

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSTIEK

DOOR DE SPV - EEN PLEIDOOI

Inleiding

Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen hebben weinig kennis omtrent verpleegkundige modellen en theorieën. Een grote groep van hen heeft voornamelijk leren denken vanuit agogische invalshoeken waarbij hun leeftijd (40 jaar en ouder) ook een rol speelt (Venneman 1997). Bij B-verpleegkundigen of HBO-ven in klinische setting bestaat deze kennis wel en wordt er ook veelvuldig mee gewerkt. Er bestaat bij hen een zekere consensus over de uitgangspunten en kwaliteitsnormen waaraan zo'n model dient te voldoen.

Dit artikel heeft als doel SPV-en kennis te laten maken met de ontwikkelingen en invalshoeken die hebben geleid tot het zoeken naar dit eenduidig begrippenkader.

Het artikel begint met een beschrijving van het verpleegkundig proces, de afzonderlijke fasen en een korte historische terugblik. Er wordt een vergelijking getrokken met de huidige manier van diagnosticeren binnen de sociaal psychiatrische verpleegkunde en er wordt gekeken in hoeverre het verpleegkundig begrippenkader nu terug te vinden is in de doorsnee werksituatie van de SPV. Na een kritische kanttekening op de huidige situatie volgt een korte casus om te laten zien hoe een sociaal psychiatrisch verpleegkundig behandelplan eruit zou kunnen zien. Het geeft duidelijkheid aan alle betrokkenen. Na een beschrijving van een m.i.na te streven situatie eindigt het artikel met conclusies en aanbevelingen.

Het verpleegkundig proces.

Evenals bij andere hulpverleningsprocessen is er natuurlijk sprake van een cyclisch besluitvormingsproces.

- a. **anamnese en diagnose**
- b. **de planning**
- c. **de uitvoering**
- d. **de evaluatie.**

Voortdurend worden gegevens

Dhr. Gert Jan Tweebeke

Auteur is B-verpleegkundige en sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Gert Jan werkt in de crisisdienst van de Meregaard, een MFE in Almere.

verzameld, geïnterpreteerd, geclusterd en benoemd. Het is een proces waarbij telkens sprake is van klinische oordeelsvorming en diagnostisch, therapeutisch en ethisch redeneren welke tot de dagelijkse activiteiten van iedere verpleegkundige behoren. Om tot een verpleegkundige (standaard)diagnose te komen is een anamnese noodzakelijk. De planning is afhankelijk van de diagnose, de doelen en gewenste resultaten, die vastgesteld zijn in samenwerking met de cliënt. Ook de interventies, werkwijze en tijdsperiode worden overeengekomen en/of vastgesteld. In de evaluatiefase wordt gekeken of het allemaal gelukt is. Vragen omtrent de juistheid van de

diagnose, de afspraken, de kwaliteit van de samenwerking en de randvoorwaarden worden gesteld. Het spreekt vanzelf dat moreel en ethisch besef een centrale rol in dit proces spelen. De afwikkeling van het verpleegkundig proces vereist vakkennis en ervaring

De anamnese volgens de Functionele Gezondheidspatronen van Gordon

Samenhangende informatie wordt verzameld. Deze informatie wordt gemanipuleerd (classificeren en interpreteren) tot informatie die begrepen wordt door alle betrokkenen.

Dit verloopt niet overal hetzelfde.

Het is o.a. afhankelijk van de vraag en het aanbod van de instellingen en de manier die is afgesproken om deze informatie te ordenen.

Verpleegkundigen verzamelen vaak informatie voor andere disciplines. SPV-en zijn bijvoorbeeld geschoold om informatie te verzamelen en te vertalen naar de DSM IV-

classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition).

Mede op grond van deze informatie worden uitspraken gedaan over de noodzaak van bepaalde behandelingen en interventies. Door hen worden gegevens verzameld over de gezondheid van een individuele cliënt, een gezin of een grotere groep mensen.

In de verpleegkunde wordt een anamnese vaak gestructureerd naar de Functionele Gezondheidspatronen. Volgens Gordon heeft iedereen bepaalde functiepatronen en dragen ze allen bij tot gezondheid, kwaliteit van leven en de verwerkelijking van mogelijkheden. Ieder patroon, zowel van individuen, gezinnen als buurten/ wijken brengt de lichamelijke, geestelijke en sociale integratie van de/ het cliënt/ systeem

tot uitdrukking. Ze ontstaan dus vanuit een wisselwerking tussen cliënt en omgeving en worden beïnvloed door lichamelijke, ontwikkelingsbepaalde, culturele, sociale en spirituele factoren. Ze zijn bij iedereen en overal aanwezig maar niet overal en voor iedereen gelijk. Een goede anamnese besteedt aandacht aan alle patronen. Geen enkel patroon kan worden begrepen zonder kennis van de andere patronen.

