

# Voorblad werkstuk

**In te vullen door student:**

Naam student	Lars Besteman
Studentnummer	640910
Klas	Deeltijd LT8

Domein	Zorg en Welzijn
Opleiding	Verpleegkundige
Variant (VF / DT / DU)	Flexibele opleiding
Jaar	2019
Locatie	Amsterdam

Titel werkstuk	Klinisch Redeneren Niveau C Leeruitkomst 1
Naam toets	Klinisch redeneren zorgplan C
Toetscode	<b>2018DTKR3A</b>

Naam docent:	Karina Meijers-Verhoeven
--------------	--------------------------

Studiejaar	2019
Toetsperiode	Eerste periode
Kans	Regulier

Verklaring student	Ik verklaar dat ik bij het onderzoek voor en het schrijven van dit werkstuk niet heb geplagieerd, gefraudeerd of anderszins in strijd met de Onderwijs- en Examen Regeling (OER) heb gehandeld.
Datum	31 januari 2020
Handtekening	<del>Lars Besteman</del>

(\* doorhalen wat niet van toepassing is)

KLINISCH  
REDENEREN  
LEERUITKOMST 1  
NIVEAU C

VERSIE 1- 2020

## VOORWOORD

In de opdracht is Bas<sup>1</sup>, een jonge man van 16 jaar, uitgewerkt middels verschillende methodieken. Hieruit zijn drie verpleegkundige problemen ontstaan. Deze zijn verwerkt in een PES-structuur met daarop volgende de daar bijhorende interventies. Deze interventies zijn onderbouwd met evidence vanuit de toepasbaarheid van de EBP.

Allereerst wil ik Bas en zijn familie voor hun medewerking aan de uitvoering van mijn opdracht bedanken. Ondanks de onzekerheid, stress en het vele wachten op de afdeling, waren zij bereid hieraan mee te werken.

Daarnaast biedt deze plek een mooie gelegenheid om te Karina Meijers-Verhoeven en Lisette Thon te bedanken voor de onvoorwaardelijk hulp, adviezen, tips en altijd positieve woorden.

---

<sup>1</sup> Fictieve naam, echte naam bekend bij praktijk en ondergetekende

# INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD .....	3
CASUSBESCHRIJVING .....	5
MEDICATIE OVERZICHT .....	7
OPNAME DIAGNOSES .....	8
COMPLEXITEITSSCORE LIJST .....	10
ZELFREDZAAMHEIDSRADAR .....	11
GORDON LEVENSDOMEINEN .....	13
PES PRIOTIERING .....	15
PES NUMMER 1 .....	16
PES NUMMER 2 .....	17
PES NUMMER 3 .....	18
EBP TOEPASSING 1 .....	19
EBP TOEPASSING 2 .....	21
VERWIJZINGEN.....	23
BIJLAGE .....	24

## **EXTERNE BIJLAGE**

- Authenticiteitsverklaring
- Complexiteitsscorelijst ondertekend door praktijk
- Feedback van werkveldcoach
- Beoordelingsformulier van KR niveau B

# CASUSBESCHRIJVING

## MIDDELS SBAR-METHODE

### SITUATION

Bas, 16 jaar, is opgenomen op de afdeling Longgeneeskunde van het Spaarne Gasthuis te Haarlem in verband met een pneumothorax links. In de voorgeschiedenis staat een eerdere pneumothorax, eczeem en diabetes type 1.

Bas is gepresenteerd op de Eerste Hart Long Hulp (EHLH) nadat hij een plotseling opkomende benauwdheid had ervaren en het herkende van de vorige ziekenhuisopname. Bas had de huisarts gebeld, die hem doorverwees naar de EHLH.

### BACKGROUND

#### Voorgeschiedenis:

XXXX constitutioneel eczeem

2013 Gediagnostiseerd met Diabetes Mellitus type 1

2019 (2) (spontane) pneumothorax wv drainplaatsing

#### Medicatie

Lantus (langwerkende insuline) 20EH voor de nacht

Novorapid *bijspuitschema*

Glucose <10mmol/l 0EH

Glucose 10-15mmol/l 5EH

Glucose 15-20mmol/l 8EH

Glucose >20mmol/l contact huisarts(enpost)

#### Allergieën

Morfine (gevolg: misselijk en braken)

Huisstof, pollen en gras (gevolg: jeuk, droge huid, toename eczeem)

### ASSESSMENT

**Vitale gegevens:** bloeddruk 123/67, polsfrequenties 88, temperatuur 36,6 C, ademhalingsfrequentie 16, SpO2 97% bij kamerlucht.

**Glucose:** 6,3 mmol/l

**Intoxicaties:** roken -, alcohol -, drugs -,

**Sociale anamnese:** Bas woont bij zijn ouders in Heemstede, zit op dit moment in het vierde jaar van de HAVO. Hij turnt twee keer per week.

## RECOMMENDATION

Ik wil graag dat de EHLH-arts naar de longen komt luisteren, bij geen ademgeruis aan de linkerkant vermoed ik opnieuw een pneumothorax. Ik zal vragen om een thoraxfoto om het vermoeden te bevestigen.

Bij een pneumothorax zal er een thoraxdrain geplaatst moeten worden., Daarnaast moet de thoraxchirurg in consult gevraagd worden (bij een tweede 'spontane' pneumothorax heeft de patiënt 'recht' op een operatie middels een VATS) en zal de fysiotherapeut er bij worden betrokken in verband met het doornemen van ademhalingsoefeningen (kans op verkeerde of inadequate ademhaling).

Verpleegkundige aandachtsvelden: bloedsuikerdagcurve (4x daags om 6/11/17/22 uur), observatie ademhaling en benauwdheid en pijn? en het juist instellen met pijnmedicatie daarbij lettend op zijn allergie voor opiaten.

