

# **Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD**

Astma Fonds  
Leusden

1<sup>e</sup> versie januari 2000  
Laatste update mei 2004

# Inhoudsopgave

<b>INLEIDING</b>	<b>2</b>
<b>1 VERPLEEGKUNDIG PROCES</b>	<b>3</b>
1.1 Verpleegkundig proces	3
1.2 Verpleegkundige diagnose	3
1.3 Proces van diagnosticeren	4
1.4 Verpleegkundige interventie en evaluatie van zorg	4
<b>2 VERPLEEGKUNDIGE ANAMNESE EN OBSERVATIES</b>	<b>5</b>
2.1 Inleiding	5
2.2 Situatiebeschrijving	5
2.3 Anamnesegegesprek en observaties volgens de gezondheidspatronen van Gordon	5
<b>3 VAN GEGEVENS TOT VOORLOPIGE VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE</b>	<b>9</b>
3.1 Inleiding	9
3.2 Ordening van de aanwijzingen	9
<b>4 DRIE VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSES</b>	<b>11</b>
4.1 Diagnostische hypothesen	11
4.2 Diagnose Kennistekort (rond ziektebeeld, behandeling en leefregels)	11
4.3 Diagnose Voedingstekort (als gevolg van longemfyseem)	14
4.4 Diagnose Ineffectieve luchtwegreiniging	16
<b>REFERENTIES</b>	<b>18</b>
<b>Bijlage 1 Verpleegkundige diagnoses, relevant voor de 'standaard' COPD-patiënt</b>	<b>1</b>

## **INLEIDING**

In Nederland neemt de belangstelling voor verpleegkundige diagnostiek toe en krijgt een plaats in de zorg voor de patiënt met COPD (chronic obstructive pulmonary disease). In 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD' is het denk- en redeneerproces beschreven dat noodzakelijk is om een verpleegkundige diagnose te stellen. De vertaalslag van theorie naar praktijk is gemaakt door drie verpleegkundige diagnoses die veel voorkomen bij mensen met COPD uit te werken.

Hierbij is de 'Handleiding Verpleegkundige Diagnostiek 1995-1996' van M. Gordon de basis. Deze handleiding is onmisbaar bij het lezen van 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD'.

In hoofdstuk 1. wordt een korte inleiding over het verpleegkundig proces gegeven en diagnosticeren als fase van het verpleegkundig proces verder uitgewerkt. Daarna wordt in hoofdstuk 2. een verpleegkundige anamnese afgenomen bij een patiënte met COPD en worden de verpleegkundige observaties beschreven. De patiënte is mevrouw Geel genoemd, dit is niet haar werkelijke naam. De Functionele Gezondheidspatronen van Gordon zijn hierbij de leidraad. Vervolgens worden in hoofdstuk 3. de gegevens geordend. Tenslotte wordt in hoofdstuk 4. het stellen van drie diagnoses beschreven. Deze diagnoses zijn gekozen omdat ze frequent voorkomen bij de medische diagnose COPD. Voor de leesbaarheid wordt de vrouwelijke vorm voor de verpleegkundige gebruikt

Voor meer informatie over de verpleegkundige interventies voor de verpleegkundige zorg voor de patiënt met COPD kunt u gebruik maken van de module 'Verpleegkundige zorg, 4<sup>e</sup> kwalificatieniveau' van het Astma Fonds.

Leusden  
mei 2004

# 1 VERPLEEGKUNDIG PROCES

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het diagnosticeren als fase van het verpleegkundig proces.

## 1.1 Verpleegkundig proces

Om professioneel hulp te verlenen aan de patiënt met COPD moet de verpleegkundige duidelijk voor ogen hebben welke hulp zij dient te verlenen. Een uitgebreide anamnese vormt hiervoor het uitgangspunt. Verplegen is een complexe activiteit die tot doel heeft individuen en groepen te helpen bij het uitvoeren van zelfzorgactiviteiten ten behoeve van een gezond bestaan. Taken die de verpleegkundige kan vervullen zijn onder meer het vaststellen van de problemen en het bevorderen of ondersteunen van de zelfzorg en eventueel het overnemen van de zorg (McFarlane & Castledine, 1990).

In de Nederlandse literatuur wordt het verpleegkundig proces, ook wel verpleegproces genoemd, meestal gelijk gesteld met het verpleegkundig methodisch handelen via een aantal fasen (Van Rest-Bakker, 1984) of het systematisch verpleegkundig handelen (Grypdonck, 1979).

Werken volgens het verpleegkundig proces is een systematische, doelgerichte, planmatige en procesmatige manier van werken (McFarland en McFarlane, 1993).

Een aantal auteurs hebben de stappen als volgt beschreven:

- anamnese;
- probleemidentificatie (diagnose);
- planning (van doelen en interventies);
- implementatie (van geplande activiteiten);
- evaluatie; (Albersnagel, 1993; Kruijswijk Jansen & Mostert, 1994).

Gordon (1994) beschrijft de volgende stappen van het verpleegkundig proces:

- het vaststellen van de problemen met daarin: anamnese en diagnose;
- het oplossen van de problemen met de onderdelen: het formuleren van de gewenste uitkomsten (doelstellingen), interventie en evaluatie van de uitkomsten.

## 1.2 Verpleegkundige diagnose

In het Vooronderzoek Begrippenkader Verpleegkunde is in 1993 op basis van consensus een definitie van een verpleegkundige diagnose tot stand gekomen (toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1993):

'Een verpleegkundige diagnose is een vaststelling van iemands feitelijke of mogelijke reacties op gezondheidsproblemen of levensprocessen op grond waarvan verpleegkundige zorg kan worden verleend' (Begrippenkader Verpleegkunde, 1993).

