

Methodische beschrijving van een ziektebeeld

Toelichting:

Verpleegkundigen krijgen tijdens de uitoefening van hun beroep te maken met zorgvragers met ziekten, stoornissen en/of handicaps. Verpleegkundigen zijn gericht de zorgvragen die voortkomen uit de gevolgen van ziekten, stoornissen en/of handicaps van deze zorgvragers en reageren hierop met hun eigen beroepsmethodiek (verpleegkundige anamnese, verpleegkundige problemen/diagnoses, verpleegkundige resultaten en verpleegkundige interventies en evaluatie). Kennis van anatomie, fysiologie, pathologie (ziekteleer), behandeling en preventie is hiervoor noodzakelijk.

Binnen de HBO-V is een methode ontwikkeld om systematisch gegevens met betrekking tot ziekten, stoornissen en handicaps te ordenen: De MBZ (methodische beschrijving van ziekten, stoornissen en handicaps). Deze kan relevant zijn bij het invullen van alle CAnMEDS-rollen op niveau 6. De MBZ is een hulpmiddel en geen doel op zich. De methode omvat 13 stappen. Het is de bedoeling dat elke stap met voldoende diepgang wordt ingevuld. Vraag je bij elke stap af wat de bedoeling en de verpleegkundige relevantie ervan is. De dertiende stap geeft de overgang naar de verpleegkundige invalshoek aan: In module 3, Laagcomplex tot complexe zorg BN2020, wordt ingegaan op de gevolgen van ziekte, stoornis en/of handicap van de zorgvrager (FGP = Functionele GezondheidsPatronen volgens Gordon) of de gevolgen van de aandoening, behandeling en leefstijl (ICF- componenten: International Classification of Functioning, disability and health). Vanuit een gerichte en gedegen methodische analyse van ziekten, stoornissen en handicaps en/of de gevolgen van de aandoening, behandeling en leefstijl kan de laatste stap volgen, een grondige toepassing van de verpleegkundige methodiek.

Methodische beschrijving van ziekten, stoornissen en/of handicaps

1. Korte omschrijving

In deze stap geef je in korte bewoordingen aan wat een ziekte, stoornis en/of handicap inhoudt.

2. Epidemiologie

Komt dit ziektebeeld vaak voor, is er man/vrouw verschil, bij bepaalde bevolkingsgroepen, leeftijdsafhankelijk, etc. Benoem een aantal belangrijke gezondheidsindicatoren, bijvoorbeeld morbiditeit naar leeftijd en geslacht, mortaliteit naar leeftijd en geslacht, levensverwachting, verloren levensjaren, ervaren gezondheid.

3. Oorzaak

Er zijn veel oorzaken te onderscheiden: somatische, psychische, sociale en spirituele oorzaken. Vaak is er sprake van combinaties hiervan. Handboeken op het vlak van ziekten/stoornissen/handicaps geven hier een overzicht over. In deze stap gaat het er om de oorzaak van de betreffende ziekte te geven, bijvoorbeeld een virus, een ontwikkelingsprobleem, erfelijke aanleg of psychosociale factoren.

4. Normale bouw en functie/normaal menselijk functioneren.

Normale bouw en functie van het aangedane lichaamsdeel en het normale psychische, sociale en spirituele functioneren voor zover van belang voor begrip van de ziekte, stoornis en/of handicap.

Om het ontstaan en verloop van een ziektebeeld goed te kunnen begrijpen moet je voldoende op de hoogte zijn van de normale bouw en werking van het betreffende lichaamsdeel en het normale menselijk functioneren.

5. Categorie/indeling

* Tot welke categorie behoort deze ziekte? Van welk soort stoornis is er sprake? In de literatuur worden ziekten ingedeeld in een aantal categorieën: ontsteking, trauma (verwonding), regressie - chronisch (achteruitgang) en/of groeistoornis (te sterk, te gering of afwijkend).

Vrijwel ieder ziektebeeld is in een of meer van deze groepen in te delen. Wanneer er meerdere mogelijkheden zijn, ga dan na welke de eerste factor is die een rol heeft gespeeld bij het ontstaan.