Aan de hand van de anamnese kunnen verpleegkundigen dan vaststellen welke patronen functioneel zijn (dit zijn vermogens en mogelijkheden) en welke disfunctioneel = **de verpleegkundige diagnose**.

De uitspraak wordt gekleurd door kennis van en inzicht in **de beïnvloedende factoren**. Ze is normatief, een reductie van de werkelijkheid.

Verpleegkundigen proberen door het doen van een dergelijke uitspraak een overzichtelijk en overdraagbaar kader te scheppen voor zichzelf en de cliënt. De beroepsgroep heeft als uitgangspunt dat de opvattingen van de cliënt t.a.v. leven, lijden, ziekte, sterven en dood gerespecteerd worden en stelt in de zorgverlening de belangen van de patiënt in de eerste plaats. Deze uitgangspunten kleuren de normatieve uitspraak. Zelf maak ik regelmatig gebruik van een door mij ontwikkelde uitgebreide vragenlijst, gestructureerd aan de functionele gezondheidspatronen. Met name patiënten in de "Langdurige Zorg" hebben vaak een lange geschiedenis. Om tot uitspraken over functionele en disfunctionele patronen te komen is het dan ook

belangrijk om ieder patroon zorgvuldig uit te vragen. Het kwam veelvuldig voor dat patiënten mij vertelden dat ze eindelijk eens de tijd kregen om hun verhaal te doen. Het uiteindelijk resultaat werd dan beschouwd als een belangrijk document in het dossier.

Vaak echter kom ik tot een diagnostische uitspraak op grond van op andere wijze verkregen informatie mede door de gewenste werkwijze van de instelling of het feit dat een te grote nadruk op gestructureerde wijze van informatie verzamelen zorgmijdende cliënten doet afhaken.

De functionele gezondheidspatronen van Gordon

- Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding
- Voedings- en stofwisselingspatroon
- Uitscheidingspatroon
- Activiteitenpatroon
- Slaap- rustpatroon
- Cognitie en waarnemingspatroon
- Zelfbelevingspatroon
- Rollen- en relatiepatroon
- Seksualiteits- en voortplantingspatroon
- Stressverwerkingspatroon
- Waarden - en levensovertuigingenpatroon

De verpleegkundige diagnose met zijn specifieke PES-structuur

De historie

Het is een betrekkelijk nieuw begrip. In de 50-er jaren paste men voor het eerste de wetenschappelijke methode van probleem oplossen toe. Men ging uit van het vaststellen van verpleegproblemen en de te volgen handelwijze. Voor het eerst werden ook niet door artsen

voorgeschreven interventies afgesproken en vastgelegd. In de 2^{de} helft van de jaren 60 kwamen de verpleegkundige theorieën en modellen op en ontstond het begrip

DE VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE (PROBLEMEN VAN PATIËNTEN)

Toen de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) het voortouw nam begon het e.e.a. een vlucht te nemen.

Alle verpleegkundigen kunnen, volgens een van de uitgangspunten van de NANDA, desgewenst deelnemen aan het ontwikkelen en classificeren van verpleegkundige diagnoses.

Ook in Nederland raakt het begrip ingeburgerd. Na een aanvankelijke bloeitijd van de verpleegkundige modellen ligt de nadruk nu meer op diagnoses, interventies en resultaten. Wel bestaat kritiek op de NANDA-diagnosen met name t.a.v. de validiteit omdat ze ontwikkeld zijn vanuit ervaringen van verpleegkundigen in de praktijk. Ook lijken bepaalde verpleegkundige diagnoses sterk op elkaar wat de gebruikswaarde kan beperken.

Toch is de ontwikkeling t.a.v. het eenduidige begrippenkader niet meer te stoppen. In 1996 werd het ontwerp WCC- standaard Classificatie van Diagnostische termen (CDV) in Nederland gepubliceerd. Bij de totstandkoming werd gekozen voor een indeling naar de Functionele Gezondheidspatronen en de terminologie van de ICIDH. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) publiceerde in 1980 de Internationale Classification of

Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Deze classificatie beschrijft de gevolgen van de in de ICD 10 (International Classification of Diseases) vastgelegde ziektes en heeft zelf drie deel-classificaties nl. de stoornissen, beperkingen en handicaps. Ook werd toen een voorlopige werkdefinitie voor een verpleegkundige diagnose vastgelegd(zie conceptuele werkdefinities).