Een verpleegkundige diagnose omvat een naam (label), een begripsomschrijving (definitie), een lijst met typische kenmerken behorend bij dat probleem (diagnostische aanwijzingen), mogelijke determinanten (ondersteunende aanwijzingen) en etiologische factoren (oorzakelijke of samenhangende factoren). Dit in ogenschouw genomen is er op dit moment in Nederland gekozen voor de door de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gepubliceerde verpleegkundige diagnoses. De NANDA formuleert de verpleegkundige diagnose als een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en/of levensprocessen. De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van de verpleegkundige interventies, voor de resultaten waarvan de verpleegkundige aansprakelijk is (NANDA, 1992).

Het verschil tussen de definitie van een verpleegkundige diagnose van het Nederlandse 'Begrippenkader Verpleegkunde' en die van de NANDA is dat volgens het Nederlandse Begrippenkader Verpleegkunde de verpleegkundige diagnose gericht is op de patiënt en volgens de NANDA op het patiëntensysteem.

In 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD' wordt uitgegaan van de definiëring van de NANDA omdat het alleen uitgaan van de patiënt te summier is voor de verpleging van een patiënt met COPD.

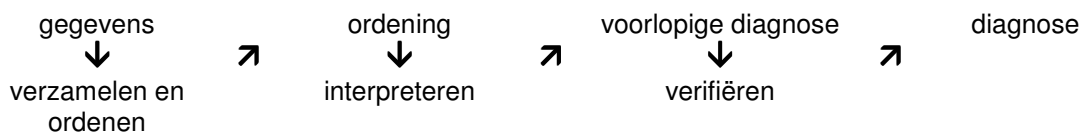
Het verschil tussen verpleegprobleem en verpleegkundige diagnose is niet altijd duidelijk.

In Nederland is in 1992 overeengekomen dat alleen van een verpleegkundige diagnose wordt gesproken wanneer er van een wetenschappelijke onderbouwing sprake is. In alle andere gevallen spreekt men in Nederland van verpleegproblemen.

Gordon gaat uit van de gedachte dat de mens elf algemene functionele gezondheidspatronen heeft. De gezondheidspatronen gaan uit van een holistische benadering, hoewel er een sterk fysiologische systeemindeling in te herkennen is. Deze functionele gezondheidspatronen worden in 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD' gebruikt bij de verpleegkundige anamnese en observaties.

### 1.3 Proces van diagnosticeren

Om te komen tot een diagnose moeten achtereenvolgens verschillende activiteiten plaatsvinden. Dit proces wordt meestal in een aantal stappen weergegeven (Begrippenkader Verpleegkunde, 1993). Deze stappen zijn: verzamelen, ordenen en interpreteren van gegevens voor een voorlopige diagnose, welke vervolgens wordt geverifieerd om tot een definitieve diagnose komen. Dit proces dient te resulteren in een oordeel: de diagnose.



### Structuur van de verpleegkundige diagnose

In de literatuur worden meerdere structuren van de verpleegkundige diagnoses beschreven. In 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD' wordt gebruik gemaakt van de structuur, zoals ook in de 'Handleiding Verpleegkundige diagnoses' wordt gebruikt.

De verpleegkundige diagnose is gestructureerd door het geven van een naam (label) en de definitie. Bij de feitelijke problemen worden de bepalende kenmerken en de oorzakelijke of samenhangende factoren genoemd. Bij de dreigende problemen worden de risicofactoren genoemd.

De bepalende kenmerken zijn te verdelen in diagnostische en ondersteunende aanwijzingen. De diagnostische aanwijzingen zijn voorwaarden voor het stellen van de diagnose. De ondersteunende aanwijzingen zijn ondersteunend of aanvullend hierbij, maar behoeven niet altijd aanwezig te zijn. Daarnaast worden de oorzakelijke of samenhangende factoren genoemd en tenslotte de risicogroepen.

### Veel voorkomende verpleegkundige diagnoses bij patiënten met COPD

Bij patiënten met de medische diagnose COPD komt een aantal verpleegkundige diagnoses veel voor. Deze diagnoses vindt u in bijlage 1.

Drie van deze veel voorkomende diagnoses worden in de volgende hoofdstukken uitgewerkt volgens het NANDA-systeem.

### 1.4 Verpleegkundige interventie en evaluatie van zorg

De vastgestelde verpleegkundige diagnoses vormen de basis voor de planning van de zorg. Verpleegkundige interventies zijn handelingen, aangestuurd door een verpleegkundige, die een patiënt van zijn huidige situatie naar de beoogde toestand moeten helpen. Een interventie kan betekenen: iets doen voor de patiënt, iets doen met de patiënt of de patiënt helpen het gezondheidsprobleem zelf te beïnvloeden of te verhelpen. De keuze van het type interventie hangt af van de verpleegkundige diagnose en de beoogde resultaten.

Evalueren is het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorgverlening binnen het gehele verpleegkundige proces. In deze evaluatie kan het product, het proces en de structuur van de verpleegkundige zorg worden beoordeeld (Kruijswijk Jansen & Mostert, 1994)

In 'Verpleegkundig diagnosticeren bij mensen met COPD' wordt niet verder ingaan op de interventies en de evaluatie van de zorg.

## **2 VERPLEEGKUNDIGE ANAMNESE EN OBSERVATIES**

### **op basis van een casus**

#### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een anamnesegebesprek, verpleegkundige observaties en aanvullende medische gegevens, een casus beschreven van een patiënte met COPD, mevrouw Geel.