* De DSM V (2013) geeft een indeling voor stoornissen (bijv. stemmingsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, eetstoornissen).

6. Verklaren van verschijnselen

In deze stap worden verschijnselen verklaard met behulp van kennis over de invloed van algemene processen op bouw en/of functie (stap 4). In deze stap ga je na hoe door de invloed van aangegeven oorzaak en categorie op het betreffende lichaamsdeel (of hele lichaam) de verschijnselen die zichtbaar zijn bij deze ziekte (symptomen) te verklaren zijn (bv. hoe kun je verklaren dat er bij een ontstoken gewricht roodheid te zien is).

Bij psychiatrische stoornissen ga je na hoe het lichamelijk, psychosociaal en zingend functioneren verstoord zijn door de stoornis (bv. een reactieve depressie die door een combinatie van erfelijke en situationele factoren is ontstaan).

7. Diagnose

Hoe stelt de arts/psychiater de diagnose: wat is daar voor nodig, welke criteria? Zijn er onderzoeken noodzakelijk, zo ja welke?

8. Therapie

Therapie: ontwerp en uitvoering van een interventie met het doel het pathologisch functioneren te doen verdwijnen, te verminderen of de gevolgen ervan te beperken.

Beschrijf mogelijke behandelingsvormen en de argumentatie voor een keuze in het kort en mogelijke effecten ervan voor de patiënt. Indien de therapie medicatie bevat: bestudeer van het medicijn: de indicatie, eigenschappen (Eliminatie, T-max. en T ½) contra-indicaties, bijwerkingen en doseringen. Zie <http://www.fk.cvz.nl/>

9. Gevolgen/bijwerkingen

Welke zijn de gevolgen/ bijwerkingen van de gekozen behandeling

10. Complicaties

Welke complicaties zijn te verwachten bij dit ziektebeeld op korte termijn en op lange termijn?

11. Prognose

Een prognose is een door onderzoek gefundeerde voorspelling van het mogelijke beloop van een ziekte, stoornis of handicap, enerzijds zonder therapeutisch ingrijpen (natuurlijk beloop) anderzijds onder invloed van (tijdens of na) een behandeling.

Wat is de prognose op korte termijn en lange termijn?

12. Preventie

Welke preventieve maatregelen bestaan er met betrekking tot de betreffende ziekte, stoornis en/of handicap en tot welke vorm van preventie behoren de maatregelen? Welke risicogroepen zijn er?

- Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft ten doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;

- Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking.

Selectieve preventie heeft ten doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden van individuen met een hoog risico naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;

- Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft ten doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling;

- Zorg gerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of één of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft ten doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen. De indeling biedt de mogelijkheid onderscheid te maken tussen collectieve en individuerichte preventie.

13. Verpleegkundige methodiek.

Als voorgaande stappen zijn gezet kun je je afvragen:

Aan de hand van een classificatiesysteem kun je je afvragen; voor welke functionele gezondheidspatronen (Gordon) heeft deze ziekte stoornis en/of handicap mogelijk consequenties? Of bij de ICF- componenten wat de gevolgen zijn voor de zorgvrager met betrekking tot de aandoening, de bijbehorende behandeling en de leefstijl. Dit helpt je ook voorafgaand aan het gegevens verzamelen, waar stel ik vragen over, wat is belangrijk om te onderzoeken. Van daaruit kom je tot hypothetische verpleegkundige diagnoses. In de volgende module ga je leren hoe je per verpleegkundige diagnose de resultaten, interventies (en acties) kunt bepalen. Denk daarbij ook aan bijbehorende PC-problemen. In iedere verpleegsituatie kun je gebruik maken van deze aanpak. Het is wenselijk de informatie uit de stappen zo veel mogelijk te gebruiken bij de invulling van het verpleegkundig proces.

Dobber, J., Harmsen, J., van Iersel, M., (2016). *Klinisch redeneren en evidence- based practice. Weloverwogen besluitvorming door verpleegkundigen*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Gordon, M. (2002). *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Schoot, T., & Vermeij, T. (2011). *De verpleegkundige als zorgverlener* (2^e herz. dr.). Utrecht: ThiemeMeulenhoff.