Standaarddiagnosen

Internationaal maar vooral in de VS wordt gebruik gemaakt van door de NANDA vastgestelde diagnosen. In Amerikaanse verpleegkunde leerboeken worden naast de DSM IV- classificatie bijna altijd aangegeven welke NANDA-diagnosen aanwezig kunnen zijn. Er bestaan verschillende classificaties. De bekendste zijn de classificaties van de NANDA zelf en de Functionele Gezondheidspatronen van Gordon. In Nederland neemt men dus voorlopig de gezondheidspatronen van Gordon en de ICIDH classificatie als uitgangspunt voor het begrippenkader. Een eenduidig verpleegkundig begrippenkader kan de communicatie tussen de beroepsgroep onderling en andere disciplines effectiever maken en het maakt de complexe verpleegkundige praktijk inzichtelijk en overdraagbaar. Het reduceert de individuele norm van een verpleegkundige bij de vaststelling van de diagnose en in die zin is de zoektocht naar eenduidigheid t.a.v. verpleegkundige diagnoses te verklaren.

Conceptuele werkdefinities zijn:

Voorstel CDV:

Een verpleegkundige diagnose is een vaststelling van iemands feitelijke of mogelijke reacties op gezondheidsproblemen of levensprocessen op grond waarvan verpleegkundige zorg verleend kan worden.

(Deze conceptuele definitie spreekt van iemand. Er is hierover geen consensus. Een SPV doet wel diagnostische uitspraken over gezinnen of cliëntsystemen.)

Veel gebruikte internationale conceptuele definities zijn de volgende:

De NANDA werkdefinitie:

Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende levensprocessen. De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van verpleegkundige interventies.

De definitie van Gordon:

Een verpleegkundige diagnose, dat wil zeggen een klinische diagnose gesteld door een professionele verpleegkundige, beschrijft feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen, tot de behandeling waarvan de verpleegkundigen op grond van hun opleiding bevoegd en bekwaam zijn.

De structurele definitie

Hieromtrent bestaat nationaal en internationaal een zekere consensus. Het betreft een gezondheidsprobleem (**de P**), etiologische/ oorzakelijke en

samenhangende factoren (**de E**) en de signs and symptoms/bepalende kenmerken (**de S**).

Iedere gestelde verpleegkundige diagnose dient dan ook te voldoen aan deze zgn. PES-structuur.

De planning, de doelstelling, interventies en resultaten

Vanuit de diagnose wordt een **doelstelling** geformuleerd. Gekeken wordt naar wat in grote lijnen haalbaar is en of het bijvoorbeeld gaat om voorkomen van verdere terugval of tot werkelijk oplossen van het in de **P** genoemde probleem.

Vanuit dit wat ruimer, niet specifiek in gedragstermen geformuleerde doel wordt een verfijning gemaakt door te kijken in hoeverre de in de **S** genoemde kenmerken te beïnvloeden zijn. Deze wordt in meetbare gedragstermen opgeschreven en worden **Resultaten** genoemd.

Of het e.e.a. haalbaar is hangt af van de etiologische/oorzakelijke en samenhangende factoren (**E**). Vaak kun je zeggen dat interventies voortvloeien uit deze factoren maar de aanwezige capaciteiten van de verpleegkundige of de instelling zijn natuurlijk ook van belang. Ze worden in het behandelplan genoemd.

Internationaal is door de NIC (Nursing Interventions Classification een gestandaardiseerde lijst van termen waarin verpleegkundigen door hen uitgevoerde behandelingen beschrijven) een classificatie van interventies ontwikkeld waarbij toen ook NANDA-diagnosen gekoppeld zijn aan deze geclassificeerde interventies.

Ook bestaat internationaal een classificatiesysteem van zorgresultaten de zgn. NOC (Nursing Outcomes Classification). Het spreekt vanzelf dat deze koppeling van belang is voor het verder ontwikkelen

van het systematisch verpleegkundig handelen en de afbakening van de verpleegkundige beroepsdomeinen.

De uitvoering en de evaluatie

Tijdens de **uitvoering** blijft sprake van een proces van klinische oordeelsvorming. Bij de **evaluatie** wordt gekeken welke resultaten behaald zijn en op welke manier de diagnose en voorgestelde werkwijze hierop van invloed zijn geweest.

Hoe ziet het hulpverleningsproces van SPV-en eruit?

In wezen zijn er natuurlijk veel overeenkomsten met het verpleegkundig proces. Hoe het precies wordt vorm gegeven is natuurlijk afhankelijk van de doelgroep en doelstelling van het instituut waar de SPV-en werken.

Ze zijn in ieder geval regelmatig betrokken bij intake/indicatiestelling activiteiten.