Het afnemen van de verpleegkundige anamnese, het doen van observaties en het verzamelen van andere relevante gegevens zijn de eerste stap in het verpleegkundig proces. Er wordt doelbewust en op systematische wijze gegevens van de gezondheidssituatie van de patiënt verzameld, die nodig zijn om het wegingsproces ten behoeve van de diagnostiek te kunnen maken. De gegevens worden door middel van een interview met de patiënt, lichamelijk onderzoek, observatie, eerdere rapportage en informatie van derden verkregen (Carpenito, 1995).

De gespreksonderwerpen in het anamnesegebesprek en de observaties zijn gerangschikt volgens de functionele gezondheidspatronen van Gordon.

#### **2.2 Situatiebeschrijving**

Mevrouw Geel is zeventig jaar en gehuwd. Ze heeft twee zoons. Een van beide zoons woont in dezelfde woonplaats. Hij en zijn vrouw komen dagelijks even bij het echtpaar kijken, ook de kleinkinderen komen regelmatig langs. De andere zoon woont met zijn gezin op 150 kilometer afstand en is daardoor niet dagelijks betrokken bij de zorg. Het echtpaar woont sinds drie jaar in een serviceflat.

Zeven jaar geleden werd longemfyseem geconstateerd.

#### **2.3 Anamnesegebesprek en observaties volgens de gezondheidspatronen van Gordon**

##### ***Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding***

Mevrouw vertelt altijd gezond te zijn geweest en nooit klachten van benauwheid te hebben gehad. Ze zegt vroeger veel gerookt te hebben, dertig sigaretten per dag. Nu rookt ze niet meer zoveel, af en toe een sigaret om goed te kunnen ophoesten: 'Dat kan toch geen kwaad?'

Bij doorvragen blijkt mevrouw vroeger veel bronchitisklachten te hebben gehad, ze is vaak en langdurig verkouden en ze hoest veel.

Mevrouw Geel zegt dat ze de longartsen nooit heeft geloofd en hen maar liet praten: 'Het ging toch goed'.

De laatste tijd gaat het echter niet goed, zegt ze zelf. Mevrouw lijkt dit niet te kunnen begrijpen en vraagt steeds om uitleg. Regelmatig heeft zij longontstekingen, waarbij ze veel last heeft van vastzittend sputum, hoesten en benauwheid. Het lijkt er op dat ze de kracht niet heeft om goed op te hoesten. Hoe dit komt lijkt zij niet te weten: 'Ik kom al twee jaar de deur niet meer uit'. Sinds twee jaar krijgt zij vierentwintig uur per dag zuurstof, twee liter, via een zuurstofconcentrator. Haar man helpt haar volledig met de zuurstoftoediening.

Tijdens een longontsteking schrijft de huisarts over het algemeen een prednisonkuur van zeven dagen voor. Daarnaast vernevelt zij dan extra medicijnen (acht keer in plaats van zes keer). Voor deze ontstekingen is mevrouw regelmatig opgenomen geweest.

Mevrouw Geel weet dat er aan het longemfyseem zelf niets te doen is. Kortgeleden heeft zij aan de huisarts aangegeven niet meer in het ziekenhuis opgenomen te willen worden. Vanwege hartklachten en een hoge bloeddruk heeft de cardioloog medicijnen voorgeschreven. Zij heeft verklaard niet gereanimeerd te willen worden.

##### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw is zeer mager en heeft een blauw/grauwe kleur. Ze heeft een piepende ademhaling en is benauwd en kan daardoor moeilijk een gesprek voeren. Ze heeft een naar voren gebogen houding en de borstkas is misvormd. Ze rochelt en heeft een zuurstofslangetje (neusvorkje) in haar neus. Haar pols is 92 per minuut, temperatuur 39,5°C en haar bloeddruk 160/90 mm/Hg.

### ***Voedings- en stofwisselingspatroon***

Vanwege de ernstige benauwdheid is eten en drinken zeer vermoeiend en kost haar erg veel energie. Ook geeft mevrouw aan snel een vol gevoel te hebben. Mevrouw is het laatste half jaar 8 kg afgevallen en weegt nu slechts 45 kilo. Tijdens de laatste ziekenhuisopname heeft de diëtiste mevrouw nadrukkelijk geadviseerd meerdere maaltijden op een dag te gebruiken om een goed lichaamsgewicht te houden.

Zij vertelt de lunch vaak over te slaan omdat deze te snel na het ontbijt volgt. Ook de warme maaltijd 's avonds staat haar vaak tegen. Drinken doet ze niet zoveel omdat ze dan vaak naar het toilet moet en dat is erg vermoeiend.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw is erg mager (gewicht: 45 kg. ; lengte: 1.76 meter). Haar huid is erg dun en droog, de huidturgor is slecht, blijft staan.

### ***Uitscheidingspatroon***

Ontlasting komt om de dag en is hard van consistentie, waar ze overigens geen last van heeft. Zij heeft geen last van buikkrampen. De urine komt regelmatig met kleine beetjes en is donker van kleur. Zij zegt geen incontinentieproblemen te hebben. Mevrouw heeft geen hulp nodig bij het naar het toilet gaan, hoewel dit zeer vermoeiend voor haar is. Zij heeft het niet snel warm of koud en transpireert zelden. Door het continue ademen door haar mond heeft zij last van een droge mond en keel.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw heeft droge schrale lippen en korstjes in haar mondhoeken.

### ***Activiteitenpatroon***

Zelfstandig lopen is mogelijk met behulp van een rollator. Ze loopt dan van de slaapkamer (naast de woonkamer) naar de stoel; van de stoel naar de keuken en van de stoel naar de badkamer. Alle vertrekken grenzen aan de woonkamer en er zijn geen drempels.

Zij is al twee jaar niet naar buiten geweest, uit angst kou te vatten en vanwege het zuurstofgebruik. Mevrouw is bang dat de kleine cylinder onderweg opraakt, bovendien vindt ze het gestaar van de mensen vervelend.

Wel gaat mevrouw als ze een goede dag heeft met haar echtgenoot mee naar het winkeltje en de bibliotheek beneden.

Overdag zit zij veel te lezen of ze kijkt samen met haar man naar de televisie. Schrijven gaat moeilijk omdat ze dan gaat trillen. Met haar kleinkinderen speelt ze graag een potje Rummikub.

ADL: Na elke, ook minimale, inspanning is mevrouw uitgeput en moet zij happend naar adem ongeveer een kwartier bijkomen. Ze kan zeer weinig activiteiten verrichten en elke activiteit die zij onderneemt, doet ze snel en gehaast.

Ze wordt dagelijks geholpen met het wassen en aankleden door de wijkverpleegkundige. De laatste maanden komt het vaker voor dat zij niet meer aangekleed wil worden aangezien het uitkleden 's avonds te inspannend is ondanks de hulp van haar man.

HDL: Het huishouden wordt gedaan door de gezinszorg, die drie keer per week drie uur langs komt. Ook de kinderen en kleinkinderen springen regelmatig bij.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw zit continu in dezelfde houding, voorovergebogen in de stoel. Naast haar liggen een stapeltje boeken en de afstandsbediening van de televisie.

Na een paar stappen lopen is zij uitgeput en kan enkele minuten niet praten. Zij zit op een vezelkussen ter voorkoming van decubitus.

### ***Slaap- en rustpatroon***

Mevrouw zegt geen problemen met het slapen te hebben. Zij neemt elke avond om 22.00 uur een slaaptablet en slaapt dan redelijk tot ongeveer 7.00 uur door. Om 9.00 uur staat ze op als de wijkverpleegkundige komt. Echt uitgerust voelt ze zich echter nooit.

Mevrouw gaat 's middags regelmatig even naar bed om te rusten.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw ziet er moe uit met donkere kringen onder haar ogen.

### ***Denk- en waarnemingspatroon***

Het gezichtsvermogen is goed met behulp van een bril. Zij heeft een aparte leesbril. Het gehoor is volgens mevrouw goed. Het geheugen is goed, zij weet alles tot in details terug te vertellen, een enkele keer herhaalt zij dingen. Zij staat open voor nieuwe zaken maar moet hier altijd eerst aan wennen. Bij suggesties om wat in de verzorging te veranderen vraagt zij doorgaans wat bedenktijd.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw kan zich goed uitdrukken en is duidelijk in haar beslissingen omtrent wat ze wel en niet meer wil. Ze wil graag over haar problemen omtrent haar ziekte praten. Soms praat ze over dingen heen of lijkt ze bepaalde zaken niet te horen. De radio of televisie staan vaak hard aan.

### ***Zelfperceptie- en zelfbeeldpatroon***

Ondanks de steun en zorg van haar man en kinderen, ziet zij de toekomst somber in. Zij zegt zich vaak moedeloos en neerslachtig te voelen. Ook voelt ze zich vaak schuldig ten opzichte van haar gezin. Vroeger was zij altijd optimistisch en een echte doorzetter.

Bij een benauwdheid is ze bang niet genoeg lucht te kunnen krijgen, dit gebeurt de laatste tijd steeds vaker.

Mevrouw zegt ontevreden te zijn met haar uiterlijk: 'Vel over heen'. Ook haar slechte conditie ergert haar.

### **Verpleegkundige observatie**

Haar jurk is veel te ruim en het haar is dof en slecht verzorgd. Haar nagels zijn kort afgeknipt.

### ***Rollen- en relatiepatroon***

Mevrouw Geel woont met haar man in een serviceflat. Zij heeft een hechte band met haar man, kinderen en kleinkinderen. Haar vriendin komt haar wekelijks bezoeken. Met de medebewoners van de flat heeft het echtpaar een goed contact en regelmatig komt een van de burens langs. Mevrouw wil niet al haar problemen met haar familie bespreken, met name haar angst om te stikken wil ze met hen niet bespreken. Zij voelt zich erg afhankelijk en wil niet alles vragen aan haar naasten: 'Zij moeten al zoveel voor mij doen'. Haar familie is zeer bezorgd, maar verwoordt dit niet.

### **Verpleegkundige observatie**

Naast mevrouw staat de telefoon waar ze, als ze niet benauwd is, regelmatig gebruik van maakt om met haar kinderen te bellen.

### ***Seksualiteit- en voortplantingspatroon***

Met haar man heeft ze een warme relatie. Zij spreekt met veel liefde over hem. Sinds enige jaren heeft zij geen actieve seksuele relatie meer met haar man.

### **Verpleegkundige observatie**

Het echtpaar gaat liefdevol met elkaar om. Het echtpaar heeft 1 slaapkamer, ondanks het hoesten en de benauwdheid van mevrouw slapen zij samen.

### ***Coping- en stresstolerantiepatroon***

De lichamelijke achteruitgang van mevrouw, waardoor zij weinig activiteiten kan verrichten is volgens haar een grote stressfactor. Wel willen, maar niet kunnen! Zij zegt de hele dag bezig te zijn met lucht krijgen.

Mevrouw geeft aan behoefte te hebben aan praten over haar toekomstverwachting en levenseinde. Zij doet dit alleen met professionele hulpverleners zoals de huisarts en de wijkverpleegkundige.

Wanneer zij erg nerveus is mag zij van de huisarts een tabletje oxazepam nemen.

Mevrouw geeft aan dat ze aan haar man en kinderen merkt dat ze zich zorgen maken over haar.

Haar man en kinderen praten er met haar, maar ook met de huisarts en de wijkverpleegkundige niet over. Zij lijken het contact met huisarts en wijkverpleegkundige te mijden.

### **Verpleegkundige observatie**

Een gesprek met de partner en andere familie over andere dan praktische zaken gaat zeer moeizaam en wordt ontweken.

### **Waarden- en (geloofs)overtuigingspatroon**

Mw. G. is niet verbonden aan een kerk, wel gelooft zij in 'iets'. Zij wil graag dat iedereen eerlijk is tegen haar. Een kunstmatige levensverlenging wil zij niet. Zij heeft daarom verklaard niet gereanimeerd te willen worden.

### **Verpleegkundige observatie**

Mevrouw is eerst onrustig als dit onderwerp ter sprake is, in de loop van het gesprek wordt zij rustiger en kan goed aangeven waarom zij deze keuzes maakt.

### **Aanvullende gegevens**

#### **Medicatie:**

*ipratropium* (Atrovent®), unit-dose a 0,5 mg in 2 ml } samen vernevelen 6x daags  
*salbutamol* (Ventolin®), inhalatie vloeistof 5 mg/ml } met 1 ml fysiologisch zout  
*beclomethason* (Becotide®), 4 x daags een pufje met voorzetkamer  
*prednison*, 1x daags 5 mg oraal  
*theophylline*, 2x daags 300 mg  
*acetylcysteïne*, (Fluimucil®), 2x daags 600 mg bruistablet  
*temazepam* (Normison®), 1x daags 10 mg (voor het slapen)  
*oxazepam* (Seresta®), zo nodig 10 mg  
*calcium*, 1x daags 1000 mg  
*alendroninezuur* (Fosamax®), 1x daags 10 mg

### 3 VAN GEGEVENS TOT VOORLOPIGE VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE

#### 3.1 Inleiding

Uit de verpleegkundige anamnese en observaties van mevrouw Geel worden een aantal gegevens verkregen die op grond van de kennis en ervaring van de verpleegkundige geselecteerd worden en in dit hoofdstuk als aanwijzingen worden geordend volgens de Functionele Gezondheidspatronen van Gordon. Met behulp van de geordende aanwijzingen kan worden gezocht naar een voorlopige diagnose, ook wel hypothetische diagnose genoemd. Een drietal voorlopige diagnoses wordt in hoofdstuk 4 gerelateerd aan een aantal erkende verpleegkundige diagnoses van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

#### 3.2 Ordening van de aanwijzingen

##### ***Patroon van gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding:***

- Nooit klachten
- Veel gerookt
- Af en toe een sigaret, ophoesten
- Bronchitisklachten
- Longarts nooit geloofd
- De achteruitgang niet begrijpen
- Longontstekingen
- Hoesten
- Vastzittend sputum
- Benauwd
- Al twee jaar de deur niet uit
- Mager
- Blauw-grauwe kleur
- Moeilijk een gesprek voeren
- Rochelen
- Gebogen houding
- Vergroeiing van de borstkas

##### ***Voedings- en stofwisselingspatroon***

- Eten en drinken is zeer vermoeiend
- Snel 'vol' gevoel
- Sterk afgevallen
- Overslaan lunch
- Drinkt niet zoveel
- Geen trek in warme maaltijd

##### ***Uitscheidingspatroon***

- Huid dun en droog
- Huidturgor slecht
- Urine donker
- Droge mond en keel
- Harde ontlasting

##### ***Activiteitenpatroon***

- Angst dat de cilinder opraakt
- Gestaar van mensen
- Schrijven moeilijk i.v.m. trillen
- Snel vermoeid
- Activiteiten te gehaast
- Hulp bij wassen en aankleden
- Uitkleden te vermoeiend
- Hulp bij huishouden
- Antidecubituskussen

- Slechte conditie
- Weinig activiteiten
- Gebruikt rollator

***Slaap-rustpatroon***

- Slaapt goed
- Nooit echt uitgerust
- 's Middags rusten
- Moe uiterlijk, kringen

***Denk- en waarnemingspatroon***

- Negeren van opmerkingen van de longarts
- Behoefte aan uitleg

***Zelfperceptie- en zelfbeeldpatroon***

- Somber toekomstbeeld
- Moedeloos, neerslachtig
- Onvrede over uiterlijk
- Dof, slecht verzorgd haar
- Veel te ruime kleding

***Rol- en relatiepatroon***

- Schuldig t.o.v. gezin
- Niet alle problemen met de familie bespreken
- Afhankelijk
- Gesprek met de familie niet mogelijk

***Seksualiteits- en voortplantingspatroon***

***Coping- en stresstolerantiepatroon***

- Angst voor kou vatten
- Nerveus
- Angst dat de cilinder leeg raakt

***Waarden- en levensovertuigingspatroon***

- Wil niet gereanimeerd worden

## 4 DRIE VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSES

Voor de casus van mevrouw Geel worden drie diagnoses uitgewerkt namelijk 'kennistekort', 'ineffectieve luchtwegreiniging' en 'voedingstekort'<sup>1</sup>. Deze diagnoses zijn gekozen omdat ze frequent worden aangetroffen bij de medische diagnose COPD.

### 4.1 Diagnostische hypothesen

Naar aanleiding van de in paragraaf 3.2 geordende aanwijzingen worden deze geanalyseerd en samengevat. Op basis daarvan wordt de voorlopige (=hypothetische) diagnose gesteld. De drie boven genoemde hypothesen worden verder uitgewerkt door ze te relateren aan de NANDA-diagnoses. De vertaling van Gordon<sup>2</sup> wordt gebruikt.

De NANDA-diagnoses en de aanwijzingen worden naast elkaar gezet. Het resultaat kan dan de diagnose zijn of het kan zijn dat meer aanwijzingen nodig zijn om de diagnose vast te stellen. Tot de diagnose vastgesteld is spreken we van diagnostische hypothese.

Het kan blijken dat er te weinig aanwijzingen zijn om van de hypothetische diagnose tot de definitieve diagnose te komen.

### 4.2 Diagnose Kennistekort (rond ziektebeeld, behandeling en leefregels)

Onvermogen om informatie of uitleg te geven over gezondheidsgewoonten, gezondheidsinstandhouding en/of behandelingsprocedures of de hiervoor vereiste vaardigheden ten uitvoer te brengen; rond

- ziektebeeld
- behandeling
- leefregels

---

<sup>1</sup> De diagnoses zijn goedgekeurd door de North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)

<sup>2</sup> Gordon, M., Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1998-1996, De Tijdstroom, Utrecht 1996

Bepalende kenmerken volgens NANDA	Bepalende kenmerken uit casus mw. Geel
<p><i>Diagnostische aanwijzingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geuit gebrek aan kennis</li> <li>• observatie dat verstrekte informatie niet is onthouden of verkeerd is begrepen en een of meer van de volgende aanwijzingen</li> <li>• onvermogen om informatie adequaat te herhalen of een vaardigheid voor te doen</li> <li>• onjuist antwoord op vragen</li> <li>• onvermogen om instructies op te volgen</li> </ul>	<p><i>Diagnostische aanwijzingen uit casus mevrouw Geel</i></p> <p>Geuit gebrek aan kennis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de achtergrond en oorzaak van emfyseem ontbreekt</li> <li>• de verschijnselen van het ziektebeeld zijn onbekend</li> <li>• de oorzaak van longontsteking is onbekend</li> <li>• de oorzaak van regelmatig terugkerende longontstekingen</li> <li>• de gevolgen van emfyseem voor ADL zijn onbekend</li> </ul> <p>De informatie is niet begrepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mevrouw begrijpt haar achteruitgang niet</li> </ul> <p>Onvermogen om instructie op te volgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• voedingspatroon is slecht ondanks adviezen van de diëtist, slaat lunch over</li> </ul>
<p><i>Ondersteunende aanwijzingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vraag om informatie</li> <li>• niet-naleven van gezondheidsvoorschriften</li> <li>• ongepast of overdreven gedrag</li> </ul>	<p><i>Ondersteunende aanwijzingen uit de casus mevrouw Geel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• af en toe een sigaret, om goed op te hoesten</li> <li>• nooit klachten, maar wel veel bronchitis gehad en vaak en lang verkouden geweest en veel gehoest</li> <li>• longontsteking terwijl ze toch al twee jaar de deur niet meer uit komt.</li> <li>• de weinige activiteiten die ze onderneemt doet ze snel en gehaast.</li> <li>• behoefte aan uitleg</li> <li>• de achteruitgang niet begrijpen</li> <li>• nooit klachten</li> <li>• longarts nooit geloofd</li> <li>• overslaan van de lunch, weinig drinken</li> <li>• negeren van opmerkingen van de longarts</li> </ul>

Oorzakelijk of samenhangende factoren volgens NANDA	Oorzakelijk of samenhangende factoren in de casus mw. Geel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderd vermogen om informatie op te nemen (bijv. door angst);</li> <li>• gebrek aan interesse;</li> <li>• geringe motivatie om te leren;</li> <li>• ongecompenseerd korte-termijngeheugenverlies;</li> <li>• onvermogen om gebruik te maken van materialen of informatiebronnen (bijv. vanwege culturele of taalverschillen);</li> <li>• onbekendheid met informatiebronnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderd vermogen om informatie in zich op te nemen door vermoeidheid;</li> <li>• geringe interesse/motivatie, haar longarts nooit geloofd;</li> <li>• verminderd vermogen te communiceren, spreken gaat moeizaam door benauwdheid.</li> </ul>

Risicogroepen volgens NANDA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nieuwe behandeling;</li> <li>• gecompliceerde behandeling;</li> <li>• tijdelijk of permanent cognitietekort (intellectueel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gecompliceerd medisch en verpleegkundig behandelplan</li> </ul>

**Conclusie: De diagnostische hypothese wordt als diagnose vastgesteld: kennistekort (rond ziektebeeld, behandeling en leefregels).**

De diagnostische kenmerken en verschijnselen zijn gevonden. De ondersteunende aanwijzingen zijn ondersteunend en aanvullend hierbij.

### 4.3 Diagnose Voedingstekort (als gevolg van longemfyseem)

Onvoldoende inname van voedingsstoffen om aan de fysiologische behoefte te voldoen.

Bepalende kenmerken volgens NANDA	Bepalende kenmerken uit casus mw. Geel
<p><i>Diagnostische aanwijzingen (ondersteund door onderzoek):</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gewichtsverlies (bij al dan niet adequate voedselinname); 20% of meer onder het ideale lichaamsgewicht;</li><li>• minder voedselinname dan aanbevolen minimale hoeveelheid (geobserveerd of volgens opgave patiënt)</li></ul>	<p><i>Diagnostische aanwijzingen uit casus mevrouw Geel</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• gewichtsverlies: gewicht 45 kg en lengte 1.76 meter. Afgelopen half jaar 8 kg afgevallen. Normaal lichaamsgewicht tussen de 53 en 72 kg.</li><li>• onvoldoende voedselinname blijkt uit:<ul style="list-style-type: none"><li>- mevrouw geeft aan regelmatig de lunch over te slaan;</li><li>- mevrouw geeft aan geen trek te hebben in de warme maaltijd;</li><li>- mevrouw geeft aan snel 'vol' te zitten</li></ul></li></ul>
<p><i>Ondersteunende aanwijzingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• vermoeidheid;</li><li>• capillair-fragiliteit;</li><li>• bleke conjunctiva en slijmvliezen;</li><li>• overmatig haarverlies; lage spiertonus;</li><li>• buikpijn en/of krampen;</li><li>• diarree en/of steatorroe</li></ul>	<p><i>Ondersteunende aanwijzingen uit de casus mevrouw Geel</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• vermoeidheid blijkt uit:<ul style="list-style-type: none"><li>- mevrouw zegt: eten en drinken is te vermoeiend</li></ul></li></ul>

Oorzakelijke of samenhangende factoren volgens NANDA	Oorzakelijke of samenhangende factoren uit de casus mw. Geel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pijnlijke/gevoelige mondholte</li> <li>• pijn bij het kauwen (tandcariës)</li> <li>• verandering of verlies van smaak</li> <li>• onvermogen voedsel te kopen/bereiden</li> <li>• diarree, steatorroe</li> <li>• kennistekort (aanbevolen dagelijkse hoeveelheden)</li> <li>• beperkte financiële middelen</li> <li>• sociaal isolement</li> <li>• anorexie, voedselobieën, snelle verzadiging</li> <li>• verslaving aan een middel</li> <li>• emotionele stress</li> <li>• kieskeurigheid met het eten, vermageringskuren</li> <li>• spierzwakte (kauwen, slikken)</li> </ul>	<p>Kennistekort blijkt uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ondanks advies diëtist slaat mevrouw de lunch over</li> </ul>

Risicogroepen volgend de NANDA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• verhoogde stofwisseling/katabolisme</li> <li>• resorptiestoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bij emfyseem verhoogde stofwisseling/katabolisme</li> </ul>

**Conclusie: De diagnostische hypothese wordt als diagnose vastgesteld: Voedingstekort (als gevolg van longemfyseem).**

De diagnostische kenmerken en verschijnselen zijn gevonden. De ondersteunende aanwijzingen zijn ondersteunend en aanvullend hierbij.

#### 4.4 Diagnose Ineffectieve luchtwegreiniging

Onvermogen om slijm op te hoesten of obstructie van de luchtwegen op te heffen.

Bepalende kenmerken volgens NANDA	Bepalende kenmerken uit casus mw. Geel
<p><i>Diagnostische aanwijzingen (ondersteund door onderzoek):</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rhonchi, wheezing (zachtfluitend geluid), crepitaties (knetterend reutelgeluid) (specificeer locatie)</li><li>• Met in een later stadium:</li><li>• noodzaak tot frequent uitzuigen</li><li>• verhoogde ademhalingsfrequentie (tachypnoe) of gewijzigde ademhalingsdiepte</li><li>• verzwakt ademgeruis</li><li>• geuite kortademigheid/problemen met ademen</li><li>• hypoxemie</li></ul>	<p><i>Diagnostische aanwijzingen uit casus mevrouw Geel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• rochelen</li><li>• mevrouw heeft veel last van 'vol zitten', vastzittend sputum en hoesten</li><li>• ademhalingsfrequentie 28 maal per minuut, pols is 92 slagen per minuut, temperatuur 39,5°C, tensie 160/90 mm/Hg</li><li>• er is een fluitend geluid bij het ademen</li><li>• mevrouw heeft een hypoxemie</li></ul>
<p><i>Ondersteunende aanwijzingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dyspnoe in rust/bij inspanning</li><li>• hypercapnie</li><li>• cyanose</li></ul>	<p><i>Ondersteunende aanwijzingen bij mevrouw Geel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mevrouw is kortademig in rust</li><li>• hypercapnie</li><li>• mevrouw is blauw/grauw</li></ul>

Oorzakelijke of samenhangende factoren volgens NANDA	Oorzakelijke of samenhangende factoren in de casus mw. Geel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• onproductieve hoest</li> <li>• veel taai slijm</li> <li>• energietekort/vermoeidheid</li> <li>• pijn (specificeer locatie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mevrouw heeft een verminderd vermogen om goed op te hoesten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vermoeidheid</li> <li>- te weinig kracht om op te hoesten</li> </ul> </li> <li>• verhoogde slijmproductie door roken en infecties</li> </ul>
Risicogroepen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• obstructie;</li> <li>• tracheobronchiale infectie</li> <li>• trauma</li> <li>• waarnemings- of cognitietekort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obstructie</li> <li>• tracheobronchiale infectie</li> </ul>

**Conclusie: De diagnostische hypothese wordt als diagnose vastgesteld: Ineffectieve luchtwegreiniging.**

De diagnostische kenmerken en verschijnselen zijn gevonden. De ondersteunende aanwijzingen zijn ondersteunend en aanvullend hierbij.

## REFERENTIES

- Albersnagel-Thijssen E., e.a., *Methodiekontwikkeling voor verpleegkundigen*, Wolters-Noordhoff Groningen 1993.
- Beliën, M., *Voortgezette Opleiding Gezondheidszorg, Verpleegkundig Specialist, Module Verpleegproces theorie en toepassing*, Hogeschool van Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg, 1996.
- Carpenito, L.J., *Nursing diagnosis, application to clinical practice*, Philadelphia 1995.
- Gordon, M., *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996*, De Tijdstroom, Utrecht 1996.
- Grijpdonck, M., *Systematisch verpleegkundig handelen*, Centrum voor ziekenhuiswetenschappen, Leuven 1979.
- McFarland, J.F. en Castledine, G., *Verplegen en Rapporteren*, Lochem 1990.
- McFarland, G.K. en McFarlane, E.A., *Nursing diagnosis and Intervention, planning for patient care*, St Louis 1993.
- Kruiswijk Jansen en H. en Mostert, H., *Het verpleegproces*, Lochem 1992.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (H.J. van der Bruggen) Vaste Commissie voor Classificaties en Definities. *Vooronderzoek Begrippenkader Verpleegkunde. Standaarddefinities en –classificaties*, Zoetermeer 1993.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), *Nursing diagnosis: definitions and classifications*, Philadelphia 1992.
- Napel H. ten, *Ontwerp WCC-standaard Classificatie van diagnostische termen voor de verpleegkunde*, WCC 1996.
- Roodbol G., Informatiebrochure *Werken met de structuur*, Staf Zorg Academisch Ziekenhuis Nijmegen 1997.
- Rest- de Bakker K. van, *Methodisch werken in de verpleging: het verpleegkundig proces in de praktijk*, De Tijdstroom, Lochem 1982.
- Paans-Wubbolts H.I. en Nagelhout D. *Dat doe je gewoon..., een exploratief onderzoek naar de uitvoering van twee interventies door intra- en extramuraal werkende verpleegkundigen bij patiënten met COPD*, Tjongerschans ziekenhuis Heerenvveen 1996.
- Roelofs W.M.E., *Verpleegkundige diagnoses bij Carapatiënten*, Rijksuniversiteit Limburg 1995.
- Sluijs C. van, *Het verpleegproces van een longemfyseem patiënt*, Gorinchem 1997.

## **BIJLAGE 1 VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSES, RELEVANT VOOR DE 'STANDAARD' COPD-PATIËNT**

Samengesteld uit: Gordon M. *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996*, De Tijdstroom, Utrecht 1996.

Bedoeling van deze lijst is aan te geven welke verpleegkundige diagnoses aan de orde kunnen zijn bij patiënten met de medische diagnose: COPD

### **Patroon gezondheidsbeleving en -instandhouding**

- Gezondheidzoekend gedrag
- Tekort in gezondheidsonderhoud
- Dreigend inadequate opvolging van de behandeling (specificeer gebied)
- Tekort in gezondheidsinstandhouding (specificeer gebied)
- Dreigend tekort in gezondheidsinstandhouding (specificeer gebied)
- Therapie-ontrouw (specificeer gebied)
- Infectiegevaar (specificeer type/gebied)

### **Voedings- en stofwisselingspatroon**

- Voedingstekort (specificeer gebied)
- Veranderd mondslijmvlies (specificeer type verandering)
- Dreigend vochttekort
- Hyperthermie

### **Uitscheidingspatroon**

- Functionele incontinentie
- Ineffectief ophoesten

### **Activiteiten patroon**

- Verminderd activiteitenpatroon (specificeer niveau)
- Dreigend verminderd activiteitenvermogen
- Oververmoeidheid
- Mobiliteitstekort (specificeer niveau)
- Volledig persoonlijke-zorgtekort (specificeer niveau)
- Zelfstandigheidstekort in wassen (specificeer niveau)
- Zelfstandigheidstekort in kleding/verzorging (specificeer niveau)
- Zelfstandigheidstekort in eten (specificeer niveau)
- Zelfstandigheidstekort in toiletgang (specificeer niveau)
- Ontspanningstekort
- Verminderd ademhalingsvermogen
- Ineffectieve luchtwegreiniging
- Ineffectieve ademhaling
- Verstoorde gasuitwisseling

### **Slaap-rustpatroon**

- Verstoorde slaap-rustpatroon (specificeer type)

### **Cognitie- en waarnemingspatroon**

- Kennistekort

**Zelfbelevingspatroon**

- Angst
- Hevige angst (paniek)
- Anticiperende angst (licht, matig, hevig)
- Reactieve depressie
- Moedeloosheid
- Machteloosheid
- Verstoord lichaamsbeeld

**Rollen- en relatiepatroon**

- Verstoorde rolevulling (specificeer)
- Onopgelost onafhankelijkheids-afhankelijkheidsconflict
- Sociaal isolement
- Gewijzigde gezinsprocessen (specificeer)
- Overbelasting van mantelzorgverlener
- Dreigende overbelasting van mantelzorgverlener
- Mantelzorgtekort
- Verstoorde verbale communicatie

**Seksualiteits- en voortplantingspatroon**

- Gewijzigde seksuele gewoonten
- Seksueel dysfunctioneren

**Stressverwerkingspatroon**

- Probleemvermijding
- Verminderd aanpassingsvermogen
- Bedreigde gezinscoping