H.J. Gelmers

Neurologie
voor verpleegkundigen

koninklijke van gorcum

Neurologie voor verpleegkundigen

Neurologie voor verpleegkundigen

H.J. Gelmers

12e druk

2017 koninklijke van gorcum

NUR 876, 897

ISBN folioboek 978 90 232 5519 2
ISBN ebook 978 90 232 55 20 8

1e druk 1979
2e, herziene druk 1983
3e druk 1988
4e, herziene druk 1992
5e, herziene druk 1997
6e, herziene druk 1998
7e, geheel herziene druk 2002
8e, herziene druk 2006
9e, geactualiseerde druk 2008
10e, herziene druk 2010
11e, geheel herziene druk 2014
12e herziene druk 2017

Voor de toegang tot het online materiaal bij deze uitgave kunt u inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl en vervolgens zoeken op de titel 'Neurologie voor verpleegkundigen' of via het vakgebied 'Verpleegkunde' op de homepage.

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen
Grafische verzorging: LINE UP boek en media bv, Groningen
Omslagontwerp: Kim Boeren, Viesrood grafisch en interactief ontwerp, Zwolle
Druk: Drukkerij Van Gorcum, Assen

Inhoud

Voorwoord

Bij de zevende druk

Het boek *Neurologie voor verpleegkundigen* heeft een ingrijpende wijziging ondergaan doordat deel I Het verpleegkundig proces van de neurologische patiënt, een deel dat uit vijf hoofdstukken bestaat, is toegevoegd. Uitgangspunt is niet het medisch denken en handelen, maar het verpleegkundig proces. In deel I worden de verschillende fasen van het verpleegkundige proces bij de neurologische patiënt besproken. De nadruk ligt daarbij op het verzamelen van gegevens: de verpleegkundige anamnese en het verpleegkundig onderzoek. Dit vereist bij neurologische patiënten bijzondere vaardigheden. Met voorbeelden en casus wordt op het aanleren van die vaardigheden ingespeeld, met het maken van opdrachten kan de student de vaardigheden oefenen. Door deze inhoudelijke en didactische aanpassingen sluit het boek beter aan op de opleiding van verpleegkundigen.

Vervolgens worden in deel II de belangrijkste neurologische ziektebeelden besproken. De theorie met betrekking tot deze ziekten is geactualiseerd.

Het boek besluit met een beknopt overzicht van de anatomie en de fysiologie van het zenuwstelsel, bedoeld als een recapitulatie van reeds bekende leerstof.

Zonder de diepgaande discussies met de heren Friedus van der Minne en Geert Teerling, beiden neuroverpleegkundigen, zou deel I van het boek niet tot stand zijn gekomen.

Drs. Meta Kampen, redacteur van Koninklijke Van Gorcum, maakte vele kritische kanttekeningen, uniformeerde het taalgebruik en gaf belangrijke aanwijzingen bij de vormgeving.

Neurologie voor verpleegkundigen is een basisboek, in de eerste plaats bedoeld voor verpleegkundigen in opleiding op de kwalificatieniveaus 4 en 5. Daarnaast kan het ook dienen als naslagwerk voor verpleegkundigen op een neurologische afdeling, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, arbeidstherapeuten, logopedisten en alle andere hulpverleners in de gezondheidszorg die met neurologische patiënten in aanraking komen.

Voorjaar 2002
Dr. H.J. Gelmers

Bij de tiende druk

Deze tiende druk is ten opzichte van de vorige druk aanzienlijk geactualiseerd en aangepast aan de nieuwste inzichten. Met name is het hoofdstuk over vaatziekten van de hersenen grotendeels herschreven, met aandacht voor de recente ontwikkelingen bij de behandeling, preventie en hedendaagse zorgverlening, en de rol van de verpleegkundige bij de acute opvang van de patiënt met een beroerte en bij de neurorevalidatie. Daarnaast zijn de inzichten over multipele sclerose in overeenstemming gebracht met de huidige stand van zaken en komen nieuwe inzichten in de behandeling van epilepsie en rond het bestrijden van pijn ter sprake.

Zomer 2010
Dr. H.J. Gelmers

Bij de elfde druk

In de elfde druk is de tekst opnieuw aangepast aan nieuwe ontwikkelingen en opvattingen, hoewel de opzet van het leerboek dezelfde is gebleven. Er zijn aanzienlijke wijzigingen in de tekst aangebracht en een aantal figuren is vervangen of ter verduidelijking toegevoegd zodat bijna alle hoofdstukken zijn

herschreven, beter ingedeeld en aangepast aan veranderde inzichten. Enkele hoofdstukken zijn gesplitst (neurotraumatologie en vaatziekten) en er is aandacht besteed aan neurorevalidatie en neuropalliatie, hoewel beide gebieden nogal in beweging zijn wat opvattingen betreft.

Een steeds belangrijkere plaats krijgen beoordelingsschalen, screeningsinstrumenten, enzovoorts, om afwijkingen vast te leggen of er juist op te screenen. Hoewel vrijwel alle meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor wetenschappelijk onderzoek en maar beperkt toepasbaar zijn in de neurologische praktijk van alledag, wordt er niettemin veel gebruik van gemaakt. Deze meetinstrumenten zijn nu ondergebracht in een apart hoofdstuk (appendix) omdat de toelichting de tekst nogal verstoorde. De neurologie is sterk in beweging: er is een enorme toename van kennis, diagnostische technieken en therapeutische mogelijkheden. Voor een niet onbelangrijk deel hangt dit samen met een sterke groei van de neurowetenschappen en sterke popularisering daarvan, niet in het minst door toedoen van de media, wat heeft geleid tot een grote belangstelling voor 'breinkennis'. Een wel gehoorde kritiek op dit leerboek is dat aandacht daarvoor nagenoeg ontbreekt. Dat de neurowetenschap grote stappen voorwaarts heeft gezet in het begrijpen van het functioneren van het normale zenuwstelsel is onmiskenbaar, maar of deze kennis van direct belang is voor de dagelijkse praktijk van 'handen aan het bed', de kerntaak van het verpleegkundig handelen, is nog maar de vraag. Dat is de reden waarom het 'schoenmaker blijf bij je leest'-principe wordt gevolgd en de resultaten van neurowetenschappelijk onderzoek niet of nauwelijks worden besproken. Overigens is voor belangstellenden de weg daarnaar gemakkelijk toegankelijk gemaakt.

Wij menen dat door de aanpassingen aan de nieuwe ontwikkelingen en opvattingen het boek goed toegankelijk blijft voor de doelgroep: verpleegkundigen in opleiding op de kwalificatieniveaus 4 en 5. Voor opmerkingen en suggesties houden wij ons zeer aanbevolen.

December 2013
Dr. H.J. Gelmers

Bij de twaalfde druk

De opzet en indeling van de 12e druk is gelijk aan die van de vorige druk, maar de tekst is aangepast aan de laatste inzichten, richtlijnen en onderzoeksresultaten zoals die in Nederland en België worden gehanteerd. De zorgvuldige verwerking van ontvangen lezerssuggesties zorgt ervoor dat het boek nauw aansluit bij de informatiebehoefte in het onderwijs en in de dagelijkse praktijk.