In deze fase gaat het om signaleren, het verkrijgen en het verschaffen van informatie. Intake omvat alle activiteiten, gesprekken en overleg ter bepaling van de te verlenen hulp naar aard, duur en intensiteit ten behoeve van de cliënt. Een belangrijke activiteit is het verzamelen van gegevens voor het vaststellen van de DSM IV. Deze DSM IV is mede sturend voor het behandelaanbod. Het is een meerassig systeem met veel aandacht voor psychosociale factoren.

Er bestaat een koppeling met de ICD 10. Deze is dus gekoppeld aan de ICIDH 10. Aan de hand van een multidisciplinaire intakeprocedure wordt dan vastgesteld wat de hulpvraag is en welke discipline hiervoor wordt ingezet.

Over het algemeen werken SPV-en in

het ambulante veld. De meeste SPV-en zijn werkzaam bij RIAGG's maar dit is een veranderend beeld gezien de fusies in de GGZ. Over het algemeen richten SPV-en zich op de categorie laag frequente en relatief kortdurende psychosociale begeleiding, de categorie kortdurende, klachtgerichte steunend directieve hulp, medicamenteuze c.q. symptoomgerichte begeleiding en relatiegerichte steunend directieve hulp. De laatste jaren is er sprake van een verschuiving naar de oude doelgroep, de zogenaamde langdurig zorg afhankelijken in de diverse casemanagementprojecten. In vergelijking met andere disciplines hebben SPV-en vooral te maken met mensen die in een vastgelopen en geïsoleerde sociale situatie verkeren, die het ontbreekt aan toekomstperspectief en met wie een therapeutisch gesprek niet goed mogelijk is.

Er is doorgaans sprake van ernstige psychiatrische symptomatologie. De aard van de hulp wordt meestal getypeerd als steunend - structurerende hulp vaak gericht op materiële en immateriële problemen. Er wordt vooral gebruik gemaakt van directieve gesprekstechnieken, klachtgerichte oefeningen en structureren van dagelijkse bezigheden zonder hulp te geven bij de dagelijkse activiteiten. Een SPV bij jeugdzorg legt therapeutische accenten en bij ouderenzorg spelen coördinatie en netwerkbegeleiding een centrale rol.

Veel SPV-en zijn betrokken bij casemanagement maar dit begrip wordt niet eenduidig gedefinieerd en ook B-verpleegkundigen of maatschappelijk werkers voeren deze werkzaamheden uit.

SPV-en werken over het algemeen zelfstandig, schatten situaties in en

signaleren tijdig de noodzaak voor psychiatrische ondersteuning. Met name de autonomie en het veelvuldig werken met individuele cliënten en cliëntsystemen verschilt van de intramurale B-verpleegkundigen. SPV-en sluiten "behandelovereenkomsten" af met cliënten. In deze overeenkomst dienen een omschrijving van de klachten te staan, een hypothese, de voorgenomen methode en het beoogde resultaat.

Uit het onderzoek van Venneman (juli 1997) blijkt dat SPV-en zich onvoldoende geschoold achten t.a.v. methodisch werken en dat er een sterke nadruk ligt op het gebruiken van eigen inzichten, routines en intuïtie. Het zijn doeners en geen schrijvers. De indruk bestaat dat de doelgroep een grote claim legt op de SPV. Dit vertaalt zich o.a. in het matig, tot niet bijhouden, invullen en evalueren van behandelplannen. De administratie is een sluitpost. SPV-en hebben geen behoefte aan het vastleggen van hen handelen en een behandelplan wordt als beperkend ervaren t.o.v. de uitvoering en de interventies.

Er is weinig eenduidigheid en structuur in het begrippenkader en de gevolgde werkwijze te ontdekken. Binnen casemanagementprojecten is sprake van meer eenduidigheid maar ook daar wordt in beperkte mate gebruik gemaakt van het verpleegkundig begrippenkader.

SPV-en passen veelvuldig interventies toe uit verschillende gedragswetenschappen zoals systeeminterventies, directieve interventies, cognitieve therapie etc. Aan de toepassing van deze interventies en de hiervoor noodzakelijke metacommunicatieve vaardigheden wordt in de SPV-opleiding veel aandacht besteed. Ook in de dagelijkse praktijk besteden zij

veel aandacht aan het communicatieve aspect en gevoelig voor de context bij het plegen van interventies.

Mede door de veranderde wetgeving wordt nu meer aandacht besteed aan de dossiervorming.

Een dossier dient inzicht te geven in het geleverde product en de gevolgde werkwijze.

Het verpleegkundig begrippenkader wordt in de dossiers nauwelijks toegepast.