## VERLOOP OPNAME

Bas blijkt inderdaad binnen een jaar een tweede pneumothorax te hebben ontwikkeld. Hij krijgt daarvoor een thoraxdrain. Hij wordt aangemeld bij de thoraxchirurg, omdat hij recht heeft op een operatie. Tijdens de operatie zal de thoraxchirurg het longvlies losmaken van de weefsels eromheen. Met behulp van een drain zal de long weer tegen de wand van de borstkas worden gezogen en kan het longvlies zich hier vervolgens goed aan vasthechten. Op deze manier is de kans op een nieuwe klaplong zeer klein. Bas en zijn ouders gaan akkoord (SHARED DECISION MAKING) met de operatie en hij wordt aangemeld voor een spoed-operatie-plek.

Bas wordt uiteindelijk geopereerd. Het operatieproces verloopt zonder noemenswaardige problemen. Pre-operatief krijgt Bas een GIK (Glucose Insuline Kalium) Infuus. Daarnaast start hij met combivent vernevelingen. Deze interventies worden ingezet om de glucose binnen de normaal waarde te houden bij een nuchtere patiënt. Combivent verneveling zorgt ervoor dat de longen 'meer open gaan staan'. Deze zijn krachtiger dan eventuele eigen inhalatiemedicatie. Bas geeft aan erg angstig te zijn voor de operatie en dan vooral voor de pijn die hij daarna zal ervaren.

Postoperatief heeft hij een thoraxdrain, epidurale pijnstilling, een blaaskatheter en een infuus met NaCl. Postoperatief is er moeite om de glucose onder controle te houden en heeft Bas vaak een hypoglykemie. Dit komt doordat Bas last heeft van misselijkheidsklachten (mogelijk door opiaten) en af en toe moet braken. Hierdoor heeft hij een verminderende intake wat voor verlaging van de bloedsuiker zorgt.

Na drie dagen mag de thoraxdrain verwijderd worden, wordt de epidurale pijnstilling gestopt en mag 's avonds de blaaskatheter verwijderd worden. Voor het verwijderen van de thoraxdrain is er opnieuw veel angst bij Bas voor de pijn. Bas mag de volgende dag met ontslag naar huis.

# MEDICATIE OVERZICHT

## THUISMEDICATIE

Medicatie	Indicatie & werking	Bijwerkingen
<u>Lantus</u> Dosis: 20EH Toedieningsweg: injectie Frequentie: 1x daags voor de nacht	Langwerkende insuline. Werkt binnen 1-2 uur, 24 uur lang.	Kans op hypo/hyperglykemie bij te veel of te weinig insuline spuiten. Spuitplekken hier en daar aanwezig. Kans op hematomen van injecteren
<u>Novorapid</u> Dosis: 0-10EH Toedieningsweg: injectie Frequentie: bijspuitschema Glucose <10mmol/l 0EH Glucose 10-15mmol/l 5EH Glucose 15-20mmol/l 8EH	Kortwerkende insuline, werkt binnen 30 minuten, 1-2 uur lang	Kans op hypo/hyperglykemie bij te veel of te weinig insuline spuiten. Spuitplekken hier en daar aanwezig.

## MEDICATIE GESTART IN HET ZIEKENHUIS

Medicatie	Indicatie & werking	Bijwerkingen
<u>Combivent</u> Dosis: 2,5ml Toedieningsweg: verneveling Frequentie: viermaal per dag	Behoort tot de luchtwegverwijders. Peroperatief om de longen 'meer open' te laten staan.	Kans op droge mond, kriebelhoest, heesheid, hoofdpijn, hartkloppingen, versnelde hartslag, maagdarmlaeten
<u>Fraxiparine</u> Dosis: 0,3ml (2850 IEH) Toedieningsweg: injectie Frequentie: eenmaal per dag voor de nacht	Antistollingsmedicijn. Zorgt ervoor dat het bloed minder makkelijk samenklontert en de patiënt hierdoor minder kans op trombose heeft.	Kans op bloedingen, bloedingen, hoofdpijn
<u>Movicolon</u> Dosis: 13,8mg Toedieningsweg: opgelost in water Frequentie: eenmaal per dag	Laxeermiddel, (preventief) te gebruiken bij obstipatie	Kans op misselijkheid, diarree of uitdrogingsverschijnselen.
<u>Oxynorm</u> Dosis: 5mg Toedieningsweg: oraal Frequentie: zo nodig elke 6 uur	Sterke kortwerkende pijnstiller uit de opiatengroep. Het werkt binnen 30 minuten en houdt ongeveer 4-6 uur aan.	Obstipatie, sufheid en duizeligheid.
<u>Oxycontin</u> Dosis: 10mg Toedieningsweg: oraal Frequentie: twee keer daags	Sterke langwerkende pijnstiller uit de opiatengroep. Het werkt binnen 1 uur en werkt ongeveer 12 uur.	Obstipatie, sufheid en duizeligheid.
<u>Paracetamol</u> Dosis: 1000mg Toedieningsweg: oraal Frequentie: 4 keer daags	Werkt pijnstillend en koortsverlagend. Werkt binnen ongeveer 30 minuten.	Kans op leverbeschadiging bij langdurig gebruik.