De opmaak heeft een verandering ondergaan: het formaat is enigszins gewijzigd, terwijl een steunkleur de opmaak verder verlevendigt.

Het leerboek is uitgebreid met online materiaal, waaronder een samenvatting per hoofdstuk en antwoorden op opdrachten. Bij diverse onderwerpen worden extra's op de leerstof aangeboden in de vorm van korte teksten of handige verwijzingen naar andere bronnen.

Om het boek leesbaarder te maken zijn de meetinstrumenten (de verschillende scoringslijsten en -schalen) en de toelichting daarop naar de online omgeving verhuisd. Ook de literatuurlijst die verwijst naar andere studieboeken, naslagwerken of internetadressen wordt online gepresenteerd.

Verpleging is een stevige professie met een laagje wetenschap. Dat houdt echter niet in dat een belangrijke verdieping in de functie van het centrale zenuwstelsel aan de orde komt. Dat is en blijft het terrein van de neurowetenschappen, die niet in het bestek passen van een meer algemene opleiding neurologie voor verpleegkundigen.

Wij menen dat door de aanpassingen in het boek en door de toevoeging van additioneel online materiaal de doelgroep, verpleegkundigen in opleiding op de kwalificatieniveaus 4 en 5, een bijdetijdse leer- en leesstof wordt geboden die de basis vormt voor het bieden van kwalitatief goede zorg.

Voor opmerkingen en suggesties houden wij ons ten zeerste aanbevolen.

Voor toegang tot het online materiaal kun je inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl, en vervolgens zoeken op de titel *Neurologie voor verpleegkundigen* of via het vakgebied 'Verpleegkunde' op de homepage.

Januari 2017
Dr. H.J. Gelmers

Lijst van gebruikte afkortingen

µm	micrometer, 10^{-6} meter
ACh	acetylcholine
AChR	acetylcholinereceptor
ADEM	acute disseminated encephalo myelitis (acute gedissimineerde encefalomyelitis)
ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
AF	amaurosis fugax
aids	acquired immuno defiency syndrome
ALS	amyotrofische lateraalsclerose
ASA	acetylsalicyl acid (aspirine)
BEAP	brainstem evoked auditory potentials
BSE	bovine spongioforme encefalopathie
CBF	cerebral blood flow
CPD	cerebrale perfusiedruk
CT	computertomografie
CTA	CT-angiografie
CRPS	complex regionaal pijnsyndroom
DAI	diffuse axonal injury
DIP	dipyridamol
DOS	delierobservatieschaal
EDSS	Expanded Disability Status Scale
EEG	elektro-encefalogram
EMG	electromyogram
EVD	externe ventrikeldrainage
GBS	guillain-barrésyndroom
GCS	Glasgow comaschaal
GOS	Glasgow Outcome Scale
H&H	(schaal van) Hunt & Hess
HI	herseninfarct
Hib	Hemophilus influenzae type b
hiv	humaan immunodeficiëntievirus
HNP	hernia nuclei pulposi
HTG	hematotachografie (Doppler-sonografie)
HV	hyperventilatie
5HT	5-hydroxytryptamine
ICD	intracraniële druk
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
im	intramusculair
INR	International Normalised Ratio, maat die aangeeft hoe het staat met de stolbaarheid van het bloed
iv	intraveneus
kCal	verouderde eenheid van energie, vervangen door kJ
kJ	kilojoule, eenheid van energie
LFP	lichtflitsprikkeling
LMWH	low molecular weight heparin
LRS	lumbosacraal radiculair syndroom
LSH	licht schedelhersenletsel
MDO	multidisciplinair overleg
MG	myasthenia gravis
MID	multi-infarctdementie
MMSE	mini-mental state examination
MPTP	methyl-phenyl-tetrahydropyridine, neurotoxische stof die parkinsonisme veroorzaakt
MRA	magnetische-resonantie-angiografie
MRC	Medical Research Council
MRI	magnetic resonance imaging (magnetische-resonantie-beeldvorming
MRSA	multipele resistente stafylococcus aureus

MS	multipele sclerose
mV	millivolt
NAH	niet-aangeboren hersenletsel
NANDA-I	NANDA International (voorheen North American Nursing Diagnosis Association)
NDT	neuro developmental treatment
NIC	nursing intervention classification
nm	nanometer, 10^{-9} meter
NSAID	non-steroid anti-inflammatory drug
Pa	Pascal, eenheid van druk
pCO2	koolzuurspanning
PEG	percutane endoscopische gastrostomie
PES	P: (health) problem, E: ethiological (or related) factors, S: signs and symptoms
PET	positronemissietomografie
PIC	posttraumatische intracraniële complicaties
PML	progressieve multifocale leuco-encefalopathie
PTA	posttraumatische amnesie
PTSS	posttraumatische stressstoornis
RF	radio frequency
RR	Riva Rocci, methode om de bloeddruk te meten
RSU	revalidatiecentrumstroke-unit
SAB	subarachnoïdale bloeding
SAH	subarachnoid hemorrhage
sc	subcutaan
SCU	stroke care unit
SEP	somatosensory evoked potentials
SPECT	single photon emission computed tomography
TIA	transient ischemic attack

Inleiding

In deze inleiding wordt kort ingegaan op het specialisme neurologie en op de neurologische kennis die je nodig hebt om patiënten met neurologische ziekten te kunnen verplegen. Bovendien wordt de opbouw van het boek beschreven zodat je weet hoe je met dit boek kunt werken.

Over neurologie

Tijdens je praktijkstage op de neurologische afdeling krijg je te maken met allerlei verschillende patiënten. Je verpleegt mensen met een halfzijdige verlamming, maar ook onrustige patiënten die herstellen van de gevolgen van een schedelongeval. Je komt bij een patiënt met heftige pijn in één been en pijn in de rug. Je ziet kale patiënten die zijn geopereerd omdat ze een gezwel in hun hoofd hadden. De patiënten lijken nogal uiteenlopende verschijnselen en klachten te hebben die op het eerste gezicht niets met elkaar te maken hebben. Toch is dat niet zo, want al deze patiënten hebben iets gemeen: ze hebben een ziekte van het zenuwstelsel.

Het zenuwstelsel bestaat uit het centrale en het perifere zenuwstelsel en de directe omhullingen daarvan (de hersenvliezen). Ziekten van het zenuwstelsel worden tot de neurologie gerekend. Ook aandoeningen van de spieren behoren tot de neurologie. Neurologie is een medisch specialisme. Artsen die dit specialisme uitoefenen (neurologen) leggen zich toe op de diagnostiek en behandeling van patiënten met ziekten van het zenuwstelsel. Verpleegkundigen op een neurologische afdeling leggen zich toe op de verpleging van neurologische patiënten.