Samenvattend kun je zeggen dat er sprake is van een systematisch multidisciplinair hulpverleningsproces. De specifieke kwaliteiten en werkwijze van SPV-en zijn niet echt duidelijk te onderscheiden. Zelden wordt gebruik gemaakt van verpleegkundige theorieën of modellen. Er is enige ervaring met de toepassing van het Neumann Systems Model en het adaptatiemodel van Roy maar veelal wordt gebruik gemaakt van het begrippenkader en perspectief van andere disciplines in de GGZ.

Ook in de dossiers is het verpleegkundig begrippenkader nauwelijks doorgedrongen.

Veel aandacht wordt besteed aan de communicatieve benadering en weinig aandacht aan de instrumenteel - technische aspecten.

Kritiek

Het zal duidelijk zijn dat ik kritiek heb. Verpleegkundigen herkennen, analyseren en geven advies en bijstand t.a.v. feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt in het zodanig beïnvloeden van mensen dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden van gezondheid (beroepsprofiel NRV augustus 1995).

Dit geldt voor alle verpleegkundige beroepsgroepen en het is van belang om vanuit dit perspectief in multidisciplinaire teams uitspraken te doen over hetgeen verpleegkundigen in concrete situaties te bieden hebben. Het is duidelijk dat de DSM IV veel gegevens oplevert maar het is geen diagnose en bevat geen concrete aanwijzingen of uitspraken wat het zgn. verpleegprobleem is en waar de aangrijpingspunten voor de begeleiding en/of behandeling liggen. Een verpleegkundige diagnose doet dit wel. Mede doordat de beroepsgroep lang heeft gewacht met het beschrijven van de eigen methodiek is de SPV nu op het vijfde functieniveau gepositioneerd. Het rapport Gekwalificeerd voor de Toekomst beschrijft de nieuwe uitgangspunten voor de verpleegkunde opleidingen. HBO -verpleegkundigen en dus ook de SPV dienen volgens dit rapport in staat te zijn om in de meest uiteenlopende complexe en soms chaotische zorgsituaties hun vermogen, kennis en analytische, probleemoplossende en communicatieve vaardigheden op een professionele wijze toe te passen. Om aan deze standaard te voldoen is een begrippenkader ontwikkeld. SPV-en maken echter geen gebruik van het verpleegkundig begrippenkader en daardoor wordt voor anderen moeilijk zichtbaar welke specifieke kennis en vaardigheden door deze verpleegkundigen in de praktijk wordt gebracht. Het bemoeilijkt dus de communicatie. Niet allen de communicatie met andere verpleegkundige beroepsgroepen maar ook de onderlinge communicatie. Wat is nu precies sociaal psychiatrisch verpleegkundig handelen en hoe wissel je dit uit als je onderling niets hebt afgesproken welke verpleegkundige begrippen je gebruikt. In hetzelfde rapport wordt gesproken

over de waarde van de ICIDH. Deze ligt hierin, dat voor alle stoornissen, beperkingen en handicaps systematisch kan worden nagegaan of er interventies worden gepleegd, in welke volgorde, door wie en of de aandacht van de zorg - en hulpverleners evenwichtig is verdeeld over alle fasen van het proces (NRV, 1994). Het gaat hier om zeer veel soorten interventies, van veel verschillende disciplines. Deze classificatie biedt daarom handvatten ter verbetering van de afstemming van vraag en aanbod en multidisciplinaire samenwerking, waarin verpleegkundigen een eigen plaats innemen. Als de SPV zich als beroepsgroep in het veranderde krachtenveld wil profileren is het dus noodzakelijk om met dit begrippenkader te gaan werken want anders bepalen anderen wat wel of niet tot de domeinen van SPV-en behoort.

Door aan te sluiten bij het internationaal ontwikkelde verpleegkundige begrippenkader (de NANDA-diagnosen en de NIC-interventies) en actief te participeren in de ontwikkelingen t.a.v. het begrippenkader in Nederland (CDV) kunnen SPV-en zich onderling leren verstaan en ook aan anderen duidelijk maken welke specifieke kwaliteiten zij bezitten. Op deze wijze kan dan gewerkt worden aan het verder ontwikkelen en classificeren van in Nederland toepasbare standaarddiagnosen. De beschrijving van interventies en strategieën die door SPV-en worden toegepast t.a.v. psychiatrische en psychosociale problematiek in de eigen omgeving zullen naar mijn overtuiging, een verrijking betekenen voor het verpleegkundig kennisdomein. Door gebruik te maken van standaarddiagnostiek en het beschrijven van de interventies en deze vervolgens te toetsen op toepasbaarheid en behaalde resultaten kan wellicht een toename van het aantal

