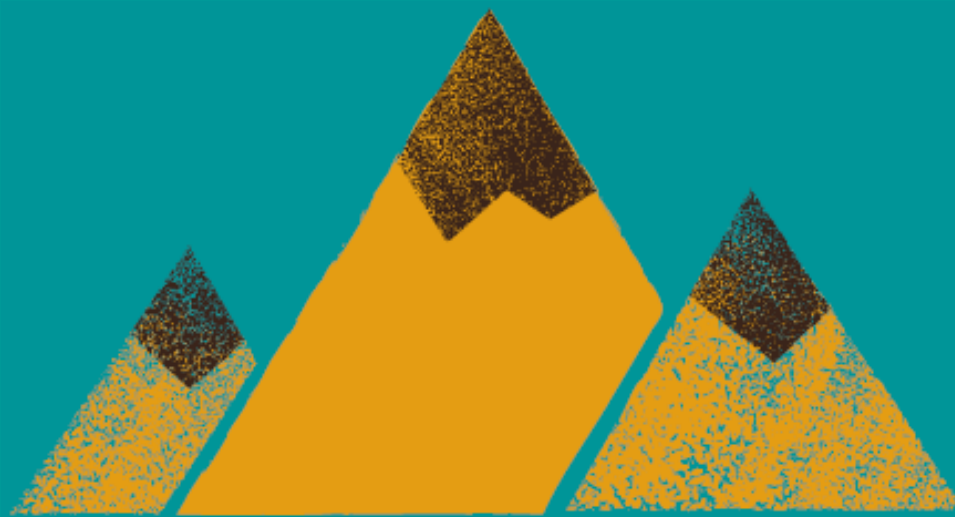
Bronnen

- Zorgplan
- Werkwijze/scenario's
- Medicatie
- (hetero)anamnese (Hengeveld & Schudel 2014)
- Overdracht/rapportages
- Bevragen van collega's
- Stress-signaleringsplan (Trifier, 2016)

Redeneerhulpen

Er zijn verschillende modellen (redeneerhulpen) die kunnen helpen om de oriëntatie op de situatie praktisch en professioneel vorm te geven:

- Zakkaartje psychiatrie (De Jonge Psychiater, z.d.)
- SBAR (Van Straalen & Schuurmans, 2016)
- ALTIS (Van Straalen & Schuurmans, 2016)
- SGEGS (Van Straalen & Schuurmans, 2016)
- PES (Hesselink, 2013)
- SOAP (Hesselink, 2013)
- Concept mapping
- Illness script (Verhees, 2016)



2. Wat is er aan de hand?

In stap 1 heb je duidelijk gemaakt dat er iets aan de hand is, in deze stap ga je kijken wat er mis is (de onderliggende klinische problematiek). Deze stap draait erom dat je duidelijk maakt wat de gevolgen van de ziekte of aandoening voor het functioneren van de patiënt zijn. Vragen die binnen deze stap centraal staan, zijn onder andere (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016):

1. Hoe zijn de symptomen te verklaren? Wat zijn oorzaken en gerelateerde factoren?
2. Welke last heeft de patiënt ervan en hoe reageert de patiënt erop?

Redeneerhulpen

Wat is nu precies het probleem? Dat wordt onderzocht aan de hand van de gegevens die bij stap 1 zijn verzameld. De volgende modellen en theorieën helpen je om de situatie te verklaren en vast te stellen wat er aan de hand is:

- Biopsychosociaal model (Clijssen, Garenfeld, Kuipers, Van Loenen & Van Piere, 2016)
- DSM: welke stoornissen spelen een rol? (American Psychiatric Association, 2013)
- Sociaal emotionele ontwikkeling (Zaal, Boerhave & Koster, 2008)
- Meetinstrumenten (Tijdschrift voor Psychiatrie, z.d.). Let daarbij op de interne en externe validiteit (Munten et al., 2016).
- Neuro Behavioral Developmental-model. Het NBD-model kan inzicht geven in het ontstaan van (probleem)gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking (Dosen & Groef, 2015; Fortior, 2021).
- Hermeneutische cirkel. Hulpmiddel om hulpvragen bij een zorgvrager met verstandelijke beperking in kaart te brengen (Bosch et al., 2000).
- Zorgthema's ProActive Nursing-model, deze thema's vertegenwoordigen een bepaalde fysieke, mentale of levensfunctie van de mens en zijn geïnspireerd op de ICF-classificatie. (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014). Relevante zorgthema's binnen psychiatrische casuïstiek zijn o.a. neurologisch systeem, psychosociaal en psychisch functioneren, activiteiten en participatie en zelfmanagement (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014).