De neurologie heeft nogal wat raakvlakken met andere specialismen, vooral met de psychiatrie en de interne geneeskunde. Zo zul je zien dat, om een voorbeeld te noemen, vrijwel iedere patiënt met een gezwel van de hersenen psychische afwijkingen vertoont. Vaak zijn dit soort afwijkingen daar zelfs de eerste uiting van. Omgekeerd zul je weleens patiënten verplegen met verlammingsverschijnselen van een arm of been, waarvoor geen neurologische verklaring kan worden gevonden. De oorzaak wordt dan gezocht in een bepaalde psychische gesteldheid van de patiënt. Dit betekent dat een aantal hersenziekten zich kunnen presenteren met psychiatrische verschijnselen, terwijl neurologische verschijnselen soms berusten op psychiatrische stoornissen. Ook kan het voorkomen dat een ziekte van de inwendige organen neurologische verschijnselen veroorzaakt. Ziekten van de maag kunnen loopstoornissen veroorzaken en een onschuldig lijkend doof gevoel aan de benen kan een alarmsignaal blijken te zijn van kanker.

Neurologische ziekten bij kinderen horen thuis bij de kinderneurologie. De kinderneurologie onderhoudt nauwe betrekkingen met de kindergeneeskunde. Neurologische ziekten bij kinderen komen in dit boek niet of nauwelijks ter sprake omdat het als een aparte discipline wordt beschouwd en van de verpleegkundige bijzondere vaardigheden en kennis vraagt.

Voor een aantal neurologische ziekten is een operatieve behandeling aangewezen. Operaties aan het zenuwstelsel worden veelal uitgevoerd door de neurochirurg. Neurochirurgie is een medisch specialisme dat sterk verwant is aan de neurologie,

waarin men zich toelegt op de chirurgische behandeling van ziekten van het zenuwstelsel.

Met andere specialismen deelt de neurologie aandachtsgebieden, zoals de oogheelkunde, de keel-, neus- en oorziekten, de dermatologie, de orthopedie en de traumatologie. Omdat functiestoornissen bij neurologische aandoeningen vaak voorkomen, zijn de contacten met de revalidatiegeneeskunde van groot belang. Een aantal neurologische ziekten komt vooral bij oudere mensen voor. Daarom is tegenwoordig, bij een sterk vergrijzende bevolking, de samenwerking met de geriatrie van steeds grotere betekenis.

De verpleegkundige en de neurologie

Het beroepsprofiel van de (basis)verpleegkundige beschrijft welke vaardigheden je nodig hebt om kwalitatief verantwoorde, effectieve en efficiënte zorg te verlenen. Tot het functieprofiel van de basisverpleegkundige behoort een zekere mate van competentie en vakbekwaamheid om neurologische patiënten te kunnen verplegen.

Er worden echter steeds hogere eisen gesteld aan die competentie en vakbekwaamheid. Er is dan ook een tendens tot een zekere mate van specialisatie binnen de verpleegkunde waarneembaar. De laatste jaren is er een aantal ontwikkelingen gaande, ook in de neurologische verpleegkunde, die hebben geleid tot wat een verpleegkundig specialist (nurse practitioner) wordt genoemd, een relatief nieuwe functie in het huidige gezondheidszorgstelsel. Er zijn inmiddels vijf beschermde (BIG-geregistreerde) verpleegkundige specialistentitels, onder andere in de preventieve, acute, intensieve en chronische zorg, alsmede de geestelijke gezondheidszorg. Binnen deze specialismen zijn wat betreft de neurologie onder andere een parkinson-, een MS-verpleegkundige en een 'stroke-nurse' te onderscheiden. De taak van de verpleegkundig specialist ligt niet alleen meer in de directe patiëntenzorg, maar ook in de deskundigheidsbevordering, de voorlichting, het consulentschap, enzovoort.

Inmiddels is daarvoor ook een wettelijke grondslag door een aanpassing van de Wet BIG. Een en ander is nog volop in ontwikkeling. Er zal een algemeen competentieprofiel voor de verpleegkundig specialist komen, waarna specifieke deelgebieden van de verpleegkunde zullen worden aangewezen als specialisme met daaraan gekoppeld de omschrijving van dat specialisme, het specialismegebonden competentieprofiel en de voorbehouden handelingen behorend bij het specialisme.

OPDRACHT

Oriënteer je nader op bovenstaande ontwikkelingen en gebruik daartoe enkele verwijzingen die je in de literatuurlijst aantreft.

Dit boek biedt de informatie die nodig is om voldoende neurologische vakbekwaamheid op te doen als basisverpleegkundige, maar ook als neuroverpleegkundige. Ook komen verpleegkundige aangelegenheden ter sprake die het domein van de verpleegkundig specialist betreffen.

De opbouw van dit boek

In deel I van dit boek worden de verschillende fasen van het verpleegkundig proces van de neurologische patiënt besproken. Je leert daarbij de specifieke vaardigheden die je nodig hebt om een anamnese bij patiënten met neurologische klachten af te nemen en een onderzoek naar de neurologische verschijnselen te verrichten. Het doel is immers dat je met de gegevens uit de anamnese en het onderzoek het verpleegkundig proces gestalte geeft. In deel II *Neurologische ziekten* worden de met deze vaardigheden verkregen gegevens toegepast en geïntegreerd.

In deel II worden de belangrijkste neurologische ziektebeelden beschreven. Aan de orde komen de oorzaak (etiologie) van de ziekte, de epidemiologie (het voorkomen en de verspreiding) van de ziekte, het beloop en de prognose. Naast de medische behandeling komt natuurlijk ook de verpleegkundige behandeling ter sprake. Het (leren) kiezen en instellen van de verpleegkundige behandeling is een heel belangrijk onderdeel van het verpleegkundig proces dat in deel II steeds weer naar voren komt.

Voor een goed begrip van de neurologische ziekten is het van belang dat je de bouw en functie van het zenuwstelsel, de anatomie en de fysiologie dus, kent. Hoewel de anatomie en de fysiologie bij andere vakken uitgebreid aan de orde komen, vind

je in deel III een korte samenvatting. Dit deel kun je als naslagdeel gebruiken bij het bestuderen van de eerste twee delen. In de tekst wordt, door middel van leesaanwijzingen, dan ook regelmatig naar dit deel verwezen.

De theorie wordt regelmatig afgewisseld met een casus, een ziektegeschiedenis van een patiënt. Hierin worden de ziekteverschijnselen en het ziektebeloop verder uitgediept. Het is de bedoeling dat je de casussen nauwkeurig leest omdat je hierin ziet hoe je de theorie in de praktijk kunt gebruiken, maar ook omdat ze informatie bevatten die niet altijd in de tekst terugkomt.

Vaak zijn aan de casus één of meerdere opdrachten gekoppeld. Om je alvast wegwijs te maken in het boek krijg je de volgende opdracht.

OPDRACHT

Blader het boek eens door, lees de inhoudsopgave en probeer een indruk te krijgen van de opbouw. Dit is van belang omdat je tijdens het bestuderen regelmatig zult moeten bladeren van het ene hoofdstuk naar het andere.

Leesaanwijzingen worden met een pijltje (▶) aangegeven. In zo'n leesaanwijzing wordt verwezen naar een paragraaf of hoofdstuk elders in het boek.