behaalde doelen worden bereikt. Dit alles betekent niet dat wij onze pragmatische en onbevangen grondhouding hiermee zullen verliezen. Het is een specifieke kwaliteit om pragmatisch en onbevangen te handelen en deze kwaliteit zal niet verloren gaan door systematisch te handelen volgens door de eigen beroepsgroep ontwikkelde methoden en uitgangspunten. De werkelijkheid is altijd complexer dan in welk behandelplan of verpleegplan valt vast te leggen. Ook gezien de transmuralisering waarbij cliënten regelmatig gebruik maken van intramurale voorzieningen is het belangrijk om aan te sluiten op elkaars begrippenkader. Intramuraal hebben B-verpleegkundigen meer ervaring met diagnostiek en het systematisch verpleegkundig handelen wellicht omdat de hierin opgeleide HBO-V-en dit langzaam maar zeker hebben kunnen implementeren.

De GGZ vraagt een evidence based bedrijfsvoering. In rap tempo worden elektronische dossiers ontwikkeld. Het is een goede zaak zijn als deze dossiers de systematisch (sociaal) psychiatrische verpleegkundige verpleging als product en proces kunnen weergeven.

Een kort voorbeeld

Het betreft hier een casemanagementpatiënt die enige jaren in en volstrekt isolement heeft geleefd, zonder medicijnen en een volstrekte verwaarlozing van zichzelf en zijn omgeving. Cliënt werd dan ook aangemeld door een medewerker van een zgn. Vangnetproject. Zijn ouders proberen al jaren de "gaten te dichten" maar zijn op een leeftijd dat dit hen steeds zwaarder valt. Alle pogingen om deze patiënt regulier in zorg te krijgen zijn niet gelukt. Na een actieve benadering vanuit de crisisdienst werd

deze cliënt voor het casemanagement geïndiceerd waarbij hij uiteindelijk koos voor een vrijwillige opname. Toen hij eenmaal opgenomen was werd snel duidelijk dat hij zelf niet meer zelfstandig wilde wonen maar dat plaatsing binnen een RIBW vanwege alcohol en drugsgebruik niet mogelijk zou zijn.

Hieronder ziet U een voorbeeld hoe de gezamenlijke werkwijze wordt vorm gegeven.

Voor wat betreft de structuur van het plan maak ik gebruik van de standaardstructuur voor verpleegplannen zoals deze is ontwikkeld door van Vossen. De in haar boek beschreven interventies zijn vooral klinisch gericht waardoor ik altijd genoodzaakt ben deze opnieuw te benoemen. De diagnose heeft een label en een definitie zoals die in de loop der jaren is geformuleerd n.a.v. onderzoeken en gebruikmaking van de ICDH.

Het hieronder beschreven sociaal psychiatrisch verpleegkundig behandelplan is uitgangspunt voor de behandeling en als gesproken wordt over de kliniek betekent dit een kliniek binnen een MFE waar de SPV de totale zorgcoördinatie in alle fasen vorm kan blijven geven.

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE

P: Verwardheid (ICDH S 17.8)

Definitie: Stoornis in de gedachtegang die zich uit in een gebrek aan helder en logisch denken

E:

- Achterdocht/paranoïde schizofrenie.
- Sociaal isolement
- Emotionele onvolwassenheid
- Egocentrisch gedrag
- Gebrekkige gezinscoping met name moeder wordt verteerd door zorgen om haar zoon en heeft veel moeite

om het leven zin te geven. Er is sprake van onvoldoende individuatie. Veel boosheid naar hulpverleners en het idee dat ze uiteindelijk weer in de steek gelaten zullen worden.

S:

- Verkeerd interpreteren van gebeurtenissen
- Inadequaat antwoorden op vragen
- Rusteloos gedrag
- Snel afgeleid
- Een situatie of gebeurtenis niet juist kunnen weergeven
- Van de hak op de tak springen
- Onderbreken van een verhaal van een ander
- Zich afzonderen
- Angstig en onrustig zijn
- Beschuldigende opmerkingen over en naar anderen
- Mijden van de contacten buitenshuis
- Weinig of geen vertrouwen hebben in de ander
- Inadequaat aangaan van sociale contacten en sterk gericht zijn op (hard)drugscene.
- Zelfzorgtekorten met name t.a.v. huishouden:
 - S Kan niet met geld omgaan
 - S Kookt niet tot nauwelijks voor zichzelf
 - S Huis is altijd chaotisch en vaak smerig. Dit herhaalt zich binnen de kliniek

DOEL:

Cliënt is minder verward en heeft voldoende vaardigheden om zich binnen een RIBW te kunnen handhaven

INTERVENTIES:

Directe zorg:

1. Tijdens klinische opname ondersteunen in de dagelijkse verzorging door de verpleging kliniek.

2. Begeleiding bij contacten buiten de leefomgeving en toewerken naar duidelijkheid omtrent uitkering door de casemanager
3. Dagprogramma door verpleging kliniek
4. Voorlichting over depot door casemanager, arts kliniek en LZA.

