

1

Inleiding

1.1 De methode 'Praktijkgestuurd klinisch redeneren voor het mbo'

De methode 'Praktijkgestuurd klinisch redeneren' berust, de naam zegt het al, op de praktijk. Ervaren zorgprofessionals hebben een selectie gemaakt van de relevante problematiek. Deze problematiek presenteren we in de vorm van praktijkcasuïstiek, relevante achtergrondinformatie, aandachtsgebieden en redeneerhulpen. Een belangrijk onderdeel binnen de methode is de selectie van de relevante aandachtsgebieden en redeneerhulpen bij de specifieke casuïstiek. Een casus over verslavingsproblematiek kan bijvoorbeeld vaak vanuit de psychosociale hoek worden benaderd, terwijl een casus rond een longontsteking meestal meer raakvlakken heeft met het functioneren van de orgaansystemen.



Afbeelding 1.1 De zeven aandachtsgebieden bij deze methode.

We hebben in het boek zeven aandachtsgebieden met bijbehorende redeneerhulpen uitgewerkt. Als voorbeeld hebben wij een selectie uit deze aandachtsgebieden verwerkt in casuïstieken (deel 2 van dit boek).

De oefenomgeving is digitaal en voorziet in tientallen aanvullende casuïstieken en interactief oefenmateriaal. De inhoud van de oefenomgeving kun je gebruiken om te oefenen met deze methode, maar ook met andere systematieken voor klinisch redeneren.

Praktijkgestuurd klinisch redeneren rond een casus doen we als volgt:


- Bij de casus selecteren we het aandachtsgebied waarover we willen redeneren. Hierbij beargumenteren we waarom dit gebied relevant is. Waar nodig selecteren we meerdere aandachtsgebieden.
- We selecteren de gewenste redeneerhulpen en beredeneren de relevantie hiervan.

Bij elke casus in deze methode zijn één of meerdere relevante aandachtsgebieden geselecteerd en uitgewerkt. Waar dit relevant is, zijn ook de redeneerhulpen uitgewerkt. Voor docenten bevat de digitale leeromgeving oefenopdrachten en bijbehorende uitwerkingen. De opdrachten zijn gerelateerd aan de casuïstiek en het boek. Ook hebben we extra casuïstiek met uitgewerkte opdrachten voor de studenten toegevoegd aan de digitale leeromgeving.

Ter voorbereiding voor casusbespreking in de klas bevelen we de studenten steeds specifieke e-learning aan. Je kunt natuurlijk ook ander materiaal ter voorbereiding gebruiken. De e-learning kan in de klas of thuis worden doorlopen. Voor docenten wordt verwezen naar de docentenhandleiding bij deze methode.

Voorbeeld: uitgewerkte casus voor de docenten

Mevrouw De Wild is 58 jaar en heeft last van hevige hoofdpijn sinds twee uur. Ze is bekend met migraine maar deze hoofdpijn heeft ze nog nooit gehad. De pijn is snel ontstaan nadat ze een knapje voelde in haar hoofd. Ze maakt zich zorgen want haar zus heeft twee jaar geleden precies hetzelfde gehad en toen bleek dat ze een hersenbloeding had. Mevrouw De Wild lijkt nu ook wat suffer te worden.



Aandachtsgebied	Orgaansystemen: neurologisch stelsel
Aanbevolen e-learning	<ul style="list-style-type: none"> • e-learning anatomie en fysiologie; het neurologisch stelsel; • e-learning hersenbloedingen; • e-learning EMV-score.
Vraag aan de studenten (antwoord: het neurologisch stelsel)	Welk orgaansysteem loopt het meeste gevaar bij Mevrouw De Wild?
Bespreking in relatie tot de casus	Mevrouw De Wild heeft een hevige hoofdpijn die snel begint. Dit snelle begin past bij een hersenbloeding. Wanneer bloed zich ophoopt in het hoofd, zal het de hersenen 'wegdrukken' waardoor de hersenen minder goed kunnen werken. Symptomen die hierbij passen zijn verwardheid en uiteindelijk bewusteloosheid. Dit kan heel snel gaan. De hersenen worden beschadigd door het bloed. Grote hersenbloedingen kunnen binnen minuten tot uren leiden tot de dood.