3. Welke informatie ontbreekt?

Aanvullend klinisch onderzoek is vaak nodig om de oorzaak en/of gevolgen van een ziekte of aandoening aan te tonen. De eerste 3 stappen zijn de diagnostische stappen. In deze derde stap beredeneer je hoe de veronderstelde ziekte, aandoening en/of stoornissen bevestigd kunnen worden met aanvullend onderzoek (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014).

Wat moét je nog meer weten om het juiste beeld te krijgen? De arts beslist en moet verantwoorden welke onderzoeken er nodig zijn, maar van een verpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij meedenkt met de arts. Daarnaast is het zo dat een probleem ook raakvlakken heeft met het domein van psychologen of paramedici. Hun inzichten, door middel van interdisciplinaire samenwerking, helpen jou het probleem verder in kaart te brengen. Denk aan paramedische vakgebieden zoals fysiotherapie, logopedie, diëtiëk en ergotherapie. Daarnaast zijn inzichten vanuit een gedragsdeskundige, arts/psychiater en (GGZ) psycholoog of apotheker erg belangrijk om het juiste beeld te krijgen.



4. Welke zorg is nodig?

In deze stap wordt beredeneerd welke zorg nodig is, de invulling moet het logische gevolg zijn van de verkregen informatie uit de eerdere stappen. Het gaat hierbij om somatische interventies, psychosociale interventies en/of interventies op gebied van zelfzorgfuncties (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014).

Vragen die binnen deze stap centraal staan, zijn onder andere (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016):

1. Welke interventies zijn beschikbaar?
2. Welke effecten zijn er te verwachten en hoe groot zal dat effect zijn?
3. Welk bewijs is er dat deze interventie inderdaad effect heeft?
4. Wat is het aangrijpingspunt en het werkingsmechanisme van de interventie?
5. Is de interventie haalbaar (middelen, uitvoerbaarheid)?
6. Als de interventie aanvaardbaar voor de patiënt?

Hulpmiddelen

- Standaard Verpleegplannen voor de Geestelijke Gezondheidszorg op basis van verpleegkundige diagnoses (Van Vossen, 2016)
- GGZ Richtlijnen (Trimbos, z.d.)
- Wetenschappelijke literatuur
- Handboeken
- Kennis- en expertise centra, zoals het CCE
- Collega's consulteren
- Andere disciplines consulteren
- Wetgeving en ethiek: het beleid moet wettelijk en/of ethisch verantwoord zijn en kan sterk worden beïnvloed door de religie of cultuur van de patiënt



5. Welke resultaten kan je verwachten?

Het is belangrijk dat je als verpleegkundige het verwachte verloop van de ziekte kent. Zo kun je het in gang gezette zorgproces goed bewaken op te verwachten resultaten (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014).

Wat zal het (klinische) verloop zijn van het beleid? Wat is de prognose? Zijn er risico's voor de patiënt? Waar moet je rekening mee houden? Wat kun je op korte termijn verwachten en wat op lange termijn?

Bovenal geldt dat je over de prognose, de risico's en de complicaties van je beleid professioneel moet kunnen communiceren moet kunnen samenwerken met collega's, de patiënt en zijn naasten.

Vragen die binnen deze stap centraal staan, zijn onder andere (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016):

1. Welke lichamelijke, psychische en persoonlijke factoren (waaronder de oorzakelijke en gerelateerde factoren) beïnvloeden het verloop van het gezondheidsprobleem positief en welke negatief?
2. Welke externe factoren beïnvloeden het verloop van het gezondheidsprobleem positief en welke negatief?
3. Zijn die factoren alles bij elkaar opgeteld positief, neutraal of negatief?
4. Wat is het maximaal haalbare resultaat bij dit gezondheidsprobleem?