Training:

1. Duidelijke en eenvoudige instructies geven door allen
2. Vertel wat er gebeurt en wat er van patiënt wordt verwacht door allen
3. Tijdsoriëntatie voornamelijk door de verpleging kliniek
4. Uniforme dagstructuur door verpleging kliniek
5. Psycho-educatie aan familie en loskoppelen van bemoeizorg ouders naar bewindvoerder door de casemanager
6. Muziektherapie door de muziektherapeut

Boordeling:

- 1) Alle betrokken hulpverleners rapporteren omtrent situaties die verwardheid doen toenemen
- 2) Alle betrokken hulpverleners rapporteren omtrent ADL en beoordelen in hoeverre activiteiten door de verwardheid worden beïnvloed

Management van de persoonlijke zorg:

- Voorkom te veel verandering in de omgeving (angstreductie) **door allen**
- Steunende grondhouding
- Ga uit van beperkingen en wijs op oppakken verantwoordelijkheden
- Bemoeizorg attitude

RESULTATEN:

Cognitief:

- Erkent verwardheid
- Vindt medicatie noodzakelijk

- Kiest voor depot als de beste optie
- Ziet de negatieve gevolgen van drugs- en drankgebruik in.

Affectief/sociaal:

- Ervaart een vermindering van agitatie en frustratie
- Is ontspannen ondanks de beperkingen

Psychomotorische:

- Ik houd me aan mijn dagprogramma
- Ik gebruik geen alcohol
- Ik gebruik geen drugs
- Ik gebruik depotmedicatie
- Ik kan met geld omgaan

Hoe zou het anders kunnen?

De Functionele Gezondheidspatronen zijn goed bruikbaar als anamnese – instrument wanneer een team voornamelijk uit verpleegkundigen bestaat. Is er sprake van een interdisciplinaire informatieverzameling dan is het van belang om, naast de DSM IV een verpleegkundige diagnose vast te stellen. Hierdoor valt beter te onderbouwen waarom specifieke SPV-begeleiding wel of niet geïndiceerd is. Indien SPV-hulpverlening is geïndiceerd kan vanuit een standaarddiagnose het behandelplan geformuleerd worden. Tevens moet duidelijk te zijn welke interventies /(be)handelingen niet tot de competentie of eindverantwoording van de SPV behoort. Deze worden beschreven als multidisciplinaire interventies of als specifieke verantwoordelijkheid van een andere discipline. Voor de uitvoering dient de werkwijze goed met de cliënt te zijn doorgesproken. De diagnose en de van daaruit geformuleerde doelstellingen kunnen dan gebruikt worden bij de onderhandelingen met de cliënt over de voorgenomen werkwijze. Het maakt duidelijk welke verpleegkundige (be)handelingen plaats zullen vinden en dat zij zich vooral bezighouden met

stoornissen, beperkingen en handicaps zodat wellicht te hoge verwachtingen omtrent de mogelijkheden getemperd kunnen worden.

Tijdens de uitvoering moet de aandacht voor de meta-communicatieve aspecten, de context van de uitvoering en de morele en ethische aspecten centraal blijven staan.

Conclusies en aanbevelingen

Het is dus mogelijk om standaarddiagnosen in de praktijk toe te passen. Gemakkelijk toepasbaar is het echter nog niet. Er dient dan nog een hoop werk verricht te worden. Het specifiek verpleegkundige is binnen de sociaal psychiatrische verpleging moeilijk terug te vinden. Men maakt nauwelijks gebruik van verpleegkundige modellen en/of theorieën. Gezien de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en de verpleegkundige opleidingen denk ik dat SPV-en toch een begin moeten maken.

De overheid wil een evidence based GGZ. Vanuit dit perspectief en het feit dat het centrale product nu juist het verpleegkundig zorgproduct is, verwacht ik een ontwikkeling waarin kansen liggen voor een duidelijker profilering van het "verpleegkundig zorgproduct." Het omschrijven van dit "product" middels een vastgesteld begrippenkader geeft inzicht in de uitgangspunten van verplegen, wat verpleegkundigen doen, welke kwaliteiten hiervoor vereist zijn en hoeveel dit dan kost.