Redeneerhulp	EMV-score
Aanbevolen e-learning	<ul style="list-style-type: none"> • e-learning EMV-score.
Vraag aan de studenten (antwoord: De EMV-score)	Welke redeneerhulp kunnen we gebruiken om te kijken hoe ernstig de hersenbloeding is?
Bespreking in relatie tot de casus	Hoe lager de EMV-score, des te groter de kans dat het een ernstige bloeding is.
Klassikale oefenopdracht	Laat studenten verschillende EMV-scores 'naspelen' en bij elkaar de juiste EMV-score raden.

Afbeelding 1.2 Voorbeeld van een uitgewerkte casus voor docenten.

Bovenstaand voorbeeld is slechts een van de mogelijke uitwerkingen van de casus. Andere relevante aandachtsgebieden die bij deze casus zijn uitgewerkt, zijn:

- Alarmsymptomen en urgentie,
- Beleid,
- Hypothesevorming,
- Overdracht.

Het digitaal platform 'Klinisch redeneren' omvat de volgende instrumenten:

- Interactieve meerkeuzevragen rond casuïstiek;
- 2D- en 3D-animaties en illustraties van anatomie, fysiologie en pathologie;
- Interactieve simulaties (van defibrillatoren, pacemakers, beademingsapparaten et cetera);
- Filmmateriaal met interactieve visuele oefeningen (skills trainers) rond nagespeelde casuïstiek (met simulatiepatiënten en zorgprofessionals).

1.2 Waaronder deze methode?

Wij zien dat onderwijs rond klinisch redeneren niet overal in lijn is met de denkwijze in de praktijk. Vaak maakt men gebruik van een vastomlijnde systematiek, waardoor de hoofd- en bijzaken (die in elke casus anders kunnen zijn) onvoldoende worden gescheiden.

Door actief de keuze voor aandachtsgebieden te (laten) beredeneren, leren we de student dat een casus via meerdere wegen kan worden benaderd. De methode leent zich voor sturing door zowel studenten als docenten. In het ene geval wordt de student gevraagd om zijn keuze te beargumenteren. In het andere geval kun je als docent zelf kiezen om rond een specifiek aandachtsgebied en/of met behulp van een specifieke redeneerhulp te (laten) redeneren.

Docenten met een klinische achtergrond kunnen de casuïstiek aanvullen met eigen ervaringen, terwijl docenten met beperkte klinische kennis kunnen vertrouwen op de uitgewerkte casuïstiek, geschreven door ervaren klinische experts.

2

Wat is klinisch redeneren?



Afbeelding 2.1 Bij het klinisch redeneren spelen veel factoren een rol. Wij denken na over deze factoren en leggen verbanden hiertussen. Ook bedenken we of we actie moeten ondernemen en zo ja, waarom.

2.1 Wat is klinisch redeneren?

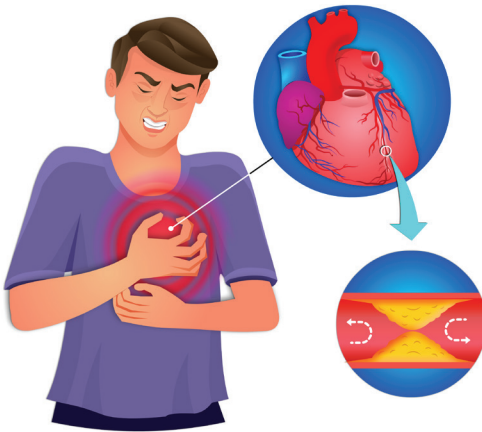
Klinisch redeneren vormt de kern van jouw inschattingsvermogen als zorgverlener. Op basis van dit vermogen kun je bepalen wat je van de situatie vindt, maar ook wat je denkt dat er nog moet gebeuren en waarom. Hoe meer je weet en begrijpt van je vak, des te beter kun je klinisch redeneren. Ook je ervaring is hierbij erg belangrijk. Pas als je genoeg kennis en ervaring hebt, kun je goed bedenken wat de zorgvrager nodig heeft. Als je dit kunt, kun je verantwoordelijkheid dragen. Of andersom: om een bepaalde mate van verantwoordelijkheid te kunnen dragen, moet je op een bepaald niveau klinisch kunnen redeneren. Maar wat is klinisch redeneren nu eigenlijk?

Er bestaan veel verschillende definities van het begrip klinisch redeneren.

Omdat wij in Nederland werken, hebben wij de definitie uit de beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden aangehouden. In vereenvoudigde vorm stelt deze definitie het volgende: klinisch redeneren is een proces waarbij we op elk moment actief nadenken over de problemen en oplossingen van een zorgvrager en zijn omgeving die betrekking hebben op ziekte en gezondheid. Hiervoor moeten we risico's kunnen inschatten en problemen al in een vroeg stadium kunnen herkennen. Ook moeten we kunnen bepalen wanneer we moeten ingrijpen (interventie) en wanneer we de zorgvrager extra goed in de gaten moeten houden (monitoring).

Klinisch redeneren doe je ook als de zorgvrager niet in de buurt is, bijvoorbeeld als je overlegt met een collega, met de arts of met de familie van de zorgvrager. En tijdens het opstellen van een verpleegplan of zorgplan. Omdat je steeds nieuwe informatie krijgt, kun je steeds verder klinisch redeneren. Klinisch redeneren is dus een continu (voortdurend) proces. Niet alle informatie is even belangrijk bij het klinisch redeneren. Hoe meer kennis en ervaring je hebt, hoe beter je kunt inschatten wat van groot belang is en wat minder belangrijk is.

2.2 Klinisch redeneren en risico-inschatting



Afbeelding 2.2 Bij het klinisch redeneren gaan we ook na of we risicofactoren kunnen vinden bij de zorgvrager of in zijn of haar omgeving. In dit geval gaat het om een zorgvrager met pijn op de borst. We proberen in te schatten of het risico op een hartaanval voor deze zorgvrager groter is door een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed, waardoor een verstopping in een kransslagader kan ontstaan, of door familieleden die bekende hartproblemen hebben.

Een belangrijk element bij het klinisch redeneren is het inschatten van risico's. De situatie van zorgvragers hangt van veel factoren af, die bovendien snel kunnen veranderen. Op basis van deze factoren en van bevindingen die bijvoorbeeld passen bij een bedreigend toestandsbeeld, kun je als zorgprofessional een juiste **risico-inschatting** maken. Daarvoor moet je wel over de juiste kennis en ervaring beschikken. Bij een risico-inschatting moet je ook kunnen beargumenteren hoe je tot deze inschatting bent gekomen.

VOORBEELD: RISICO-INSCHATTING BIJ EEN HARTPATIËNT

Ik denk dat we bij mevrouw Jansen een ECG (hartfilmpje) moeten maken. Ze is gisteren twee keer gevallen en dat zou te maken kunnen hebben met een ritmestoornis. Vorig jaar heeft zij van de cardioloog een bètablokker voorgeschreven gekregen om ritmestoornissen te voorkomen, maar daar zijn we vorige week mee gestopt omdat haar bloeddruk aan de lage kant was. Het vallen zou wel eens kunnen worden veroorzaakt door een nieuwe ritmestoornis. Deze nieuwe ritmestoornis is in dat geval weer het gevolg van het stoppen van de medicijnen. Een ECG geeft ons meer informatie of mevrouw Jansen een ritmestoornis heeft.

In het voorbeeld over mevrouw Jansen zie je dat de zorgverlener een aantal aspecten combineert die te maken hebben met het zorgtraject van mevrouw Jansen: observatie (ze is twee keer gevallen), voorgeschiedenis (ritmestoornis), medicatie (bètablokker) en benodigde zorg (het laten maken van een hartfilmpje). Klinisch redeneren op basis van deze aspecten vereist, zoals gezegd, de juiste kennis en ervaring.

Probleemherkenning is bij klinisch redeneren gerelateerd aan risico-inschatting. Problemen kunnen ontstaan in lichamelijke, psychologische en/of sociale zin. Het herkennen van het hoofdprobleem is slechts een deel van de probleemherkenning. Je moet je bij elk probleem ook afvragen of andere problemen kunnen hebben geleid tot wat je werkelijk ziet. Als je bij elk probleem jezelf blijft afvragen waarom en hoe het is ontstaan, kom je uiteindelijk in veel gevallen tot de kern van het probleem. We geven hier enkele voorbeelden van problemen.



Afbeelding 2.3 Diverse onderzoeken en bevindingen helpen om het risico op verslechtering van de situatie bij een zorgvrager in te schatten.

VOORBEELD VAN EEN LICHAAMELIJK PROBLEEM

De zorgvrager heeft al een dag niet geplast. Dit zou kunnen passen bij een retentieblaas (urine die in de blaas achterblijft en niet kan worden uitgeplast), maar ook bij uitdroging.

VOORBEELD VAN EEN PSYCHISCH PROBLEEM

De zorgvrager is angstig. Dit zou kunnen passen bij een angststoornis, maar ook bij verwaarlozing of emotioneel misbruik.

VOORBEELD VAN EEN SOCIAAL PROBLEEM

De zorgverlener onttrekt zich aan groepsactiviteiten. Dit zou kunnen passen bij een depressie, maar ook bij een beginnende dementie.

2.3 Klinisch redeneren en interventies



Afbeelding 2.4 Als we zien dat het misgaat met de zorgvrager, moeten we vaak ingrijpen. In vaktermen heet dit ‘een interventie doen’ of ‘interveniëren’.

Bij klinisch redeneren gaat het niet alleen om de situatie observeren en hier uitspraken over doen. Je moet vaak ook ingrijpen om de zorg in goede banen te blijven leiden. We noemen dit ook wel ‘een **interventie** doen’ of ‘interveniëren’.

Een interventie kan groot zijn, bijvoorbeeld een reanimatie starten bij een zorgvrager met een circulatiestilstand. Als zorgverlener houd je je meestal echter bezig met kleinere interventies, bijvoorbeeld de zorgvrager rechtop zetten bij kortademigheid, of de familie betrekken bij sociale problematiek. Een interventie is dus een actie van jouw kant waardoor de zorgvrager wordt beïnvloed.

Een interventie heeft niet altijd het gewenste effect. Soms reageert de zorgvrager er slecht op, ook al bedoel je het goed en is je interventie correct beargumenteerd. Dit betekent niet automatisch dat je iets verkeerd hebt gedaan. Het is echter wel belangrijk dat je niet alleen de positieve effecten van een interventie meeneemt in je beslissingen, maar ook altijd de mogelijke ongewenste effecten.



Afbeelding 2.5 Pijn bij diclofenacgebruik.

VOORBEELD: INTERVENTIE MET MEDICIJNEN

Je geeft aan meneer Krabbendam diclofenac (een pijnstillend en ontstekingsremmend medicijn), omdat hij pijn heeft na zijn heupoperatie. Na enkele uren heeft meneer Krabbendam last van zijn maag en pijn achter zijn borstbeen. Je overlegt met de arts of het zinvol is om omeprazol (een zuurremmend medicijn) aan meneer Krabbendam te geven. De arts denkt van wel. Enkele uren na toediening van omeprazol verdwijnen de klachten.

2.3.1 Ongewenste effecten van interventies

In het voorbeeld over meneer Krabbendam veroorzaakt je interventie (het geven van diclofenac) een ongewenst effect (namelijk maagklachten en zure oprispingen). Dit is een bekende bijwerking van diclofenac. De meeste zorgvragers hebben hier echter geen last van. Diclofenac wordt in de praktijk bij pijnklachten veel voorgeschreven, bijvoorbeeld aan zorgvragers die na een heupoperatie pijn hebben. Een tweede interventie (het geven van omeprazol) doet het ongewenste effect teniet.

Het lukt niet in alle gevallen om ongewenste effecten te voorkomen of teniet te doen. In hele ernstige gevallen kunnen zorgvragers zelfs overlijden. Bij klinisch redeneren probeer je het risico op ongewenste effecten van je interventie zo veel mogelijk te beperken. Interventie en risico-inschatting hebben dan ook veel met elkaar te maken.