Verder verwijst bij diverse onderwerpen het symbool ▶ naar verdieping van de leerstof. Deze verdiepingsstof in de vorm van korte teksten of verwijzingen naar andere bronnen is onderdeel van het online materiaal dat bij dit boek hoort. Online vind je ook een korte samenvatting van de inhoud van ieder hoofdstuk van dit boek. Voorts vind je online de verschillende meetinstrumenten (scoringslijsten en schalen) die worden gebruikt om de ernst van een ziekte of ziekteverschijnsel vast te leggen, alsmede de toelichting daarop. Ten slotte kun je per hoofdstuk de antwoorden op de opdrachten terugvinden en tref je een literatuurlijst aan, die verwijst naar andere studieboeken, naslagwerken of internetadressen.

OPDRACHT

Ga naar het online materiaal op www.vangorcumstudie.nl en probeer een indruk te krijgen van de opbouw en inhoud van de gepresenteerde rubrieken. Dit is van belang omdat je tijdens het bestuderen regelmatig de website zult moeten raadplegen.

Ten slotte nog een algemene opmerking. De geslachtsspecifieke aanduidingen (verpleegkundige, patiënt, hij, zij, enzovoort) kun je, in het hele boek, beschouwen als een aanduiding voor zowel mannen als vrouwen.

Deel I

Het verpleegkundig proces van de neurologische patiënt

Het eerste deel van dit boek gaat over het verpleegkundig proces van de neurologische patiënt. Het verpleegkundig proces omvat ieder contact en elke handeling tussen jou en de patiënt. Aan het verpleegkundig proces kun je verschillende fasen onderscheiden die niet altijd strikt gescheiden zijn en niet noodzakelijkerwijs in de onderstaande volgorde hoeven op te treden.

- De fase waarin je gegevens verzamelt. Het verzamelen van gegevens vindt vooral, maar niet uitsluitend, plaats door middel van anamnese en onderzoek.
- De fase waarin je het verpleegprobleem of eigenlijk het gezondheidsprobleem bij de patiënt vaststelt. Dit noem je ook wel de diagnostische fase.
- De fase van de verpleegkundige tussenkomst, waarin je het verpleegprobleem of gezondheidsprobleem probeert op te lossen.
- De fase van de evaluatie. Tijdens de evaluatie bepaal je, zo mogelijk samen met de patiënt, het resultaat van je tussenkomst.

Je bent waarschijnlijk al enigszins met de verschillende fasen van het verpleegkundig proces bekend. Omdat de neurologische patiënt je voor bijzondere problemen kan stellen (denk bijvoorbeeld aan de bewusteloze patiënt of aan de patiënt die niet goed kan spreken), worden de verschillende fasen in de volgende hoofdstukken kort besproken. Dit deel van het boek bestaat uit vijf hoofdstukken.

Het eerste hoofdstuk *De verpleegkundige anamnese* gaat over de anamnese. Hierbij komt een aantal problemen aan de orde waar de neurologische patiënt je voor kan plaatsen. Hoofdstuk 1 biedt hiervoor een aantal handreikingen.

Het verpleegkundig onderzoek is het onderwerp van het tweede hoofdstuk. Je leert een groot aantal neurologische verschijnselen kennen. Daarbij ligt de nadruk op de verschijnselen die je bij de patiënt kunt waarnemen. Je waarnemingen leer je vervolgens aan de hand van praktijkvoorbeelden in neurologische termen benoemen.

Tijdens het bestuderen van deze hoofdstukken zal je duidelijk worden dat anamnese en onderzoek in de praktijk hand in hand gaan. Zelfs een eerste blik op de patiënt is in wezen al een stukje onderzoek. Omwille van de duidelijkheid en systematiek is echter aan zowel anamnese als onderzoek een afzonderlijk hoofdstuk besteed.

In het derde hoofdstuk *Technisch-neurologisch hulponderzoek* komen de essenties van het technisch-neurologisch onderzoek ter sprake. Hoewel dit onderzoek normaal gesproken door de arts wordt uitgevoerd, wordt het in dit boek behandeld omdat de arts de gegevens gebruikt voor het stellen van de uiteindelijke diagnose. Bovendien heb je als verpleegkundige soms een taak bij het technisch-neurologisch onderzoek.

Met de gegevens zoals je die in de hoofdstukken 1 en 2 hebt leren verzamelen, maak je het verpleegprobleem duidelijk. Hoe je dit doet en hoe je de verpleegkundige diagnose formuleert, leer je in hoofdstuk 4 *De verpleegkundige diagnose.*

Het verzamelen van gegevens en het stellen van een diagnose dienen het verpleegdoel. Daarin geef je aan wat je voor de patiënt wilt doen, wat je voor hem kunt betekenen. Dit verpleegdoel houdt een verpleegkundige tussenkomst in: een handeling, een verrichting, een interventie. Er is in ieder geval sprake van een actie. Zo'n verpleegdoel wordt ook wel de verpleegkundige behandeling genoemd. Dit is het onderwerp van het laatste hoofdstuk van dit deel.

De verschillende verpleegdoelen dienen ertoe om de taak van verpleegkundige goed te kunnen vervullen. Die taak kan meer in het algemeen worden omschreven als het bevorderen van gezondheid, het voorkomen van ziekte, het herstellen van gezondheid en het verlichten van lijden. Invulling van deze taken leveren werkzaamheden op als het geven van basiszorg, waaronder de persoonlijke verzorging, de observatie en de rapportage, maar ook het begeleiden van patiënten. Daarbij gaat het om de omgang met de patiënt en zijn ziekte en behandeling en het aanleren van zelfredzaamheid, het geven van informatie over gezondheid en leefstijl, ziekte en behandeling. Het valt gemakkelijk in te zien dat inhoudelijk een en ander per vakgebied verschilt, en zo is een differentiatie in de verpleegkundige zorg tot stand gekomen. In de Inleiding werd daar reeds op gewezen.

1 De verpleegkundige anamnese

Dit hoofdstuk gaat over de eerste fase van het verpleegkundig proces: de anamnese. Aan bod komt wat de anamnese inhoudt en welke typen anamnese er zijn. In de eerste vier paragrafen worden de verschillende aspecten van de traditionele manier van afnemen van de anamnese behandeld ('afnemen' is de jargonterm die daarvoor wordt gebruikt). Je leert de verschillende elementen van de anamnese kennen en je krijgt praktijkvoorbeelden van gespreksvoering met de patiënt.

Behalve op de traditionele manier kan de anamnese ook volgens de zogenoemde functionele gezondheidspatronen worden afgenomen. Hier gaat paragraaf 1.4 over. Je leert inzien dat beide anamneses tot hetzelfde resultaat leiden. Voor beide geldt dat je een verpleegkundig dossier moet bijhouden (paragraaf 1.5).

1.1 Algemene opmerkingen over de anamnese

In het verpleegkundig proces neemt het verzamelen van gegevens een belangrijke plaats in. Zonder geschikte gegevens kun je geen diagnostiek bedrijven, geen verpleegkundige tussenkomst uitvoeren en geen resultaten behalen.

Tot de bronnen waar je gegevens uit verkrijgt, behoren het medisch en het (vroegere) verpleegkundig dossier, de medische correspondentie, gegevens van andere hulpverleners, zoals de huisarts of de wijkverpleegkundige en ten slotte informatie uit verpleegkundige en medische vakliteratuur.

De belangrijkste vorm van gegevens verzamelen is de anamnese. Het is de eerste fase van het verpleegkundig proces. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat je in de andere fasen van het verpleegkundig proces geen gegevens zou verzamelen. Gegevens verzamelen is een ruim begrip dat niet uitsluitend tijdens de anamnese plaatsvindt.

OPDRACHT 1.1

Kun je een voorbeeld geven van het verzamelen van gegevens in een latere fase die niet tot de anamnese worden gerekend?

Bij de anamnese kun je verschillende soorten onderscheiden, zie tabel 1.1. De 'gewone' of eerste anamnese neem je veelal af wanneer de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen. Het wordt ook wel het opnamegesprek genoemd. Daarnaast kun je de vervolganamnese onderscheiden, die wordt afgenomen bij patiënten die langere tijd in zorg zijn. Een vervolganamnese kan ook probleemgericht zijn, bijvoorbeeld een pijnanamnese. Ook de spoedanamnese is probleemgericht en wel om een (zich onverwacht aandienend) probleem te verhelderen, zodat actie kan worden ondernomen.
In dit hoofdstuk wordt alleen op de eerste anamnese, het opnamegesprek, ingegaan. Het doel daarvan is om de behoeften van de patiënt in kaart te brengen. Het uitgangspunt daarbij is het beperkingenniveau. Dit begrip komt in paragraaf 2.3 *Neurologische verschijnselen* uitvoerig ter sprake.

Het afnemen van de anamnese is meer dan het verzamelen en noteren van gegevens. Je moet twee technieken beheersen om een goede anamnese af te kunnen nemen. Dat zijn gespreksvoering en kritisch denken.

Gespreksvoering

Voordat je begint met het afnemen van de anamnese, stel je de patiënt op zijn gemak. Een rustige en neutrale houding van jouw kant is de beste opstelling. Nooit mag het gesprek de indruk wekken van een kruisverhoor of iets wat daar in de verste verte ook maar op lijkt. Na een aantal gesprekken en veel oefening leer je vanzelf in te schatten hoe je je het beste kunt opstellen.

Bij het afnemen van de anamnese zijn de volgende regels van belang:

- Begin met open vragen naar de klachten van de patiënt.
- Ga pas na enige tijd specifieke vragen stellen.
- Moedig de patiënt nadrukkelijk aan om meer over moeilijke onderwerpen te zeggen.
- Probeer actief te luisteren naar de patiënt, waarbij aandacht geven, regelmatig oogcontact, instemmend knikken en ondersteuning door mimiek vaardigheden zijn die daarbij behulpzaam zijn.

	Algemene anamnese	Spoedanamnese
Begin	Eerste anamnese (opnamegesprek)	Anamnese in een acute situatie
Vervolg	Vervolganamnese Probleemgerichte anamnese	Probleemgerichte anamnese

Tabel 1.1 *Anamnese: de verschillende soorten*

- Vergeet niet te laten blijken dat je de problemen en gevoelens van de patiënt signaleert en begrijpt.

De manier van vragen moet voor de patiënt begrijpelijk, voorzichtig en tactvol zijn en mag beslist geen suggestief moment bevatten. Een vraag als *Waarvoor bent u hier gekomen?* is neutraal en daarom beter dan *Wat is er aan de hand?* of *Wat mankeert u?*, vragen die de patiënt soms uitlokken tot antwoorden als *Daarvoor ben ik nu juist hier*.

Aanvankelijk moet je de patiënt zoveel mogelijk zelf laten praten, aangemoedigd met *En wat gebeurde er toen?* of *En hoe ging het toen verder?* Later in het gesprek moet je meer het initiatief overnemen door middel van het stellen van gerichte vragen. De kunst van het afnemen van de anamnese is voor een groot deel daarin gelegen, dat je de mogelijkheden die tijdens het gesprek met de patiënt bij je opkomen, door doelbewuste aanvullende vragen waarschijnlijk of juist onwaarschijnlijk probeert te maken.

Kritisch denken

'Kritisch denken' is een vaardigheid die voor het afnemen van een goede anamnese van belang is. Kritisch denken is een houding, maar ook een redeneerproces. Kritisch denken is gericht op het nemen van besluiten. Het je kunnen herinneren van feiten en van kennis zorgt ervoor dat je verbanden legt tussen zaken die de patiënt zegt of waarneemt. Verplegingswetenschappelijke kennis, kennis uit andere vakgebieden, vakbekwaamheid en praktische wijsheid zijn factoren die het kritisch denken bevorderen. De casussen in de volgende paragraaf geven voorbeelden van kritisch denken.

Bij het afnemen van de anamnese houd je een bepaalde volgorde aan. Die zal hieronder stap voor stap worden besproken. Je begint met de anamnese van de huidige klachten. Hierna komt de verdere anamnese ter sprake.

1.2 De anamnese van de huidige klachten

Bij voorkeur wordt de anamnese opgenomen onder vier ogen en in een comfortabel vertrek waar je niet wordt gestoord. Er is natuurlijk geen enkel bezwaar dat een levenspartner of anderszins een vertrouwde persoon bij de anamnese aanwezig is, al dan niet op verzoek van de patiënt. Nadat je je hebt voorgesteld en de bedoeling van het gesprek hebt duidelijk gemaakt, begin je met de anamnese van de huidige klachten. Omdat je de gegevens gaat noteren, is het verstandig dat aan de patiënt te laten weten: *U vindt het wel goed dat ik een paar aantekeningen maak?* Je begint met open vragen naar de klachten van de patiënt. Bijvoorbeeld *Waarvoor bent u hier gekomen*? Het lukt niet altijd om met open vragen een goed beeld van de klachten te krijgen. De volgende casus maakt dat duidelijk.

CASUS 1.1

Een 48-jarige man is vanochtend in het ziekenhuis opgenomen. Jij gaat de anamnese en het onderzoek doen. De patiënt zegt bij de begroeting *Goedemorgen* en hij noemt zijn naam. Wanneer je hem naar zijn klachten vraagt, zegt hij Tja... (lange stilte) ... *het wil niet*... (stilte) ... *ik kan niet*... (lange stilte). Uit de begroeting blijkt dat de patiënt wel kan praten en dat hij je ook wel begrijpt.

OPDRACHT 1.2

Hoe zou je verdergaan met de anamnese? Geef voorbeelden van vragen die je zou willen stellen.

Vervolgens bespreek je alle gebruikelijke aspecten van de huidige klachten. Hierbij komen in ieder geval aan de orde:

- *Kwaliteit* van de klachten, dat wil zeggen: wat is precies de aard van de klachten, waarmee zijn deze vergelijkbaar?
  Het is lang niet altijd gemakkelijk vast te stellen wat er nu precies aan de hand is, zelfs al vertelt de patiënt uitvoerig wat zijn klachten zijn. De volgende casus is daar een voorbeeld van.

CASUS 1.2

Mevrouw Van Selst, 29 jaar oud, is leraar.

Ze zegt geen duidelijke klachten te hebben. Ze is bij de plastisch chirurg geweest om een facelift te laten verrichten, omdat haar oogleden de laatste tijd vaak zo hangen. De plastisch chirurg wilde haar niet opereren en verwees haar naar de neuroloog.

Bij de verdere anamnese vertelt ze dat ze niet moe is, maar een half jaar geleden wel is opgehouden met joggen, omdat ze niet meer vooruit te branden was

en ook dat het soms was alsof ze haar ene been letterlijk niet meer voor het andere kon krijgen. Ook vertelt ze dat de kinderen in de klas haar de laatste tijd zo vaak vragen wat juf nu precies zegt.

OPDRACHT 1.3

Ga na wat de kwaliteit van de klacht is. Met andere woorden: waar gaat het eigenlijk om. Formuleer vervolgens een aantal explorerende vragen.
Merk op dat je bij deze opdracht door te redeneren en verbanden te leggen een vorm van kritisch denken verricht.

- *Chronologie* van de klachten, dat wil zeggen: wanneer zijn de klachten ontstaan, zijn zij ooit eerder opgetreden, hoe is het verloop, hoe vaak treden zij op?

Het verloop van klachten en verschijnselen in de tijd kan een belangrijke aanwijzing zijn over de aard ervan. Het is vaak handig en overzichtelijk om de klachten en verschijnselen in een grafiekje uit te zetten. De volgende casus is hier een goed voorbeeld van.

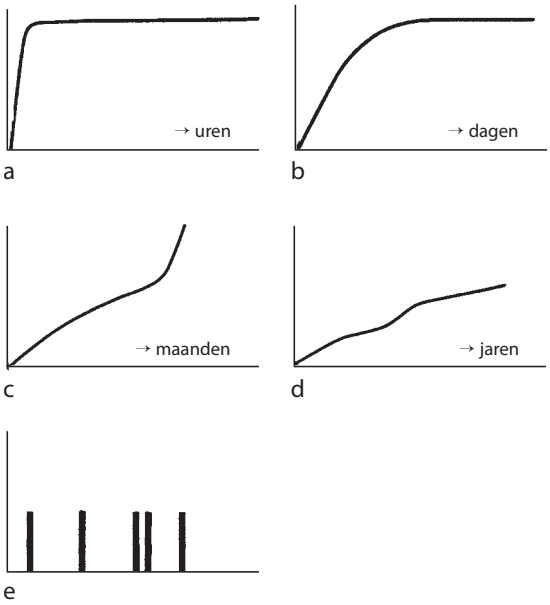
CASUS 1.3

Mevrouw Leenders, 34 jaar, klaagt sinds enkele weken over urineverlies. Ze loopt sindsdien wat moeilijker met het rechterbeen, alsof dat zwaar aanvoelt. Op je vraag naar vroegere klachten of verschijnselen, vertelt ze dat ze 14 maanden geleden gedurende een aantal weken ook een periode heeft gehad waarin ze klaagde over urineverlies en wat moeilijk lopen, toen omdat het linkerbeen niet goed wilde. Ze heeft daarvoor indertijd de huisarts geraadpleegd, die adviseerde om het eens even aan te zien. De klachten zijn toen spontaan verbeterd en hoewel ze weer normaal kon lopen, is het linkerbeen sindsdien toch wat zwaar blijven aanvoelen. Bij je vraag naar vroegere ziekten vertelt ze 15 jaar geleden een 'ontsteking' van het rechteroog te hebben gehad, waarbij ze helemaal niets meer kon zien. Na een paar weken was dat wel wat verbeterd, maar het gezichtsvermogen van het rechteroog is toch verminderd gebleven.

OPDRACHT 1.4

Teken een grafiekje waarbij je op de verticale as de ernst van de klachten en verschijnselen uitzet en op de horizontale as de tijd.
Merk op dat je door de klachten en verschijnselen op deze manier overzichtelijk te maken een vorm van kritisch denken hebt verricht.

Er zijn meer karakteristieke verlooptypen van klachten en verschijnselen, zoals:



Figuur 1.1 *Het beloop van klachten en verschijnselen (verticaal) in de tijd (horizontaal): a acuut, b subacuut, c langzaam progressief, d chronisch, e paroxysmaal (in aanvallen).*

OPDRACHT 1.5

Hoe noem je het ziekteverloop van de patiënt in casus 1.3?

Naast de kwaliteit en de chronologie van de huidige klachten, is er nog een aantal aspecten dat ter sprake moet komen:

- *Kwantiteit*: hoe ernstig zijn de klachten momenteel en in de afgelopen periode, welke invloed hebben zij op het functioneren (thuis, op school of werk, in de sociale relaties)?
- *Situatie*: waar en onder welke omstandigheden treden de klachten op?
- *Factoren van invloed*: waardoor verminderen of verergeren de klachten, wat is er al door de patiënt aan gedaan?

- *Begeleidende symptomen*: welke bij deze klachten passende symptomen zijn aanwezig? (Eigenlijk komen de symptomen pas in hoofdstuk 2 ter sprake, maar ze worden hier alvast genoemd omdat in de praktijk anamnese en onderzoek hand in hand gaan.)

Aan het eind van de anamnese van de huidige klachten vraag je de patiënt wat zijn gedachten zijn over de oorzaken van zijn klachten en wat zijn verwachtingen zijn over de behandeling.

1.3 De verdere anamnese

Vaak noemt de patiënt bepaalde klachten niet, doordat hij ze vergeet of meent dat ze onbelangrijk zijn. Daarom vul je de anamnese aan door een reeks vragen te stellen. Ook daarbij houd je een bepaalde volgorde aan:

1. de systematische (neurologische) anamnese
2. de tractusanamnese
3. de familieanamnese
4. de psychosociale anamnese
5. de heteroanamnese

1.3.1 De systematische (neurologische) anamnese

Ook bij de systematische (neurologische) anamnese (je kunt ook een systematische interne of een systematische chirurgische anamnese onderscheiden) stel je een hele reeks vragen. Dat zijn geen willekeurige vragen, maar vragen die betrekking hebben op de verschillende neurologische systemen.

Een neurologisch systeem is gebonden aan bepaalde anatomische structuren. We nemen als voorbeeld de vraag naar stoornissen in het slikken en spreken. Het zal je duidelijk zijn dat het hier gaat om het systeem van de mond- en keelspieren en om de zenuwen die deze spieren innerveren.

Bij de vragen die je stelt, moet je de volgende eventueel aanwezige klachten ter sprake brengen:

- hoofdpijn, braken, sufheid, duizeligheid;
- stoornissen in het zien en dubbelzien;
- doofheid, oorsuizen;
- reukstoornissen;
- stoornissen in het slikken en spreken;
- 'toevallen' met bewustzijnsverlies en/of trekkingen;
- psychische stoornissen;
- krachtverlies of stuurloosheid in armen en/of benen;
- pijn, tintelingen of een 'doof' gevoel in armen en/of benen;
- nekklachten, rugpijn;
- mictie- en potentiestoornissen.

