

Risico op beperkte inspanningstolerantie

Kans op gezondheidsschade door afgenomen fysiologische capaciteit die nodig is om inspanning van een vereist of gewenst niveau vol te houden

Risicofactoren

Zie beïnvloedende factoren bij *Beperkte Inspanningstolerantie*

NOC

Activiteitsvermogen

Beoogde resultaten

De patiënt laat zien de gebruikelijke of toename van dagelijkse activiteiten te verdragen doordat de pols, ademhaling en bloeddruk binnen de vastgestelde waarden blijven.

NIC

Voorlichting: patiënt

Voorlichting: ziekteproces

Voorlichting: voorgeschreven lichaamsbeweging

Interventies

Zie *Beperkte inspanningstolerantie*.

Aftakeling

Een geleidelijk progressieve fysieke en psychosociale achteruitgang, gekenmerkt door een beperkte coping en verminderde veerkracht (Carpenito, 1999)*

Toelichting van de auteur

Aftakeling (Adult Failure to Thrive) is in 2015 vervangen op de NANDA-I lijst met vastgestelde diagnoses door het Kwetsbare Ouderen Syndroom (Frail Elderly Syndrome) (Herdman & Kamitsuru, 2014). "Sommige oudere patiënten, inclusief degenen die geen acute of chronische aandoening hebben, krijgen uiteindelijk te maken met een proces van functioneel verval, toenemende apathie en niet meer willen eten en drinken, uitmondend in het overlijden" (*Robertson & Montagnini, 2004). "Aftakeling moet niet beschouwd worden als een onontkoombaar gevolg van het ouder worden, een synoniem voor dementia, het onontkoombare gevolg van chronische ziekte of een beschrijving van de laatste fase van een terminale ziekte" (*Robertson & Montagnini, 2004).w

Kanttekening

Aftakeling wordt niet veroorzaakt door dementie. Omdat de oorzaak van aftakeling onduidelijk is zou het de verpleegkundige kunnen helpen om het probleem te omschrijven als "aftakeling op basis van onbekende oorzaak". Als ook sprake is van dementie, zie *Chronische verwardheid*.

Verschijselen

Veranderde stemming*
 Apathie*
 Anorexia*
 Verminderd cognitief functioneren*
 Minder of niet eten bij de meeste maaltijden*
 Verminderde sociale vaardigheden*
 Ontkenning van symptomen
 Depressiviteit
 Geen interesse meer in leuke uitjes*
 Geen hoop meer hebben
 Eenzaamheid
 Afnemend fysiek functioneren* (bv. vermoeidheid, dehydratie, totale incontinentie)
 Sociaal teruggetrokken leven*
 Zelfzorgtekort*
 Onbedoeld gewichtsverlies* (bv. 5% in 1 maand of 10% in 6 maanden)

Beïnvloedende factoren

Het is onbekend wat de oorzaak van het verval bij volwassenen, vaak ouderen, is (Kimball & Williams-Burgess, 1995; Murray, Zentnrer, & Yakimo, 2009). Mogelijk zijn de volgende factoren daarop van invloed:

Situatie *persoon, omgeving*

Verminderde copingvaardigheden

Verminderd vermogen om zich aan te passen aan gevolgen van veroudering

Verlies van sociale vaardigheden en daaruit voortvloeiend sociale isolatie

Verlies van relaties, sociale verbanden

Toegenomen afhankelijkheid en gevoelens van hulpeloosheid

NOC

Lichamelijke veroudering

Psychosociale aanpassing: leefwijze verandering

Zelfmanagement: acute/chronische aandoeningen Levenswiel

Persoonlijke veerkracht

Speldeelname

Beoogde resultaten

De patiënt functioneert beter.

Indicatoren

Toename van sociale verbanden.

Op gewicht blijven of aankomen

NIC

Mantelzorgondersteuning

Voedingsbeleid

Probleemhantering, verbetering

Hoop bieden

Cognitieve stimulering

Interventies

Sta open voor een oorzaak/oorzaken van de achteruitgang en de behandeling daarvan, met verbetering als gevolg

Vaak is/zijn de oorzaak/oorzaken van de achteruitgang niet vast te stellen of reversibel (Robertson & Montagnini, 2004). Het meest verontrustend hiervan, is dat het een bevestiging biedt voor een fatalistische verwachting van het ouder worden "Dat gaat nou eenmaal zo en geen mens is bij machte om dat te veranderen" (Merriam-Webster, 2015).

Zorg ervoor dat een grondige anamnese en diagnostische onderzoeken hebben plaatsgevonden (Robertson & Montagnini, 2004)

Ga na of de volgende onderzoeken zijn aangevraagd/uitgevoerd:

- Groeihormoon, testosteron (bij mannen), serum albumine en cholesterol
- Bloedkweek, screening op infecties, bloedbeeld, bloedsuiker, TSH, volledig urineonderzoek
- Ureum, kreatinine, elektrolyten

- B12, foliumzuur en vitamine D
- IJzer
- Röntgenonderzoek thorax, ECG

Ga na of het medicatiebeleid kritisch is geëvalueerd

Versillende geneesmiddelen kunnen aanleiding geven tot cognitieve veranderingen, anorexie, depressie, dehydratie, elektrolytenstoornissen (bv. bètablokkers, tricyclische antidepressiva, anticholinergica, diuretica, benzodiazepines) (Robertson & Montagnini, 2004).

Evalueer basale fysieke vaardigheden met ADL (Katz-schaal) of Instrumental Activities of Daily Living schaal (IADL, Lawton & Brody) en Timed Up and Go Test (TUGT) door fysiotherapeut

Evalueer stemming met Geriatric Depression Scale (GDS)

Depressie wordt bij ouderen waargenomen bij 10% tot 25% in het algemeen en bij 50% van verpleeghuisbewoners (Miller, 2015).

Zorg ervoor dat een uitgebreide voedingsanamnese is afgenomen (bv. dagelijkse calorische inname, voedingsmiddelen binnen bereik, mondafwijkingen, spraak- of slikstoornissen, medicatie met anorexie als bijwerking, financiële belemmeringen om voldoende en gevarieerd te eten)

Een voedingsanamnese vormt de basis voor het in lijn brengen van voedingsgewoonten met het voedingsvoorschrift, ter optimalisatie van de gezondheid (Tuso & Beattie, 2015).

Sociale anamnese (aanwezige ondersteuning, omgang met anderen)

Sommige van deze factoren zijn niet, andere juist gemakkelijk te veranderen en andere alleen met strategieën die een groot beslag leggen op beschikbare middelen. Begin met gemakkelijk te veranderen oorzaken in de hoop het overall functioneren te verbeteren, omdat een enkele oorzaak van invloed kan zijn op verschillende andere syndromen, die samen bijdragen aan de aftakeling (Robertson & Montagnini, 2004).

Bevorder de omgang met anderen (zie *Risico op eenzaamheid*)

Ouderen die zich beter kunnen aanpassen melden dat hun sociale leven getekend worden door een voortdurend gevecht om identiteit en sociale relevantie, ondanks dat ze veel van hun latere leven gemaakt hebben (Cornwell, Laumann, & Schumm, 2008).

- Spreek de ander aan als volwassene, met een normaal volume, gepast oogcontact en in een rustig tempo
- Probeer één activiteit te vinden die leuk gevonden wordt
- Neem deel aan zinvolle, betekenisvolle gesprekken over de voor- en afkeuren, interesses, hobby's en werkervaringen
- Probeer activiteiten te vinden waaraan de patiënt zonder hulp kan deelnemen
- Moedig aan om zo onafhankelijk mogelijk te zijn
- Benadruk het belang van oefeningen om de mobiliteit te verbeteren (bv. lopen, oefenen in de stoel)

Blijf werken aan het behoud van sociale rollen en activiteiten met het oog op moeilijke veranderingen in het latere leven. Omdat dit cruciaal is voor het behoud

*van het fysieke en mentale welzijn, zien gerieters sociale integratie als belangrijkste element om succesvol ouder te worden (*Cornwell et al., 2008).*

Gezondheidsvoorlichting en opvoeding

- Ga na welke ondersteuning beschikbaar is voor socialisatie en lichamelijke oefening.
- Laat de patiënt zich aansluiten bij een groep met gelijke interesses, zoals wandelen, breien, sport, dansen, schaken of bridge
- Ga naar specifieke voorzieningen voor ouderen

Obstipatie

Infrequente of moeilijke defecatie gedurende tenminste drie van de voorgaande twaalf maanden.

Toelichting van de auteur

Chronische functionele obstipatie is het gevolg van vertraagde passage van voedselresten in de darmen zonder een aanwijsbare somatische oorzaak. De verpleegkundige kan de onderliggende factoren behandelen (bv. uitdroging, onvoldoende vezelrijke voeding, immobiliteit). Vermeende obstipatie heeft betrekking op een foutieve perceptie van de obstipatie, waarbij de persoon overmatig gebruik maakt van laxeremiddelen, klyisma's, en/of zetpillen.

Verschuiven

Opgezwollen buik
 Fecale impactie
 Incontinentie van ontlasting (bij kinderen)
 Lekkage van ontlasting bij palpatie
 Pijn bij defecatie
 Voelbare massa in abdomen
 Positieve test op occult bloed
 Langdurig persen bij defecatie
 Type 1 of 2 op de Bristol stoelgangsschaal

Volwassene

Aanwezigheid van ≥ 2 van de volgende criteria van het Rome III classificatie systeem:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- hard peren in $> 25\%$ van de defecaties
- harde of keutelvormige ontlasting in $> 25\%$ van de defecaties
- gevoel van incomplete evacuatie in $> 25\%$ van de defecaties
- gevoel van anorectale obstructie of blokkade in $> 25\%$ van de defecaties
- manuele handelingen noodzakelijk in $> 25\%$ van de defecaties

Kind 1 maand \leq 4 jaar

Aanwezigheid van ≥ 2 van de volgende criteria van het Rome III classificatie systeem voor kinderen:

Tenminste één maand ten minste twee van de volgende criteria:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- ten minste fecale incontinentie eenmaal per week
- ophouden van ontlasting
- pijnlijke of harde ontlasting
- grote fecale massa in abdomen of rectum
- grote hoeveelheid feces in luier of toilet

Kind \geq 4 jaar

Aanwezigheid van ≥ 2 van de volgende criteria van het Rome III classificatie systeem voor kinderen:

Ten minste twee van de volgende criteria (met onvoldoende criteria voor prikkelbare darmsyndroom), minstens eenmaal per week gedurende twee maanden

voor het stellen van de diagnose:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- fecale incontinentie minstens één episode per week
- ophouden van ontlasting
- pijnlijke of harde ontlasting
- grote hoeveelheid fecale massa in abdomen of rectum
- grote hoeveelheid feces in toilet

Beïnvloedende factoren

Pathofysiologie

Innervatiestoornis, zwakke bekkenbodemspieren en immobiliteit ten gevolge van:

- ruggenmerglaesie
- ruggenmergbeschadiging
- spina bifida
- dementie
- cerebrovasculair accident
- neurologische ziekten (MS, ziekte van Parkinson)

Zwakke buikspieren ten gevolge van obesitas.

Afgenomen stofwisselingssnelheid ten gevolge van:

- feochromocytoom
- hypopinealisme
- diabetische neuropathie
- uremie
- hypothyreoïdie
- hyperparathyreoïdie

Verminderd reageren op aandrang ten gevolge van affectieve stoornissen

Pijn bij defecatie (bijvoorbeeld hemorrhoiden, rugletsel)

Afgenomen peristaltiek ten gevolge van hypoxie (in verband met verminderde hart-, longfunctie).

Verstoorde beweeglijkheid van de darm ten gevolge van prikkelbare darm syndroom.

Onvermogen om kringspier te ontspannen of verhoogde druk in het rectum ten gevolge van meerdere vaginale bevallingen, langdurig persen

Behandeling

Effecten van anesthesie en operatief ingrijpen op peristaltiek

Habitueel gebruik van laxeremiddelen

Slijmvliesontsteking ten gevolge van bestraling

Bijwerkingen van (specificeer):

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| • antidepressiva | • calcium |
| • antacida (calcium, aluminium) | • anticholinergica |
| • ijzer | • anestetica |
| • barium | • narcotica (codeïne, morfine) |
| • aluminium | • diuretica |
| • aspirine | • antiparkinsonmiddelen |
| • fenothiazinen | • chemotherapie |
| • anticonsulviva | |

Situatie *persoon, omgeving*

Afgenomen peristaltiek ten gevolge van:

- immobiliteit
- zwangerschap
- stress
- gebrek aan lichaamsbeweging

Onregelmatig toiletbezoek

Cultureel bepaalde denkbeelden/gezondheidsovertuiging

Gebrek aan privacy

Te weinig vezelrijke voeding of vochtinname

Vrees voor rectale pijn of pijn in de hartstreek

Verkeerde beoordeling van normaal defecatiepatroon

Ontoereikende vochtopname

Geen aandrang voelen

NOC

Defecatie

Hydratatie

Kennis: dieet

Beoogde resultaten

De patiënt geeft aan ten minste iedere 2 tot 3 dagen ontlasting te hebben.

Indicatoren

Beschrijft maatregelen voor een goede stoelgang.

Kan het hoe en waarom van de maatregelen en de veranderde gewoonten uitleggen.

NIC

Defecatiebeleid

Vochtbeleid

Obstipatiebeleid

Interventies

Inventariseer beïnvloedende factoren van obstipatie vast. Zie beïnvloedende factoren.

Bevorder helpende maatregelen

De stoelgang wordt primair gecontroleerd door musculaire en neurologische activiteiten. Onverteerd voedsel en ontlasting passeert de dikke darm door de werking van onwillekeurige spieren in de darmwand. Via het sigmoid komt de ontlasting in het rectum. Bij een bepaalde hoeveelheid ontlasting treedt de ontlastingsreflex in werking en ontspant de kringspier van de anus en kan de ontlasting passeren (Grossman, 2015).

Stel vaste tijden in voor de uitscheiding.

- Beoordeel de dagelijkse routine
- Adviseer de stoelgang onderdeel te maken van de dagelijkse routine

- Bespreek een geschikt tijdstip (gebaseerd op dagelijkse verplichtingen, beschikbaarheid van toilet etc.)
- Geef een middel om de ontlasting te stimuleren (bijvoorbeeld koffie, pruimensap)
- Adviseer om ongeveer 1 uur na de maaltijd te ontlasten waarbij wellicht langere tijd op het toilet moet worden doorgebracht.

De darmreflexen stimuleren 2 tot 3 maals daags de peristaltiek, meestal na een maaltijd.

Voldoende beweging

- Beoordeel de fysieke activiteit
- Zorg voor frequente matig intensieve beweging tenzij gecontra-indiceerd
- Zorg, indien de patiënt dit aankan, voor frequente mobilisatie
- Zorg bij een bedlegerige patiënt voor bewegingsoefeningen
- Leer oefeningen voor de buikspieren, tenzij gecontra-indiceerd
 - span de buikspieren meerdere keren per dag aan
 - doe sit-ups, houd de hielen op de grond en de knieën licht gebogen
 - til, liggende op de rug, de onderbenen op terwijl de knieën gestrekt blijven
- Verander van positie in bed waarbij de heupen worden opgetild.
- Buig de knieën om en om naar de borst, strek de armen opzij en boven het hoofd.

Regelmatig bewegen bevordert de spierverspanning die nodig is voor het uitdrijven van ontlasting. Bovendien neemt de doorbloeding van de spijsverteringsorganen toe waardoor de peristaltiek wordt bevordert en de ontlasting eenvoudiger wordt verwijderd (Grossman, 2015).

Uitgebalanceerd dieet

- Geef een overzicht van voedingsmiddelen met een hoog gehalte aan onverteerbare vezels (plantaardig materiaal (met groot volume)):
 - vers fruit met schil, vruchtensappen en groentes
 - bonen, noten en zaden
 - volkorenbrood en volkorenproducten en zemelen
- Bespreek de voedingsvoorkeuren.
- Bespreek voedselintoleranties of allergieën.
- Neem ongeveer 800 g fruit of groenten (ongeveer 4 stuks vers fruit en een grote portie salade) per dag op in het dieet om een normale stoelgang te bewerkstelligen.
- Vergroot geleidelijk de hoeveelheid zemelen afhankelijk van hoe goed deze verdragen worden (kunnen toegevoegd worden aan graanproducten, gebakken voedsel enz.). Leg uit dat het belangrijk is om bij de zemelen voldoende vocht in te nemen.
- Stel voor dagelijks 30 tot 60 ml te nemen van een mengsel van 2 kopjes volkoren granen, 2 kopjes appelmoes en 1 kopje pruimensap.

Adequate vochtinname

- Stimuleer om dagelijks ten minste 2 liter vocht in te nemen – 8 tot 10 glazen – tenzij gecontra-indiceerd.
- Bespreek de voorkeuren voor drinken.
- Maak een schema voor de vochtinname
- Raad aan een half uur voor het ontbijt een glas warm water te drinken, dit kan als een prikkel werken op het ontlasten van de darm.

- Adviseer om het drinken van grapefruitsap, koffie, thee, cola en chocolademelk te vermijden als dranken voor de dagelijks vochtinname.

Een dagelijkse vochtinname van tenminste 2 liter is noodzakelijk voor een behouden van een goede stoelgang en het bevorderen van een goede consistentie van de ontlasting.

Optimale houding

- Zorg voor privacy (sluit de deur, sluit de gordijnen rond het bed, maskeer geluiden door de radio of TV aan te zetten, zorg voor een luchtverfrisser).
- Gebruik voor zover mogelijk het toilet of de postoeel in plaats van de po. Zorg voor een geschikte houding (zo mogelijk zittend en naar voren leunend)
- Verhoog bij toiletbezoek de benen door een voetenbankje te gebruiken.
- Help zo nodig bij het gebruik van de po; verhoog het bed in hoge Fowler positie.

Door het buigen van de heupen opent het anale kanaal, waardoor de weerstand van de passage van de ontlasting afneemt. Bij een rechtop zittende houding helpt de zwaartekracht mee bij het ontlasten (Miller, 2015).

Ouderen

Leg uit wat de oorzaken zijn van obstipatie bij ouderen.

Bij 80% van de geïnstitutionaliseerde ouderen komt obstipatie voor en bij 45% van de thuiswonende ouderen. Het zijn niet zozeer leeftijdsfactoren die een rol spelen bij obstipatie. De belangrijkste risicofactoren zijn: verminderde mobiliteit, metabole problemen (bv. hypothyreoïdie), bijwerkingen van medicatie, verkeerd gebruik van laxantia, en onvoldoende drinken van water en eten van vezels (Miller, 2015).

Gezondheidsvoorlichting & verwijzing

- Leg de relatie uit tussen leefstijl en obstipatie
- Zittende leefstijl, onvoldoende vochtinname, onvoldoende inname van vezels en stress kunnen bijdragen aan obstipatie.
- Instrueer om bij 3 dagen geen ontlasting advies te vragen bij zorgprofessional. *De mogelijkheid van fecale impactie moet overwogen worden (Yarbo, Wujcik & Gobel, 2013).*
- Stimuleer een hogere inname van vezelrijke voeding en vocht als aanvulling op ijzertherapie (bv. verse groente en vers fruit met schil, granen, noten, zaden, volkorenbrood).
- Stimuleer post-operatief snelle mobilisatie, zo nodig met hulp, om de bijwerkingen van de analgetica tegen te gaan.
- Inventariseer bij gebruik van bepaalde pijnmedicatie (morfine, codeïne) de stoelgang en waarschuw de arts/verpleegkundig specialist bij problemen met de ontlasting.
- Bespreek misbruik van laxantia (zie *Vermeende obstipatie*).

Kind

Bespreek de oorzaken van obstipatie bij kinderen (ondervoeding, eiwitrijk (verrijkt) koolhydraatarm dieet, gebrek aan vezels, uitdroging).

Bij onregelmatige stoelgang met harde ontlasting:

- Bij kinderen jonger dan 7 jaar: voeg maïsolie of fruit toe aan de voeding. Vermijd appelsap.
- Bij oudere kinderen: voeg zemelen, pruimensap, fruit en groente toe aan de dagelijkse voeding.

Aanhoudende obstipatie dient medisch onderzocht te worden.

Leg aan adolescenten de effecten van vocht, vezels en beweging op de stoelgang uit.

Verskillende factoren dragen bij aan obstipatie:

- Onvoldoende inname van vezels.
- Een eenzijdig dieet met teveel zuivelproducten waardoor de beweeglijkheid van het colon afneemt.
- Onvoldoende vochtinname, waardoor de resorptie van vocht in het colon de ontlasting teveel indikt of uitdroging door activiteiten met veel vochtverlies door transpiratie.
- Retentie van feces door het kind.
- Medicatie (bv. verdovende middelen of anti-epileptica).
- De gemoedstoestand van het kind.

Zwangerschap, bevalling

Leg uit wat de risicofactoren zijn voor obstipatie tijdens de zwangerschap en na de bevalling:

- verminderde maagmotiliteit
- vertraagde darmassage
- drukverhoging door de groter wordende baarmoeder
- slappe buikspieren (postpartum)
- verslapping van de darmen (postpartum).
- suppletie van ijzer.

Leg uit door welke factoren aambeien ontstaan en verergeren (persen tijdens ontlasten, obstipatie, langdurig staan, dragen van strakke kleding).

Indien de vrouw een voorgeschiedenis heeft met obstipatie, bespreek dan het gebruik van volume producerende laxantia om de ontlasting zacht te houden.

Na de bevalling:

- controleer op darmgeluiden, aanwezigheid van opgezette buik, aambeien, zwelling van het perineum en flatulaties.
- zorg voor pijnbestrijding van de aambeien, de episiotomie of wondjes in het perineum.

Instrueer de patiënt om zitbaden te nemen en koele en bloedstelpende kompressen te gebruiken voor de aambeien.

Uitleg over de oorzaken van obstipatie tijdens de zwangerschap en na de bevalling kan het gedrag om obstipatie te voorkomen verbeteren.

Leg uit dat ijzersupplementen belangrijk zijn voor het ongeboren kind en dat obstipatie geen reden is om hiermee te stoppen (Pilliteri, 2014). De ijzersupplementen zorgen voor voldoende ijzervoorraad bij het kind die nodig is voor groei en ontwikkeling.

Verwijs naar interventies voor voorkomen van obstipatie.

Risico op obstipatie*

Kans op gezondheidsschade door een afname van de normale frequentie van ontlasting gepaard gaande met een moeilijke en incomplete passage van ontlasting.

Risicofactoren

Zie oorzaken *Chronische functionele obstipatie*

Beoogde resultaten

Zie *Chronische functionele obstipatie*

Interventies

Zie *Chronische functionele obstipatie*

Vermeende obstipatie*

Zelfdiagnose van obstipatie gecombineerd met misbruik van laxeremiddelen, klysma's en/of zetpillen om een dagelijkse stoelgang te garanderen.

Verschijnselen*

Verwachting dat defecatie dagelijks plaatsvindt.

Overmatig gebruik van laxeremiddelen, klysma's en zetpillen

Verwachting dat defecatie dagelijks op hetzelfde tijdstip plaatsvindt

Beïnvloedende factoren

Pathofysiologie

Verkeerde beoordeling* van normaal defecatiepatroon ten gevolge van bijvoorbeeld dwangneurotische afwijkingen, beschadiging centraal zenuwstelsel, depressie, verminderde denkprocessen*

Situatie *persoon, omgeving*

Niet goed geïnformeerd zijn ten gevolge van bijvoorbeeld cultureel bepaalde denkbeelden*, binnen het gezin heersende opvattingen*

NOC

Defecatie

Gezondheidsopvattingen: gevaar voor de gezondheid

Beoogde resultaten

De patiënt committeert zich aan een programma voor gewichtsbeheersing

De patiënt zegt tevreden te zijn met één defecatie per 1-3 dagen.

Indicatoren

Maakt niet regelmatig gebruik van laxeremiddelen.

Kan de oorzaken van obstipatie noemen.

Kan de bezwaren van het gebruik van klysma's en laxeermiddelen beschrijven.
Eet vezelrijker, drinkt en beweegt meer zoals geïnstrueerd.

NIC

Regulering defecatie
Gezondheidsvoorlichting
Gedragsmodificatie
Vochtbeleid
Voedingsbeleid

Gewoontes en opvattingen kunnen door voorlichting gecorrigeerd worden.

Interventies

Leg de bezwaren uit van regelmatig gebruik van laxeermiddelen.

- Ze bieden slechts een tijdelijke oplossing en kunnen leiden tot obstipatie door het verstoren van de peristaltiek.
- Ze kunnen de opname van vitamine A, D, E en K verstoren.
- Ze kunnen diarree veroorzaken.

Laxeermiddelen verstoren de darmen doordat ze de darm ledigen en ongeplande stoelgang veroorzaken. Bij constant gebruik verliest de dikke darm zijn tonus en wordt het moeilijk om de ontlasting op te houden. Chronisch gebruik van laxeermiddelen kan leiden tot problemen met de consistentie van de ontlasting, waardoor de reguliere stoelgang verstoort raakt. Ontlastingsverzachters zijn wellicht niet nodig als het dieet en de vochtinname adequaat zijn. Klysma's leiden tot een overspannen darm en verlies van de tonus, wat bijdraagt aan verdere obstipatie (Arcangel & Peterson, 2016).

Indien het gebruik van laxeermiddelen noodzakelijk is, instrueer de patiënt dan over het gebruik van bulkvormers zoals psylliumzaad of zemelen.

- Begin met de helft van de aanbevolen dosering.
- Verhoog de dosis geleidelijk gedurende een aantal weken.
- De chronische gebruiker van laxeermiddelen moet leren de voeding aan te passen, bulkvormers te gebruiken en gebruik van laxeermiddelen achterwege laten.
- Zie *Obstipatie* voor interventies ter bevordering van een optimale uitscheiding en de beweegredenen.

Dolen

Herhaaldelijk doelloos en grensoverschrijdend dwalen van iemand met dementie, waardoor er een kans op letsel ontstaat

Toelichting van de auteur

Deze verpleegkundige diagnose is bruikbaar dan *Risico op letsel* die eerder werd gebruikt. *Risico op letsel* gaat over strategieën om iemand te beschermen tegen het oplopen van letsel. In Nederland hebben ongeveer 270.000 mensen dementie. Ieder uur krijgen 5 mensen in Nederland dementie (Stichting Alzheimer Nederland, 2017). De prevalentie schattingen in een internationale review studie variëren van 17,4 % onder bewoners van tehuizen, 50% bij mensen met ernstige dementie tot 63% bij mensen met dementie die thuis wonen. De dwaalpiek ligt tussen 5 en 7 uur in de namiddag (Ciprani et al., 2014). Negatieve gevolgen van dwaalgedrag zijn onder andere weglopen, vallen, letsel, vermoeidheid, gewichtsverlies, verstoorde slaap, sociaal isolement en zelfs overlijden (Ciprani et al., 2014). De interventies zijn gericht op het beschermen van de patiënt tegen letsel en op het achterhalen van de oorzaken, indien mogelijk.

Verschijselen*

Voortdurend heen en weer lopen

Verdwalen

Een geagiteerd bewegingspatroon

Steeds weer opnieuw hetzelfde traject lopen

Ongecontroleerd bewegen

Hyperactief

Niet in staat zijn om belangrijke punten te herkennen in een vertrouwde omgeving

Zomaar afwijken van de geplande route

Momenten van bewegen afwisselen met momenten van niet bewegen (bv. zitten, staan, slapen)

Ongeduldig heen en weer lopen

Om zich heen spieden

Op zoek zijn naar iets of iemand

Het bewegen is moeilijk te stoppen

De bewegingen van de verzorgende nadoen

Zich begeven op verboden terrein

Aanhoudend bewegen zonder een bestemming op het oog te hebben

Voortdurend bewegen op zoek naar iets

Beïnvloedende factoren

Pathofysiologie

Gestoorde cognitieve functies als gevolg van *

- CVA
- verstandelijke handicap
- ziekte van Alzheimer
- fysiologische behoefte (honger, dorst, pijn, mictiedrang, obstipatie)*

Situatie *persoon, omgeving*

Emotionele toestand (frustratie, angst, verveling, depressie of opwindig)*

Over/onderstimulatie van de omgeving

Gescheiden zijn van een vertrouwde omgeving* (mensen en voorwerpen)

Ontwikkeling

Oudere volwassene

- Verkeerde beoordelingen als gevolg van medicatiegebruik (bv. sedatie*, hyperactiviteit)
- Alzheimer dementie of een andere vorm van dementie
- Gescheiden worden van de vertrouwde omgeving* (bv. personen en voorwerpen)

Kind

Verkeerde inschattingen als gevolg van (specificeer) bv. autisme, het syndroom van Asperger

NOC

Risicobeheersing

Wegloopneiging

Veilig dolen

Gezinsfunctioneren

Beoogde resultaten

De patiënt loopt niet weg en verdwaalt niet en wordt niet vermist.

Indicatoren

Veilig kunnen rondlopen.

Factoren vaststellen die het zwerfgedrag bevorderen.

Anticiperen op zwerfgedrag.

NIC

Bewaking; veiligheid

Omgevingsregulering; veiligheid

Verwijzing

Risico-identificatie

Veiligheidsbevordering

Dwaalgedrag dat betrekking heeft op personen die gedesoriënteerd zijn of cognitieve beperkingen hebben, wordt in het algemeen gekenmerkt door voortdurend heen en weer lopen tegen aanleiding is tot gevaarlijke situaties of tot overlast. Het is doelgericht gedrag dat veroorzaakt wordt door de wens om in een behoefte voorzien. Ofschoon de aard van de behoefte kan verschillen, kan het gedrag te maken hebben met fysiek ongemak, zoals mictiedrang of met het zich niet prettig voelen zoals de behoefte aan meer of minder prikkels (Lester et al., 2012).

Interventies

Breng de bevorderende factoren in kaart:

- angst
- verwardheid
- frustratie
- verveling

- opwindig
- gescheiden zijn van vertrouwde mensen en plekken
- verkeerde beoordelingen
- fysiologische behoefte (honger, dorst, pijn, mictiedrang, obstipatie).
- slapeloosheid (zie *Slapeloosheid*)

Reduceer of neem indien mogelijk de factoren weg.

Angst/opwindig

- Als dat mogelijk is, zorg dan voor een afgeschermd buitenruimte met veiligheidsslots.

Dit kan het bewegen in de frisse licht stimuleren waardoor angst, opwindig en rusteloosheid kunnen verminderen.

- Probeer voor en na het eten te gaan wandelen met de patiënt.
- Kies een veilige wandel route uit
- