

Van kernset patiëntproblemen naar werkset verpleegkundige diagnoses en zorguitkomsten

Recent is er een discussie ontstaan over het ontwikkelen van een kernset met patiëntproblemen voor verpleegkundigen. Doel van deze kernset is te komen tot een eenduidig, verpleegkundig vocabulaire (www.venvn.nl). Wij stellen in dit artikel dat de ingeslagen weg niet de juiste is. En we geven een aanzet voor een bruikbaar en onderbouwd alternatief: een werkset van diagnoses en uitkomsten.

Henk Rosendal, lector Wijkzorg, Hogeschool Rotterdam, en José van Dorst, bestuurder SBW

Ons uitgangspunt: een dergelijke kern- of werkset moet er niet alleen voor zorgen dat verpleegkundigen één taal spreken, maar moet ook handvatten bieden voor het onderbrengen van verpleegkundige diagnoses, interventies én uitkomsten. Hieruit vloeien nog een aantal aanvullende randvoorwaarden voort. Een dergelijke set moet:

- wetenschappelijk onderbouwd zijn;
- zowel intra- als extramuraal gebruikt kunnen worden;
- begrijpelijk zijn voor andere zorgprofessionals en
- internationale communicatie mogelijk maken (cruciaal voor de doorontwikkeling van het verpleegkundig beroep).

De kernset voldoet niet

Als de set zoals die onlangs in concept door V&VN is gepubliceerd tegen bovenstaande randvoorwaarden wordt gehouden, dan is duidelijk dat deze daar niet aan voldoet. Als het doel is om een onderliggende

structuur te ontwikkelen die verschillende classificatiesystemen met elkaar verbindt, dan zou dat ten eerste gebaseerd moeten zijn op het verpleegkundig kennis kader in plaats van op medische terminologie zoals dat bij SNOMED het geval is. Ten tweede is de voorgestelde set een willekeurige én onvolledige greep uit andere classificaties die mede daardoor voldoende wetenschappelijke fundering mist. In de derde plaats is de set vooral gerelateerd aan de intramurale setting en is daardoor minder bruikbaar voor het extramurale domein. Daarnaast wordt er gesproken over ‘zorginstellingen’ die kiezen voor een classificatie in plaats van ‘verpleegkundigen’ die hierin de vakinhoudelijke leiding moeten nemen. Tot slot: de set richt zich vooral op ziekte en zorg, en gaat geheel voorbij aan het nieuwe denken over gezondheid. De beroepsvereniging kan of wil blijkbaar niet kiezen uit het al bestaande materiaal en introduceert daardoor een onvoldoende onderbouwde classificatie. Waarom een

stap terug zetten als we ook een stap naar voren kunnen doen op basis van decennialang ontwikkelde kennis?

Bestaande classificaties

De vraag die volgt is dan – uitgaande van de hiervoor benoemde randvoorwaarden – hoe een dergelijke set er mogelijk uit zou zien. In onze ogen is hiervoor nodig dat de verschillende, bestaande classificaties in de juiste verhouding tot elkaar worden beschouwd. We bespreken ICF, PES, het model van Lalonde en Nanda-Nic-Noc.

ICF

De meest brede en wereldwijd gedragen indeling van menselijk functioneren is de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Dit functioneren wordt beschreven vanuit drie perspectieven:

1. het menselijk organisme (functies en anatomie),
2. het menselijk handelen (activiteiten) en
3. participatie aan het maatschappelijk leven.

Ziekte en aandoeningen hebben mogelijk gevolgen op deze drie aspecten, waarbij dan respectievelijk gesproken wordt over:

1. stoornissen,
2. beperkingen en
3. problemen.

Het functioneren van mensen wordt daarbij beïnvloed door persoonlijke en externe factoren. Van fundamenteel be-

	1. Functionele gezondheid	2. Fysiologische gezondheid	3. Psychosociale gezondheid	4. Gezondheidskennis en gedrag	5. Gezondheidsbeleving	6. Gezondheid familie en gezin	7. Maatschappelijke gezondheidszorg
KI 1	Energiebeheersing	Hart en longen	Psychologisch welbevinden	Gezondheidsgedrag	Kwaliteit van leven en gezondheid	Functioneren van een mantelzorger	Welzijn van de gemeenschap
KI 2	Groei en ontwikkeling	Uitscheiding	Psychosociale aanpassing	Gezondheidsopvattingen	Tekenen en symptomen	Gezondheidstoestand familie of gezinslid	Gezondheidsbewaking van de gemeenschap
KI 3	Mobiliteit	Vocht en elektrolyten	Persoonlijke beheersing	Gezondheidskennis	Tevredenheid over de zorg	Welzijn van het gezin	
KI 4	Persoonlijke zorg	Immuunrespons	Sociale interactie	Risicobeheersing en veiligheid		Ouderschap	
KI 5		Regulering van de stofwisseling					
KI 6		Neurocognitief					
KI 7		Spijsvertering en voeding					
KI 8		Behandelingsrespons					
KI 9		Weefsel-conditie					
KI 10		Sensorische functies					

Figuur 1. De domeinen en bijbehorende klassen van de NOC.

lang is dat de ICF niets zegt over *oorzaken*, maar over de *gevolgen* van ziekte en aandoeningen voor het functioneren. Daarmee is de ICF (maar) deels bruikbaar voor de beoogde set.

PES

Onderdeel van het verpleegkundig beroep is nagaan wat de oorzaken of risicofactoren zijn van de problemen. In internationale, verpleegkundige termen betekent dat het identificeren van de E in de PES (Problem, Etiology, Signs). De E is een oorzakelijke factor (etiologie). Deze kan gerelateerd zijn aan aanpalende (medische en/of paramedische) diagnostiek, maar dat hoeft niet. Hierbij zijn twee zaken van belang: ten eerste in hoeverre deze E behandelbaar is, en ten tweede welke andere dan medische factoren hierop van invloed zijn (geweest). Deze informatie is cruciaal voor het voorspellen en uiteindelijk behalen van zorguitkomsten. Zowel bij het handelen ten aanzien van

de gevolgen van de E (de oorzakelijke factoren), als bij het mogelijk beïnvloeden van de veroorzakende factoren.

Lalonde

Wat betreft die veroorzakende factoren biedt bijvoorbeeld het determinantenmodel van Lalonde (*Lalonde, 1974*) bruikbare handvatten. In tegenstelling tot de ICF beschrijft dit model niet de *gevolgen* van ziekte/aandoeningen, maar de factoren die van invloed zijn op het *ontstaan* ervan. Onderscheid wordt gemaakt in leefstijl/gedrag, biologie/aanleg, externe omgeving en zorg. Begrip van deze determinanten, zowel op cliënt- als wijkniveau, is van groot belang voor verpleegkundigen. Het biedt namelijk mogelijkheden om de oorzaak aan te pakken en niet (alleen) bezig te blijven met het verminderen van de gevolgen. Oftewel: dweilen of de kraan repareren? Ten onrechte wordt de invloed van deze determinanten op onze gezondheid vaak on-

derschat. Maar het is bijvoorbeeld bekend (*Hoeymans, Melse, Schoemaker, 2010*) dat onze gezondheid voor ongeveer de helft wordt bepaald door leefstijl. Er is dus alle reden voor verpleegkundigen om het handelen niet te beperken tot de gevolgen, maar te kijken naar veroorzakende factoren.

Nanda-Nic-Noc

Een dergelijke denkwijze is ook ingebouwd in de N3-structuur (N3 staat voor Triple N: Nanda-Nic-Noc). Daarbij wordt allereerst gekeken naar (objectief) waarneembare symptomen, vervolgens worden oorzakelijke of gerelateerde factoren bepaald om uiteindelijk het probleemblend te kunnen vaststellen. Validering van dit proces wordt o.a. gedaan door daar waar mogelijk de patiënt te betrekken. Op basis daarvan worden doelen en zorgresultaten geformuleerd en bijpassende interventies gekozen. Dit gehele proces is onderbouwd, beschreven en gecodeerd in de N3.