Wanneer bij de systematische anamnese bepaalde klachten naar voren komen, dan moet je die met doelgerichte vragen verder onderbouwen. Het eist enige ervaring en kritisch denken om de relevantie van de klacht te waarderen. Immers, bijna iedereen heeft wel eens hoofdpijn en velen hebben wel eens rugklachten. Maar wees gerust: net als bij de anamnese van de huidige klachten, doe je na een aantal gesprekken en veel oefening vanzelf de ervaring op om de betekenis van klachten die bij de verdere anamnese ter sprake komen, in te schatten.

1.3.2 De tractusanamnese

Vervolgens komt de tractusanamnese ter sprake. Waarschijnlijk ben je hier al enigszins mee bekend. We diepen dit dan ook niet verder uit, maar stellen vast dat door het stellen van een reeks vragen, eventuele klachten betreffende de verschillende orgaansystemen (ademhalingsorganen, circulatieorganen, spijsverteringsorganen, urogenitale organen) ter sprake komen.

Bij de tractusanamnese moet je niet vergeten te informeren naar:

- ziekten als hoge bloeddruk, diabetes mellitus;
- algemene klachten (gebrek aan eetlust, moeheid, vermagering);
- slaapstoornissen;
- neerslachtigheid en depressiviteit;
- vroegere ziekten, schedelongevallen, ziekenhuisopnames;
- roken en het gebruik van alcohol en andere genotmiddelen waaronder drugs, geneesmiddelen;
- recente reizen naar al dan niet verre landen (importziekten).

1.3.3 De familieanamnese

Bij de familieanamnese vraag je naar ziektebeelden die in de familie voorkomen, bijvoorbeeld een erfelijke aandoening of aandoeningen waarvan de risicofactoren familiair kunnen voorkomen. Een voorbeeld hiervan zijn de hart- en vaatziekten.

1.3.4 De psychosociale anamnese

Ten slotte komt de psychosociale anamnese aan de orde, waarbij naar het beroep, het opleidingsniveau en de gezins- en persoonlijke omstandigheden van de patiënt wordt geïnformeerd. Ook probeer je je een indruk te vormen van wat de invloed van de klachten is op leven en welzijn. Bij de behandeling van de gespreksvoering is reeds aan de orde gekomen dat je je bij de anamnese gepast en terughoudend moet opstellen. Jouw vragen mogen nooit de indruk wekken dat je nieuwsgierig bent naar de persoonlijke omstandigheden. Dit soort vragen komen bij de psychosociale anamnese nu juist wel aan de orde. Vertel de patiënt daarom wat de reden is van jouw vragen. Bij de vraag naar het beroep en de eventuele details daaromtrent leg je uit dat dit van belang kan zijn wanneer aan bepaalde (beroeps)ziekten wordt gedacht.

1.3.5 De heteroanamnese

Het zal je duidelijk zijn geworden dat de anamnese een vraaggesprek is met de patiënt. Vindt het vraaggesprek plaats met personen uit de omgeving van de patiënt, dan wordt dat de heteroanamnese genoemd.

Een heteroanamnese is vooral van belang als de patiënt een gestoord bewustzijn heeft, een onvermogen om zich uit te drukken of om andere redenen onvoldoende in staat is zijn klachten naar voren te brengen.

Het kan voorkomen dat de anamnese niet helemaal betrouwbaar is. De onderstaande casus is daarvan een voorbeeld. Ook dan is de heteroanamnese van belang. Je moet je dat steeds afvragen, in het bijzonder wanneer verslavingen, geslachtsziekten of een erfelijk belaste familie aan de orde zijn. Overigens berust het verzwijgen van gegevens veelal niet op bedrog maar op schaamte, angst voor eventuele consequenties en dergelijke.

CASUS 1.4

Meneer Hordelman is 59 jaar oud. Hij vertelt je dat hij de laatste tijd zo nerveus is geworden. Hij blijkt bij jouw explorerende vragen daarmee te bedoelen dat hij 'rare bekken' trekt, zoals hij het zelf uitdrukt. Inderdaad valt het je op dat patiënt voortdurend trekkinkjes in het gelaat toont, maar ook dat hij wat onrustig op zijn stoel heen en weer schuift. Op je vraag of soortgelijke klachten of verschijnselen in de familie voorkomen antwoordt patiënt ontkennend. De volgende dag word je opgebeld door een geëmotioneerde dochter die je vertelt dat een veel oudere broer van patiënt, de moeder en een broer en een zus van de moeder aan een aandoening hebben geleden die begon met soortgelijke verschijnselen als nu bij patiënt. De genoemde patiënten zijn allen langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest, waar ze ook zijn overleden. Een en ander wordt als een grote schande in de familie ervaren en een gesprek daarover was in het gezin van patiënt steeds een nadrukkelijk taboe.

OPDRACHT 1.6

Hoe zou je met dit taboe omgaan?

1.4 Een andere structuur: de functionele gezondheidspatronen

Tot dusverre heb je, misschien zonder dat je je het hebt gerealiseerd, gegevens volgens een bepaalde structuur verzameld. Immers, je hebt de huidige klachten ter sprake gebracht en vervolgens heb je de verdere anamnese afgenomen, om gegevens te verzamelen die bij de huidige klachten niet ter sprake kwamen. Om de gegevens overzichtelijk en volledig te verzamelen, is er een bepaalde structuur of ordeningsprincipe aangebracht. De structuur in de anamnese, zoals we die in het voorgaande hebben besproken, staat bekend als het 'traditionele' ordeningsprincipe. Dit principe wordt ook gebruikt door artsen en is al eeuwenoud. Het wordt door verpleegkundigen in vele instellingen gebruikt. Het principe is herkenbaar en betrekkelijk gemakkelijk toe te passen. Een nadeel is dat het weinig gedetailleerd is en geen sturing geeft aan het verzamelen van gegevens in het algemeen.

Een ander en meer gedetailleerd ordeningsprincipe is dat van de zogeheten functionele gezondheidspatronen, dat door de Amerikaanse verpleegkundige Gordon is ontwikkeld. Het bestaat uit elf anamnesegebieden, te weten:

1. Gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding
2. Voeding en stofwisseling
3. Uitscheiding
4. Activiteit
5. Slaap en rust

6 Cognitie en waarneming
7 Zelfbeleving
8 Rol en relatie
9 Seksualiteit en voortplanting
10 Coping en stresstolerantie
11 Waarden en levensovertuiging

Het uitgangspunt is dat ieder persoon ten aanzien van gezondheid dezelfde functionele gebieden heeft. De patronen zijn toepasbaar in alle situaties en bij alle patiëntengroepen, onafhankelijk van leeftijd, ontwikkelingsfase of culturele achtergrond. Een gezondheidspatroon zelf kan niet worden waargenomen, wel de verschijnselen van de gezondheids- of verpleegproblemen die binnen een patroon gerangschikt zijn. Een verstoring in een patroon (gezondheidsprobleem) leidt tot ziekte. Daarnaast kunnen de gevolgen van ziekte veranderingen teweegbrengen in andere patronen.

Het volgende voorbeeld maakt deze redenering duidelijk.

Stoornissen in de activiteiten in de voeding en stofwisseling kunnen mogelijk leiden tot een arteriosclerotische vaatziekte, en dat kan weer aanleiding geven tot een beroerte. Een beroerte kan op haar beurt een stoornis veroorzaken in het rol- en relatiepatroon en in het zelfbelevingspatroon.