# OPNAME DIAGNOSES

## PNEUMOTHORAX

(Zelman, et al., 2018) (Martini & Bartholomew, 2017)

Bij een pneumothorax (klaplong) is er sprake van een ophoping van lucht of gas in de pleuraholte, waardoor de longen geheel of gedeeltelijk samenvallen. Normaal is de druk in de longen hoger dan de druk in de pleuraholte rondom de longen. Echter, wanneer de long beschadigd raakt en geen gesloten systeem meer is, ontstaat er een opening naar de pleuraholte en loopt de lucht (met soms vocht/bloed) uit de long naar de pleuraholte. De long 'klapt' dan in. Risicofactoren zijn: het mannelijke geslacht, lange/slanke lichaamsbouw, roken, onderliggende longziekten en eerdere pneumothoraxen. Symptomen zijn: plotselinge, scherpe pijn op de borst aan de kant van de klaplong en kortademigheid. Bij lichamelijk onderzoek is er sprake van verminderd of afwezig ademgeruis. Mogelijke oorzaken van een klaplong zijn letsel van de thoraxwand (bijvoorbeeld een gebroken rib of een steek- of schotwond), beschadiging van het longweefsel door ziekte en het openspringen van zogenaamde 'blebs' (lokale ophoping van lucht in het longvlies van lange, magere mensen) als gevolg van drukveranderingen (zoals bij duiken, vliegen of bergbeklimmen). Soms ontstaat een klaplong spontaan. De diagnose wordt gesteld op grond van de klachten, lichamelijk onderzoek en met een X-thorax. Behandeling verschilt per grootte van de pneumothorax. Een kleine pneumothorax behoeft geen behandeling. Bij een grotere pneumothorax wordt via een drain lucht uit de pleuraholte weggezogen, zodat de druk afneemt en de longen zich weer kunnen ontplooien. In sommige gevallen moet de long worden 'geplakt' een zogeheten pleurodese.

## DIABETES MELLITUS TYPE 1

(Zelman, et al., 2018) (Martini & Bartholomew, 2017)

Diabetes Mellitus is een endocriene ziekte met een verstoorde glucosehuishouding en hyper/hypoglykemie als gevolg. Diabetes Mellitus type 1 wordt gekenmerkt door een volledige afwezigheid of geringe insulineproductie. Diabetes Mellitus type 1 wordt ook wel jeugddiabetes genoemd. Risicofactoren zijn genetische factoren, bepaald virusinfecties, blank ras, leven in het noordelijke klimaat en aanwezigheid van een andere auto-immuunziekte. Symptomen zijn: overmatige urineproductie, veel drinken, veel eten, hevige dorst en vermagering. Om de diagnose te bevestigen moeten diverse testen worden gedaan, zoals een urinetest waarin glucose kan worden waargenomen. Daarnaast moet er een nuchtere of niet-nuchtere glucose en HbA1C worden bepaald om de diagnose te stellen en het effect van de behandeling te controleren. Behandeling bestaat uit het toedienen van insuline en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Het is nog niet bekend hoe DM type 1 kan worden voorkomen.

## ECZEEM

(Zelman, et al., 2018) (Martini & Bartholomew, 2017)

Is een verzamelnaam voor verschillende huidaandoeningen, die gekenmerkt worden door huiduitslag met roodheid en pruritus (jeuk). Het is grofweg in twee soorten te verdelen: allergisch eczeem en constitutioneel eczeem.

Allergisch contacteczeem is een lokale huidontsteking die wordt veroorzaakt door contact met allergeen. De prevalentie is niet bekend, omdat de klachten vaak mild zijn en veel mensen met een contactallergie hiermee niet naar de dokter gaan. Riscofactoren zijn positieve familieanamnese of eerdere allergische reactie op planten, chemische stoffen, schoonmaakmiddelen of metalen. Na contact met de veroorzaker ontstaat de uitslag vaak binnen enkele uren, de uitslag gaat gepaard met jeuk en een branderig gevoel. De diagnose wordt meestal gesteld op grond van anamnese en inspectie van de huid. Behandeling is gericht op onstekingsremmers en vermindering van jeuk. In ernstige of hardnekkige gevallen kunnen lichttherapie of corticosteroïd tabletten worden overwogen. Preventief kunnen handschoenen worden gedragen bij het in contact komen met de veroorzaker.

Constitutioneel eczeem is een chronische huidziekte die vaak samengaat met andere allergische aandoeningen, zoals astma of hooikoorts. Constitutioneel eczeem komt relatief veel voor. Symptomen zijn: een droge en ruwe huid, roodheid, schilfering en bultjes of vocht met gevulde blaasjes. De blaasjes kunnen open gaan en zullen uiteindelijk indrogen tot korstjes. De huidafwijkingen gaan vaak gepaard met veel en ernstige jeuk. Het constitutionele eczeem zit bij volwassen vooral op elleboogplooien, knieholten, handen, voeten en de oogleden. De oorzaak is veelal onbekend. Patiënten met constitutioneel eczeem hebben vaak ook astma, hooikoorts of een voedselallergie. De relatie tussen constitutioneel eczeem en deze allergische reacties is onduidelijk, omdat het bij constitutioneel eczeem niet om een allergie voor een bepaalde stof gaat. Het eczeem is altijd aanwezig en verergerd door stress, warmte, zweten, irritatie door textiel, ziekte of een lage luchtvochtigheid. Diagnose wordt gesteld op grond van klinisch beeld en anamnese. De behandeling bestaat uit het smeren van neutrale zalf. Als jeuk de nachtrust verstoort dan kunnen kortwerkende sederende antihistaminica worden voorgeschreven. Preventie van constitutioneel eczeem is niet mogelijk.

## COMPLEXITEITSSCORE LIJST

Met behulp van de complexiteitsscorelijst<sup>2</sup> van de Spaarne Gasthuis Academie kan ik beargumenteren of de patiënt die ik hier beschreven heb onder hoogcomplexere zorg valt.

Niveau A:	2
Niveau B:	2
Niveau C :	2
Niveau D:	3
Niveau E:	1
Niveau F:	2
Niveau G:	1
Niveau H:	2
Eindscore	15

## ARGUMENTIE VOOR KEUZE PATIENT

Bas kwam binnen als een laag tot middelcomplexere patiënt, niet geschikt voor een HBO niveau C opdracht. Echter werd Bas na verloop van tijd een hogere-complexere patiënt doordat hij voor operatie ging en verschillende hoogcomplexere verpleegkundige handelingen moest ondergaan. Daardoor werd Bas wel geschikt voor deze opdracht. De complexiteitsscorelijst is daarom twee keer ingevoegd bij de bijlage. De rode scores zijn bij binnenkomst van Bas in het ziekenhuis en de groene cijfers zijn nadat hij voor operatie is geweest en dus hoog complexer werd.

Niveau A:	3
Niveau B:	3
Niveau C :	2
Niveau D:	4
Niveau E:	3
Niveau F:	2
Niveau G:	1
Niveau H:	2
Eindscore	20

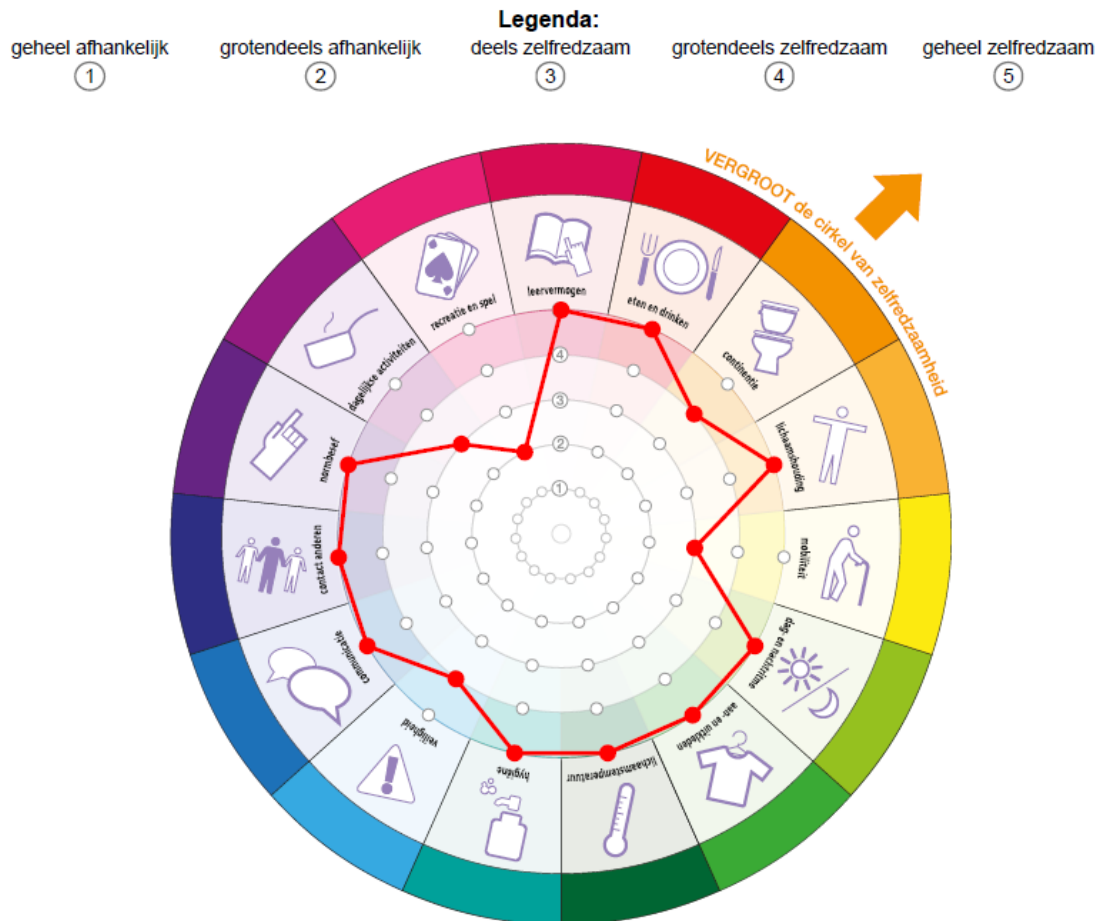
---

<sup>2</sup> Zie bijlage voor ingevulde complexiteitsscorelijsten

# ZELFREDZAAMHEIDSRADAR

Het Zelfredzaamheidsrapport (Zelfredzaamheidsradar, 2019) is een samenwerking van verschillende Nederlandse zorginstellingen om op efficiënte, georganiseerde manier de zelfredzaamheid van de patiënt in kaart te brengen. Op 15 levensdomeinen scoort de patiënt 1 tot 5 punten. Op de punten waarbij de zelfredzaamheid te kort schiet, kan door de zorgvrager actie ondernomen worden.

**Disclaimer:** Voor Bas is de zelfredzaamheidsradar ingevuld op het moment dat hij werd opgenomen en zojuist een thoraxdrain had gekregen. Hij was nog niet voor OK geweest.



Leervermogen:	5	Hygiëne:	5
Eten en drinken:	5	Veiligheid:	4
Continentie:	4	Communicatie:	5
Lichaamshouding:	5	Contact anderen:	5
Mobiliteit:	3	Normbesef:	5
Dag- en nachtritme:	5	Dagelijkse activiteiten:	3
Aan-en uitkleden:	5	Recreatie en spel:	2
Lichaamstemperatuur:	5		

## VERANTWOORDING ZELFREDZAAMHEIDSRADAR

Je kan op relatief makkelijke wijze deze radar invullen. Bij elk levensdomein vraag je jezelf af of de patiënt volledig zelfredzaam is (nummer 5) of dat de patiënt daarbij hulp nodig heeft. Hoe meer hulp iemand nodig heeft, hoe 'lager' iemand scoort op de zelfredzaamheidsradar. Door tijdens het gesprek actief te vragen naar welke beperking de patiënt ervaart, kan je opzoek naar mogelijkheden om de zelfredzaamheid te vergroten. Tijdens het gesprek maak ik gebruik van motiverende gesprekstechnieken, LSD *Luisteren Samenvatten Doorvragen* en gebruik ik vooral ANNA *Altijd Navragen, Nooit Aannemen*.

## ARGUMENTIE VOOR INGEVULDE ZELFREDZAAMHEIDSRADAR

Bas heeft een lichte afname toiletgang en veiligheid in verband met de thoraxdrain. Hij is bang om pijn te ervaren bij het mobiliseren, dus stelt toilet bezoeken uit en drinkt onbewust daardoor minder. Hij heeft hulp nodig met het lopen naar het toilet, omdat hij de thoraxdrain heeft en is daardoor oncomfortabel.

Tot slot is er ook een grotere afname van de mobiliteit, sport en spel en dagelijkse activiteiten door de thoraxdrain. Een gezonde Bas sport, fiets en loopt rond. Dat doet hij nu niet. Het lopen doet hij niet zonder begeleiding of toezicht. Hij heeft daar hulp bij nodig, omdat het hem niet lukt om met een thoraxdrain te verplaatsen zonder een toename van pijn te ervaren.

## GORDON LEVENSDOMEINEN

Er is gekozen om de gezondheidspatronen van Gordon te gebruiken om de situatie van Bas in kaart te brengen. Ik heb voor dit systeem gekozen, omdat het meest overeenkomt met het format die in het ziekenhuis gebruikt wordt. Naar aanleiding van deze levenspatronen komen er drie gezondheidsproblemen naar voren. Deze worden uitgewerkt met behulp van de PES-structuur. In onderstaand schema zijn de patronen verdeeld in functioneel en disfunctioneel. Disfunctionele patronen hebben een negatieve invloed op de gezondheid en kwaliteit van leven.

	Functioneel	Disfunctioneel
.1 Patroon van gezondheidsbeleving- en instandhouding	Bas voelt zich goed, gezond, en energiek. Bloedsuikers zijn onder controle met zijn voedingsdieet en bijspuitschema.	Baalt van de ziekenhuisopnames afgelopen jaar.
.2 Voeding/stofwisselings-patroon	Bas eet en drinkt goed. Hij weet dat hij 2 liter vocht per dag moet drinken	Dieet ten aanzien van diabetes mellitus. Hij vindt het vervelend om zich aan de leefregels te houden (onder andere het vier keer daags controleren van zijn bloedsuiker). Hij wil het allemaal zelf regelen, maar zijn ouders kijken graag mee. Bas vindt dat vervelend. <i>Tijdens ziekenhuisopname zal Bas nuchter gehouden moeten worden voor een operatie, dit brengt risico's met zich mee, waardoor hij schommelingen in zijn glucose zou kunnen krijgen</i>
.3 Uitscheidingspatroon	Elke dag ontlasting. Mictie zonder problemen.	
.4 Activiteitenpatroon	Bas turnt 2 á 3 keer per week. Fietst elke dag naar school, zit in 4HAVO, sport op school en daarnaast ook nog, spreekt regelmatig met vrienden af om bijvoorbeeld te gaan gamen.	Bas vindt het lastig dat hij straks na de operatie minder kan bewegen. Hij wil graag bewegen en sporten. Baalt dat het nu al een tijdje niet kan. Door de toename van dyspneu.
.5 Slaap/rustpatroon		Bas geeft aan af en toe te laat naar bed te gaan en volgens zijn ouders ligt hij te lang in bed. Zelf vindt hij dat het allemaal wel mee valt.
.6 Cognitie- en waarnemingspatroon	Geen bijzonderheden.	
.7 Zelfbelevingspatroon	Bas vindt het lastig om zichzelf te omschrijven en zijn zelfbeleving te beschrijven.	

.8 Rollen/relatiepatroon	Bas woont naar alle tevredenheid bij zijn ouders, hoopt wel snel op kamers te mogen, kan daar eigenlijk niet op wachten. Maar begrijpt ook wel dat het nu allemaal nog niet lukt.	
.9 Seksualiteit/voortplanting patroon	Bas wil hier geen antwoord op geven.	
.10 Stressverwerkingspatroon	Bas ervaart weinig stress, behalve af en toe op school als er veel tentamens achter elkaar zijn. Hij gaat er volgens eigen zeggen goed mee om, het is hard werken maar hij kan daarna ontspannen.	Ervaaft wel veel angst voor de operatie. Hij is nog nooit eerder geopereerd en is erg bang voor pijn na de operatie.
.11 Waarden/overtuigings-patroon	Bas leeft niet volgens een bepaalde geloofsovertuiging.	

In overleg met Bas ben ik tot de drie belangrijkste verpleegproblemen gekomen:

ANGST

RISICO OP HYPO/HYPERGLYKEMIE

VERMINDERE MOBILITEIT

## PES PRIOTIERING

(R. Covey, 2011) Eisenhower, 34<sup>e</sup> president van de Verenigde Staten van Amerika, was volgens velen een van de meest productieve personen die ooit deze aarde bewandeld heeft. Hij is bestudeerd door een reeks wetenschappers om erachter te komen wat de sleutel tot zijn buitengewone productiviteit was. Resultaat: het Eisenhower-model

Volgens het Eisenhower-model is je hele takenlijst in vier categorieën te verdelen.

	Urgent	Niet urgent
Belangrijk	<b>DOEN</b> Ga er direct mee aan de slag	<b>PLANNEN</b> Zet het in je agenda
Niet belangrijk	<b>DELEGEREN</b> Wie kan jou hierbij helpen?	<b>ELIMINEREN</b> Stop met deze taak

“Wat belangrijk is, is zelden dringend  
en wat dringend is, is zelden belangrijk”

—  
Dwigt Eisenhower

### 1. Dringend én belangrijk

Taken die zo snel mogelijk uitvoert, omdat er anders grotere problemen ontstaan. Ad-hoc taken vallen hier ook onder. Als het goed is zou niet meer dan 5% van je takenlijst uit deze taken mogen bestaan. Voorbeelden uit het ziekenhuis: benauwdheidsaanvallen, desaturatie, lage of hoge glucose uitslagen, sufheid bij COPD-patiënten, onrust bij palliatief beleid, patiënten die vallen, enzovoort

### 2. Belangrijk, maar niet dringend

Taken die je kan inplannen om op een later moment uit te voeren. Volgens voorbeelden is dit ongeveer 95% van je taken. Voorbeelden uit het ziekenhuis zijn: medicijnen delen, vitale gegevens controleren, ADL zorg uitvoeren, blaaskatheters legen, drain standen noteren, drains fixeren, familiegesprekken, wonden verschoneren, pleisters plakken enzovoort.

### 3. Dringend, maar niet belangrijk

Taken die je indien mogelijk delegeert aan anderen (zoals een zorgassistente). Voorbeelden in het ziekenhuis als verpleegkundige zijn: vitale gegevens meten, glucose meten, telefoontjes aannemen, ADL zorg enzovoort.

### 4. Noch dringend noch belangrijk

Taken die je van je lijst kan schrappen, vooral in drukke periodes waar hogere prioriteiten om je aandacht vragen. Voorbeelden uit het ziekenhuis: nachtelijke pijnscores, DOS-scores bij een niet-delirante patiënt, 6 keer een handtekening opschrijven bij een morfinetabletje enzovoort.

*Kijkend naar het Eisenhower-model moet er bij Bas zijn situatie eerst actie ondernomen worden op de hypoglykemie, daarna kan er gekeken worden naar zijn angsten en dan naar de verminderde mobiliteit.*

# PES NUMMER 1

Gorden levensdomein 1  
Patroon van gezondheidsbeleving- en instandhouding  
Betreft: *acute, chronische en jeugdige zorgvrager*

Probleem	Risico op hypoglykemie
Etiologie	Diabetes Mellitus type 1
Symptomen	Glucose < 3-4 mmol/l Sufheid Verwardheid Zwakte Licht in het hoofd Bas moet 12u nuchter zijn voor de operatie.
Doel	De verpleegkundige behandelt direct en beperkt complicaties van hypoglykemie binnen 1 uur.
Interventies NIC (Carpenito-Moyet, 2012)	.1 Controleer glucose aan het bed vooraf aan maaltijden en voor het slapen gaan. .2 Bij een te lage glucose (<3-4 mmol/l) Geef 125ml fruitsap of frisdrank (niet light); 250ml melk, 5-6 snoepjes, 2-3 glucosetabletjes of 1-2 theelepels honing of suiker. of Als de patiënt niet kan slikken, dan start je een glucose 50% infuus middels intraveneuze toegang. .3 Stap twee elke 15 minuten herhalen tot de glucose boven de 4 mmol is.
Uitwerking	Bas krijgt voor de operatie een GIK infuus <sup>3</sup> . Dit is omdat hij de komende uren nuchter is. Tijdens de operatie blijven de glucosewaarden in Bas zijn bloed netjes en binnen de afgesproken waarden. Nadat Bas op de afdeling terug is en weer begint met eten en drinken veranderd dat en is het lastig om zijn glucose weer binnen de vooraf besproken waarden te houden. Bas heeft last van lage bloedsuiker door het braken en misselijkheidsgedoe. Zijn intake verminderd daardoor. Er wordt gestart met een Glucose 5% infuus en elke uur worden zijn bloedsuikers gecontroleerd. Soms zitten de glucose binnen de normaalwaarde waardoor het infuus verlaagd kan worden. Na uren controleren en infusen bijstellen lukt het om de glucosewaarden binnen de vooraf afgesproken waarden te houden.
Evaluatie	Bas is blij dat na alle inspanningen de glucosewaarden weer zijn genormaliseerd. Het waren uren van volop controleren, meten en veel prikken en contact met zaalarts. In deze situatie is het taak om uit te leggen wat ik doe, waarom ik dat doe en uitleg geven wat de vervolg stappen zullen zijn. Bas en familie waren tevreden met alle uitleg.

<sup>3</sup> Protocol toegevoegd in externe bijlage

## PES NUMMER 2

Gorden levensdomein 10  
Stressverwerkingspatroon  
Betreft: *jeugdige zorgvrager*

Probleem	Angst en vrees voor operatie, vrees voor het verwijderen van de thoraxdrain
Etiologie	VATS Pneumothorax
Symptomen	Versnelde hartslag Rusteloosheid Trillen Slapeloosheid
Doel	De patiënt beschrijft zijn/haar angst en biedt deze op effectieve wijze het hoofd zoals blijkt uit verschillende mondelinge communicatie momenten
Interventies NIC (Carpenito-Moyet, 2012)	<p>.1 De verpleegkundige biedt steun en geborgenheid, vraag de patiënt niet om ad-hoc beslissingen te nemen</p> <p>.2 Benadruk dat alle patiënten van tijd tot tijd angstig zijn</p> <p>.3 De verpleegkundige spreekt kalm en gebruikt korte eenvoudige zinnen.</p> <p>.4 De verpleegkundige toont medeleven, laat desgewenst de patiënt huilen en vooral praten.</p> <p>.5 Moedig ouderparticipatie aan.</p> <p>.6 Geef ouders de nodige informatie en stel ze gerust.</p> <p>.7 Bouw een vertrouwensrelatie op.</p> <p>.8 Moedig het kind aan om emoties te uiten</p> <p>.9 Geef uitleg in begrijpelijk taal</p> <p>.10 De verpleegkundige vertelt de patiënt wat er de komende dagen te wachten staat.</p> <p>.11 De verpleegkundige controleert of de patiënt de gesproken tekst heeft begrepen.</p> <p>.12 De verpleegkundige past bij het verwijderen van de thoraxdrain een koudeapplicatie toe, naar aanleiding van een EBP-vraagstuk.<sup>4</sup></p>
Uitwerking	Ik heb meerdere malen met Bas en zijn ouders gezeten om uitleg te geven wat er de komende dagen te wachten staat. De informatie die ik heb gegeven heb ik gecontroleerd of het begrepen werd. Het was mijn taak om hoofdzaken van bijzaken te onderscheiden en enkel te vertellen wat je bijna zeker weet. Daarnaast heb ik Bas ook verteld dat er veel zaken van tevoren niet te voorspellen zijn. Dat vergrootte de angst. Daar de ruimte voor gegeven.
Evaluatie	De koudeapplicatie is toegepast met gewenst resultaat. Aanbeveling voor de afdeling zou zijn om het vaker toe te passen.

<sup>4</sup> Zie EBP Toepassing

Gorden levensdomein 4  
 Activiteitenpatroon  
 Betreft: *jeugdige zorgvrager*

Probleem	Verminderde mobiliteit, risico op
Etiologie	VATS Pneumothorax
Symptomen	Verminderd in staat om te bewegen Beperkingen in actieve bewegingsmogelijkheden Verminderde kracht ten gevolge van chirurgisch ingrijpen Verminderde kracht ten gevolge van pijn
Doel	De patiënt maakt melding van een toename van kracht en uitvoeringsvermogen van ledematen.
Interventies NIC (Carpenito-Moyet, 2012)	<p>.1 De verpleegkundig legt uit waarom er geen zogeheten papegaaï boven het bed hangt en welk alternatief er geboden wordt.</p> <p>.2 De verpleegkundige vraagt de fysiotherapie in consult.</p> <p>.3 De verpleegkundige leert de patiënt minimaal viermaal per dag actieve bewegingsoefeningen te doen in bed.</p> <p>.4 De verpleegkundige zorgt voor een lichaamshouding die complicaties voorkomt: zoals gebruik makend van een voetensteun, dekenboog, ondersteuning hand, arm of pols, bij patiënt in zijligging kussen in de rug.</p> <p>.5 De verpleegkundige zorgt voor toename mobiliteit, dit kan met kleine stappen, zoals: met de benen over de bedrand bungelen, langzaam gaan zitten, geleidelijk het bed uit, korte, frequente wandelingen.</p> <p>.6 De verpleegkundige inventariseert de eventuele benodigde hulpmiddelen zoals krukken, rollators, looprekken of rolstoel.</p>
Uitwerking	Bas deed oefeningen op het bed en mocht onder begeleiding in de stoel zitten, wat hij graag deed. Soms ging hij zijn eigen grens over en ging hij sterk vermoeid terug in bed. Dosereren was de grootste uitdaging. Nadat de 'lijnen' werden verwijderd kon Bas het mobiliseren uitbreiden. Het uitbreiden ging vaak onder toezicht van de fysiotherapie, die samen met Bas keek naar de mogelijkheden om meer oefeningen te doen. Het mobiliseren verliep vlot.
Evaluatie	Bas was blij met alle hulp van iedereen. Het is mijn taak om hem te helpen bij het doseren. Hij ervaart geen pijn of ongemak bij het mobiliseren. Ik zorg ervoor dat als hij mobiliseert dan het in het begin onder begeleiding van een verpleegkundige of na juiste instructie een van de ouders is.

# EBP TOEPASSING 1

In de Nursing (NURSING, 2016) stond een EBP onderzoek over de vraag of een koudeapplicatie<sup>5</sup> pijn zou verminderen na het verwijderen van een thoraxdrain. Daarmee is dit onderzoek verder gegaan. Een koudeapplicatie is een apparaatje wat er voor zorgt dat de huid kouder wordt. Dit zou een icepack kunnen zijn.

## .1 VRAAGSTELLING

P: Patiënten met een thoracale drain post chirurgisch

I: Koudeapplicatie voorafgaand aan het verwijderen van een thoracale drain

C: Geen interventie of een placebo interventie voorafgaand aan het verwijderen van een thoracale drain

O: Pijn

## .2 ZOEKSTRATEGIE

Er werd gezocht in de wetenschappelijke database PubMed met de zoektermen: *patient, chest tube en cold application*. De resultaten werden gefilterd op de laatste vijf jaar.

Zoekactie	Searchstring	Filter	Aantal hits	Aanvullende criteria	Auteurs, jaartal
1	Search ("patient") AND "chest tube") AND "cold application"		3	< 5 jaar	
2	Search ("patient") AND "chest tube") AND "cold application" Filters: published in the last 5 years		2		Chen YR, Hsieh LY, 2015

## .3 GEVONDEN RESULTATEN

### **THE EFFECTIVENESS OF A COLD APPLICATION FOR PAIN ASSOCIATED WITH CHEST TUBE REMOVAL: A SYSTEMATIC REVIEW (Chen & Hsieh, 2015).**

In deze studie werd onderzocht of het toepassen van een koude applicatie zou kunnen zorgen voor een afname van de pijnbeleving bij een patiënt met een thoraxdrain. Er zijn vijf RCT's gevonden die samen een onderzoek deden met 426 patiënten. De gemiddelde leeftijd was 48,7 jaar en de koude applicatie was 5 tot 15 centimeter in diameter. De temperatuur van de huid van de patiënt moet gekoeld worden tot 13 graden. Voor de handeling en 20 minuten na de handeling werd er gevraagd naar de pijnscore. De pijnscore was beduidend lager bij het toedienen van een koude applicatie. Er waren ook twee onderzoeken waarbij 60 minuten voor het verwijderen van de drain analgetica aan de patiënten werden toegediend en gebruikt werd gemaakt van de koude applicatie. Een dubbele interventie (zowel pijnbestrijding als de koude applicatie), maar dat gaf geen hogere vermindering van de pijnscore.

<sup>5</sup> Zie bijlage voor foto van voorbeeld koude applicatie

#### .4 CONCLUSIE EN TOEPASSING

De pijnscore was bij het toedienen van de koude applicatie inderdaad lager. Het zou dus helpen bij het verminderen van pijn. Echter blinding van de patiënten en behandelaren was niet mogelijk en dat heeft er voor kunnen zorgen dat de uitkomsten mogelijk beïnvloed zijn. Patiënten wisten welke interventie zij ondergingen en konden gewenste antwoorden geven (in het kader van onbedoelde hulp willen bieden voor het onderzoek). Echter is de interventie goedkoop en zijn er weinig risico's aan verbonden. Als een afdeling dit wil implementeren is het van belang dat verpleegkundige en artsen het tijdstip van verwijderen van de thoraxdrain goed afstemmen. De huid moet namelijk terug gekoeld worden naar 13 graden en dan dient de drain verwijderd te worden. Nog meer koelen zou voor nog meer ongemak kunnen zorgen.

## EBP TOEPASSING 2

### .1 VRAAGSTELLING

P: Patiënten met een spontane pneumothorax

I: Thoraxdrainage

C: Andere interventies?

O: Vermindering van pneumothorax, eerder ontslag, minder complicaties?

### .2 ZOEKSTRATEGIE

Er is gezocht in de wetenschappelijke database PubMed en Google Scholar. Er werd gezocht met de volgende zoektermen: *patiënts, thoraxdrain, less invasive alternative*. Op PubMed werden geen bruikbare artikelen gevonden, maar op Google Scholar wel.

### .3 GEVONDEN RESULTATEN

#### **OUTPATIENT MANAGEMENT OF PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX: A PROSPECTIVE STUDY** (Massongo, et al., 2013)

De onderzoekers wilden onderzoeken of er een veilige en goedkopere manier van het behandelen van een spontane pneumothorax bestond. Er werd gedacht aan een 'pigtail "drain-connector<sup>6</sup>. Patiënten die aan het onderzoek meededen moeten aan verschillende eigenschappen voldoen, 1) de patiënt moest een stabiele conditie hebben, 2) er moest gekeken worden naar de hoeveel tijd die het had gekost voor de patiënt om het ziekenhuis te bereiken (<1 uur), 3) de patiënt mocht niet alleen wonen, 4) de patiënt moest in staat zijn om gesproken en geschreven instructies te begrijpen en uit te kunnen voeren, 5) het mocht niet na 20.00 uur zijn. Patiënten die aan de eisen voldeden konden mee doen aan de studie. Zij kregen een Fuhrman katheter met een Heimlich valve. Dit werd afgeplakt met steriele gazen. Er werd enkel adjuvante zuurstof gegeven als er sprake was van hypoxemie. Na 4 uur werd de pneumothorax opnieuw beoordeeld. Patiënten waarvan de pneumothorax was afgenomen, mochten naar huis en konden de volgende dag poliklinisch terugkomen bij de longarts. Als de volgende dag de long aanlag werd de drain verwijderd en werd een afspraak gemaakt op dag 7 na het ontstaan van de pneumothorax. Bij patiënten waarbij de long niet helemaal ontplooid was, werd een nieuwe afspraak gemaakt binnen 24-48 uur. Om opnieuw te controleren of de long aanlag. Patiënten die op dag 4 na het ontstaan van een pneumothorax nog steeds een luchtlek of pneumothorax hadden, werden aangemeld voor VATS. De dag 7 afspraak wordt dan geannuleerd.

Er werden 60 patiënten gevolgd voor meer dan 2 jaar. 80% daarvan rookte, 91% was een man en 50% van de patiënten had een body Mass index van <21,5. Ongeveer 80% van de patiënten had volgens de onderzoekers last van een grote pneumothorax en 20% een kleinere pneumothorax. 50% van de onderzochte patiënten konden volledig poliklinisch worden behandeld. 10 patiënten moesten uiteindelijk alsnog voor VATS. Binnen 1 jaar kwamen 12 patiënten terug met een kleine pneumothorax en 6 van de 48 met een grote pneumothorax. Het plaatsen van een fuhrmandrain en heimlich valve kosten samen ongeveer €107. Een opnamedag op een longafdeling kost gemiddeld €1194

---

<sup>6</sup> Zie bijlage voor voorbeeld pigtail thorax drain

#### .4 CONCLUSIE EN TOEPASSING

Het korte termijn succes is hoog, ongeveer 83% van de patiënten kan gebruik maken van deze nieuwe poliklinische interventie, maar na 2 jaar is de rating gezakt naar 16,7%. Als je kijkt naar de kosten voor de opnamekosten met thoraxdrain en het verschil met enkel de kosten voor de andere drain en poliklinische kosten dan kan het besparing opleveren van 38%. Of het patiëntvriendelijk is, dat is de vraag. De onderzoekers geven aan dat het bij jonge patiënten met een eerste spontane pneumothorax een goed alternatief zou kunnen zijn.

## VERWIJZINGEN

- Carpenito-Moyet, L. (2012). *Zakboek verpleegkundige diagnose* (vierde ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Chen, Y., & Hsieh, L. (2015). The effectiveness of a cold application for pain associated with chest tube removal: a systematic review.
- Martini, F., & Bartholomew, E. (2017). *Anatomie en fysiologie, een inleiding* (6 ed.). Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- Massongo, M., Leroy, S., Scherpereel, A., Vaniet, F., Dhalluin, X., Chachine, B., . . . Marquette, C.-H. (2013). Outpatient management of primary spontaneous pneumothorax: a prospective study.
- NURSING. (2016). Vermindert koude de pijn na verwijdering van een thoraxdrain? *Nursing*.
- R. Covey, S. (2011). *Prioriteiten: Effectieve keuzes in leven en werk* (16 ed.). Business Contact.
- Zelfredzaamheidsradar. (2019). *Zelfredzaamheidsradar.nl*. Opgehaald van <https://www.zelfredzaamheidsradar.nl/>
- Zelman, M., Dafnis, E., Raymond, J., Holdaway, P., Mulvihill, M., Groenewoud, H., & Portiér, C. (2018). *Pathologie* (Tweede ed.). Amsterdam: Pearson Benelux BV.

## BIJLAGE

Verwijzing 5: voorbeeld van koude applicatie



Verwijzing 6: pigtail drain