6. Evalueren

1.

Evaluatie van het proces, het product en structuur (Hesselink, 2013). Je kunt bijvoorbeeld het kwaliteitsmodel (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2014) gebruiken als redeneerhulp. Hiermee sta je stil bij de kwaliteit van het methodisch technisch handelen, de kwaliteit van de attitude van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening.

2.

Door middel van reflectie op je handelen, kennis en vaardigheden t.a.v. klinisch redeneren (bijvoorbeeld door middel van een reflectiemodel -cirkel).

3.

Evalueren of de zorg voldoet aan een visie, model of gedachtengoed dat onderliggend is aan de zorg die in de context verleend wordt. Denk bijvoorbeeld aan Herstel ondersteunende zorg of de visie en kernwaarden van een zorginstelling. Zijn jouw analyse en handelen in overeenstemming met de beoogde zorg? Je kunt hierin ook meenemen waar en wanneer er sprake was van een ethisch dilemma.



Bronnen

- American Psychiatric Association. (2013). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Bakker, M. & Van Heykoop ten Ham, C. (2014) Proactive Nursing: klinisch redeneren in zes stappen. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Bosch E, Suykerbuyk E, (2000) Als I. In de hermeneutische cirkel stappen.
- Clijssen M., Garenfeld, W., Kuipers, G. Loenen, E. van & Piere, M. van. (Reds). (2016). Leerboek. Psychiatrie voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Jonge Psychiater, z.d. Handig zakkaartje psychiatrie, geraadpleegd op 26 augustus 2020, van <https://dejongepsychiater.nl/themas/loopbaan/973-zakkaartje-leids>
- Dobber, J., Harmsen, J., & Van Iersel, M. (2016). Klinisch redeneren en evidence based practice. Weloverwogen besluitvorming door verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Dosen A, Groef J De. What is normal behaviour in persons with developmental disabilities? Adv Ment Heal Intellect Disabil. 2015;9(5):284–94.
- Fortior. (2021). Wat is normaal gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking? <https://www.fortior.info/blogs/is-normaal-gedrag-mensen-verstandelijke-beperking>
- Hengeveld, M., Schudel, W. (2014). Het psychiatrisch onderzoek (derde druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hesslink, J. (2013). Zo maak je een verpleegplan (eerste druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kormhout, D., et al. (2011). How should we define health? British Medical Journal, 343, d5163.
- Munten, G., Kuiper, C., Verhoef, J. (2016). Evidence-based practice voor verpleegkundigen: gezamenlijke, geïnformeerde besluitvorming (vierde druk). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Straalen, L., van & Schuurmans, M. (Reds.) (2016). Klinisch redeneren voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education, 45(06), 204 – 211.
- Tijdschrift voor Psychiatrie. (z.d.). Meetinstrumenten. Geraadpleegd op 16 april 2020, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten>
- Trifier. (2016). Het crisisontwikkelingsmodel Trifier. Geraadpleegd op 16 april 2020, van https://www.trifier.nl/files/saprea/het_crisisontwikkelingsmodel_versie_2016.pdf
- Trimbos (z.d.). GGZ Richtlijnen. Geraadpleegd op 16 april 2020, van <https://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- Verhees, P. (2016). Illness scripts: Een goed hulpmiddel bij klinisch redeneren. Tijdschrift voor Verpleegkundige experts, 126, 30–31.
- Van Vossen, M. (2016). Standaard Verpleegplannen voor de Geestelijke Gezondheidszorg op basis van verpleegkundige diagnoses. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Zaal, S., Boerhave, M. & Koster, M. (2008) Sociaal-emotionele ontwikkeling: Omschrijving fasen en bijbehorende begeleidingsstijl. van https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/licht_verstandelijke_beperking_fasen_Sociaal-emotionele-ontwikkeling_2008.pdf