We geven ter illustratie een uitgebreide beschrijving van een van de gezondheidspatronen. We kiezen, min of meer willekeurig, het patroon gezondheidsbeleving en -instandhouding. Dit patroon beschrijft hoe iemand zijn gezondheid en welbevinden ervaart en hoe hij daarmee omgaat. Zo wordt aandacht besteed aan de mate van preventief gedrag en aan de mate van therapietrouw (in hoeverre iemand zich houdt aan bepaalde voorschriften, zoals medicijnen, leefgewoonten, dieet, enzovoort).

Enkele vragen die op dit patroon zijn gericht:

- Weet u waarvoor u opgenomen bent?
- Wat weet u over uw ziekte?
- Wat zijn uw klachten?
- Hoelang bestaan deze al?
- Welke problemen leveren deze klachten voor u op?
- Hoe voelt u zich op dit moment?
- Hoe heeft u eerdere opnames en/of operaties ervaren?
- Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van de opname?
- Voelt u zich doorgaans gezond?
- Bent u het afgelopen jaar ziek geweest?
- In hoeverre kunt u zich houden aan voorschriften/adviezen van hulpverleners?
- Bent u gevoelig voor infecties?
- Bent u het laatste jaar opgenomen geweest in een buitenlands ziekenhuis (MRSA)?
- Heeft u last van een bepaalde allergie?
- Heeft u de laatste tijd problemen met de ademhaling?
- Gebruikt u alcohol of drugs? Rookt u?
- Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke en hoelang al?

OPDRACHT 1.7

Wordt er in een van de boeken die je voor je studie gebruikt op de functionele gezondheidspatronen van Gordon ingegaan? Zorg dat je bekend raakt met algemene informatie over de verschillende gezondheidspatronen en met enkele vragen en eventuele observatiepunten per patroon.

Merk op dat de vragen die je stelt bij het afnemen van de anamnese van de huidige klachten lijken op de vragen naar het functionele gezondheidsprobleem gezondheidsbeleving en -instandhouding en dat ze hetzelfde resultaat opleveren.

De toepassing en de voor- en de nadelen van de functionele gezondheidspatronen worden hier niet verder besproken. Dit behoort namelijk tot de algemene verpleegkunde. Wel dien je je te realiseren dat de functionele gezondheidsproblemen geen verpleegkundig model of een theorie vormen, maar een hulpmiddel zijn bij het verzamelen van informatie over de patiënt. Met andere woorden: ze vormen een andere structuur voor het opnemen van de anamnese.

1.5 Vastlegging van gegevens: het verpleegkundig dossier

Je hoeft de voorgaande paragrafen over de anamnese niet feilloos uit je hoofd te kennen, want in alle ziekenhuizen wordt een verpleegkundig dossier gebruikt met daarin een voorgedrukt schema en een puntsgewijze opsomming van de vragen die je bij de anamnese stelt. Naast de vragen is ruimte open gelaten waar je de antwoorden kunt opschrijven. Ook voor de andere fasen van het verpleegkun-

dig proces (die in de volgende hoofdstukken worden besproken) zit er een voorgedrukt formulier in het dossier. Verder bevat het dossier nog een aantal andere formulieren, zoals de activiteitenlijst, de lijst voor verpleegkundige voortgangsaantekeningen, de 24-uurscontrolelijst, het verpleegkundig overdrachtsformulier, een opdrachtenlijst, de medicijnenlijst, enzovoort.

Het verpleegkundig dossier is een belangrijk hulpmiddel in de communicatie tussen jou en je collega's, tussen jou en de arts(en) en tussen jou en de patiënt. Het is ook toegankelijk voor andere hulpverleners, zoals de fysiotherapeut, de logopedist, de ergotherapeut, de maatschappelijk werker, enzovoort.

Je moet ervoor zorgen dat je het dossier regelmatig bijhoudt, zodat het steeds een volledig overzicht geeft van de verpleegkundige zorg die een patiënt krijgt of heeft gekregen.

OPDRACHT 1.8

Lees en blader eens in een verpleegkundig dossier, zodat je een indruk krijgt hoe het is opgebouwd. Probeer de betekenis van de verschillende formulieren te begrijpen aan de hand van de fasen van het verpleegkundig proces. Besteed niet te veel aandacht aan de namen van de verschillende formulieren omdat die, hoewel er meer en meer pogingen worden gedaan om tot een landelijke standaardisatie te komen, van instelling tot instelling kunnen verschillen.

In veel ziekenhuizen zijn er gescheiden medische en verpleegkundige dossiers. Bij de archivering worden de deeldossiers veelal samengevoegd, zodat er één gezamenlijk dossier van de patiënt ontstaat. In een toenemend aantal ziekenhuizen is men overgestapt op één patiëntendossier. Dat is ook fysiek één dossier over de patiënt vanuit de verschillende disciplines: medisch, verpleegkundig, maar ook vanuit andere disciplines als fysiotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en dergelijke.

De vooruitgang op het gebied van de automatisering en de informatica werkt deze ontwikkeling in de hand. Zo is al in veel ziekenhuizen een elektronisch patiëntendossier ingevoerd, dat voor alle hulpverleners toegankelijk is en vanuit verschillende werkplekken geopend kan worden.

Overigens is er ook een wettelijke plicht tot dossiervoering. Dit is geregeld in de WGBO, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Dit is een wet die de patiënt beschermt tegen ongewenst medisch handelen. Deze wet heeft ook consequenties voor verpleegkundigen. De wet schrijft voor dat er een zorgdossier (het verpleegkundig dossier dus) moet worden bijgehouden. Daarin moet behoorlijk verslag worden gedaan van de hulpverlening, waarop later door jouzelf maar ook door andere hulpverleners kan worden teruggevallen. Voor de inhoud van het dossier geldt het relevantiecriterium. Dat betekent dat gegevens die van belang zijn voor een toekomstige behandeling of in verband met een reeds uitgevoerde behandeling moeten zijn vermeld. Persoonlijke werkaantekeningen en dergelijke hoeven dus niet te worden opgenomen.

Het dossier is een middel voor de patiënt om inzage te krijgen in de behandeling. De patiënt mag te allen tijde zijn dossier inzien. Volgens de wet kan niet meer gesteld worden dat inzage niet goed zou zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld omdat er slecht nieuws staat vermeld dat nog niet aan de patiënt is medegedeeld. De wet stelt dat inzicht vragen inzicht krijgen betekent en dat de patiënt de consequenties daarvan moet dragen.

Ook jouw handelen moet in het dossier worden verantwoord. Dat is belangrijk om te weten, want het dossier vormt een documentatiebron bij eventuele juridische procedures.

Het verpleegkundig dossier is ook de plaats waar je de gegevens samenvat die je bij de anamnese hebt verkregen. Daarbij moet je de betekenis van de gegevens afwegen. Wat is hoofdzaak, wat is bijzaak, wat is belangrijk en wat is terzijde. Dat is een subjectieve kwestie, waarbij jouw ervaring en kennis een rol spelen.