Daarom is het belangrijk dat het begrippenkader gekoppeld wordt aan de opgebouwde kennis- en vaardigheden van SPV-en. Dan ontstaat inzicht in de specifieke kwaliteiten en competentie van deze verpleegkundigen. Ook de uitgangspunten voor een specifieke verpleegkundige (be)handeling wordt

dan inzichtelijk. Dit geldt dan zowel voor SPV-en onderling maar ook voor andere verpleegkundigen en beroepsgroepen in de Gezondheidszorg. Een gedeeld begrippenkader (en dus ook de diagnose) bewerkstelligt uiteindelijk een heldere communicatie.

Ook de vaardigheid om de diagnose te vertalen naar de cliënt toe, moet uitgebouwd worden.

Mij blijkt in ieder geval dat dit goed te doen is.

Door middel van doelbewuste redeneringen en daaruit volgende uitspreken kunnen bij casuïstiek besprekingen de verschillende vaardigheden worden op- en uitgebouwd. Of standaarddiagnosen dan tot inzichtelijke behandelplannen zullen leiden zal de toekomst moeten uitwijzen. Ik denk dat dit zeker het geval kan zijn.

Om dit mogelijk te maken zal een goed opgebouwd anamneseschema moeten worden ontwikkeld voor de sociale psychiatrie mede aan de hand van vooronderstellingen t.a.v. veel voorkomende diagnoses. De NANDA-diagnosen en de in Nederland gemaakte vertalingen van Gordon en Carpenito kunnen hierbij ondersteunend zijn evenals de reeds ontwikkelde standaardverpleegplannen voor de GGZ van Van Vossen.

Ook zal de beroepsgroep duidelijk moeten maken dat dossiers de verpleegkundige werkwijze en uitgangspunten dienen weer te geven. In het dossier moeten dan standaarden en criteria worden afgesproken over de weergave van het verpleegkundig proces. Het is m.i. te verdedigen om dossiers in te richten naar het verpleegkundig proces als het product voornamelijk door SPV-en wordt vorm gegeven. Pas dan is het mogelijk het proces in al zijn fasen en facetten goed te evalueren. Pogingen om het primaire

proces binnen de ambulante en transmurale zorg volgens de Functionele Gezondheidspatronen vast te leggen zullen ondernomen moeten worden. De waarde en kwaliteit van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige hulpverlening kan dan vastgesteld en

gemeten worden. Ik heb mezelf voorgenomen om deze ontwikkelingen te ondersteunen. Ik hoop n.a.v. dit artikel in ieder geval medestanders te vinden om hiermee aan de gang te gaan.

Literatuur

- Bakker, J.J. en Grand- van den Boogaard, M.J.M. Le, Verpleegkundig beroepsprofiel, Augustus 1995.
- Beenackers, A.A.J.M., Voorstel Dossiervorming, Eburon, Delft 1995.
- Carpenito, Lynda Juall, Zakboek Verpleegkundige Diagnosen, Wolters Noordhoff 1998.
- Commissie Kwalificatiestructuur, Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur voor eindtermen verpleging en verzorging, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer, Rijswijk. Juni 1996.
- Eliens, Aart, Psychiatrische Verpleegkunde nu en straks, MGv oktober 1997.
- Gordon, M., Verpleegkundige diagnostiek, proces en toepassing, De Tijdstroom Utrecht, 1996.
- Gordon, M., Handleiding Verpleegkundige diagnostiek, De Tijdstroom Utrecht.
- Hoof, Frank van en Wolf, Judith, Beroep SPV, NcGv, Utrecht Maart 1995.
- Janosik, Ellen H. and Davies, Janet L., Mental Health and Psychiatric Nursing, Little Brown and Company Boston 1996.
- McCloskey, Joanne C. en Bulechek, Gloria M., Verpleegkundige Interventies, Elsevier, de Tijdstroom 1998.
- Napel, Ten, Ontwerp WCC Standaard Classificatie van diagnostische termen voor de Verpleegkunde, WCC Zoetermeer 1996.
- NRV, Vooronderzoek eenduidig verpleegkundig begrippenkader, November 1993.
- Palm, A.F.B.L., De opleiding tot Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, 1970-1995..., Universiteit van Maastricht maart 1997.
- Polderman, Firmin en Redelijkheid, Geert de, SPV Verpleegkundig Professional in de GGZ, NVSPV Sociale Psychiatrie Maart 1998.
- Venneman, Ben, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en het werken met behandelplannen, Hogeschool van Utrecht en School of Nursing Studies University of Wales Juli 1997.
- Verenigingsnieuw Bestuur SPV, NVSPV Sociale Psychiatrie Maart 1998.
- Vossen, Marie Louise, Standaardverpleegplannen voor de geestelijke gezondheidszorg. Het proces en het product, Elsevier De Tijdstroom 1999.
- WCC-werkconferentie, Begrippenkader Verpleegkunde, Verslag 26 maart 1993.