Focus verschuiven

Bovenstaande biedt de verpleegkundige de mogelijkheid om, met bestaande modellen en classificaties, de individuele cliëntsituatie genuanceerd in beeld te brengen, de eigen interpretaties om te zetten in een uniforme, professionele taal en te komen tot persoonlijke doelen en (vervolgens) interventies. Een set van cliëntproblemen moet zich daarom liefst ook niet beperken tot louter problemen, maar zich zowel richten op gebieden waar cliënten problemen ervaren als waar er mogelijk-

het) is dat deze herkenbaar zijn voor bijna alle zorgprofessionals, en aansluiting bieden op de verschillende classificatiesystemen. Ze verwoorden geen problemen in termen van ziekte en zorg, maar in gebieden waarop cliënten problemen ervaren en waarop resultaten kunnen worden geboekt.

Dit laatste is niet alleen van belang voor cliënten en verpleegkundigen, maar zeker ook voor financiers van zorg. De achterliggende verpleegkundige diagnoses hebben namelijk een voorspellende waarde

nu ook relatief eenvoudig kan worden ingepast in de meeste ict-systemen. ■

Noot

De zogenoemde PES-structuur helpt verpleegkundigen hun diagnostische informatie te ordenen in objectief en subjectief waarneembare symptomatologie, oorzakelijke factoren of risico factoren en om er een herkenbare naam aan te geven: het 'probleemlabel'. Hiermee is de PES-structuur een onderdeel van een diagnostische classificatiestructuur, en tegelijkertijd een hulpmiddel om verpleegkundigen op een accurate wijze tot 'eenheid van taal' te laten komen, omdat het een diagnostische structuur bevat. Een structuur die herkenbaar is in zo goed als alle diagnostische structuren. Of het nu orgaangericht of belevingsgerichte diagnostiek betreft. Daarbij kan gesteld worden dat verpleegkundigen dus op de situatie, aan de context gerelateerde diagnostiek kunnen toepassen.

Referenties

- International Classification of Functioning, Disability and Health.* www.rivm.nl/who-fic/icf.htm
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of the Canadians: a working document.* Ottawa: Government of Canada.
- <https://medicineandsergebenhayon.files.wordpress.com/2012/07/lalonde.png>
- www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten
- Hoeymans, N., Melse, J.M. & Schoemaker, C.G. (red.) (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061006.* Bilthoven: RIVM.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. (red.) (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten.* Amsterdam: Reed Business.

De focus moet verschuiven van diagnose/probleem naar zorgresultaat

heden zijn of kunnen ontstaan om verpleegkundige (zorg-resultaten) te behalen. Sterker: de focus moet voor dit doel wellicht verschuiven van diagnose/probleem, naar zorgresultaat.

NOC: volledige werkset

Nu is er een (internationale) indeling van zorgresultaten die verbinding maakt met alle bovengenoemde classificaties en modellen: de NOC (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2011). Deze zorgresultaten bevinden zich op zeven, vrij abstracte, domeinen. Daaronder worden echter 31 klassen onderscheiden, die zowel iets zeggen over het 'probleemgebied' als over het gebied waarop resultaten kunnen worden behaald. Deze klassen zijn volledig, onderbouwd en hebben relatie met veroorzakende factoren en mogelijke interventies. Daarom zijn ze in onze ogen een adequate 'kernset', of nog liever 'werkset' (zie figuur 1).

Het voordeel van het gebruik van deze klassen als werkset verpleegkundige diagnoses en zorguitkomsten (want dat zijn

voor de te behalen resultaten. Bovendien kunnen door de bijbehorende indicatoren (meetbaar met een vijfpuntsschaal) de zorgresultaten per cliënt specifiek, meetbaar en dus op maat worden gemaakt. Dit geheel is evidence-based. Als verpleegkundigen in staat zijn om cliënten inzicht te bieden en daarmee aan te spreken op hun mogelijkheden, zullen deze ook eerder gemotiveerd zijn om te participeren in het behalen van resultaten. Als dan ook nog het materiaal ingezet wordt om achterliggende oorzaken van problemen op te sporen, dan kunnen de zorgresultaten nog scherper worden bepaald.

Hiermee is een voorstel gedaan voor een nieuwe onderbouwde werkset verpleegkundige diagnoses en zorguitkomsten die recht doet aan zowel de huidige maatschappelijke ontwikkelingen als wetenschappelijke inzichten. Een set, die bovendien geheel past binnen het verpleegkundig zorgproces: anamnese-diagnose-doelen-interventies-organisatie-evaluatie-resultaten. Een set die voldoet aan alle gestelde randvoorwaarden en die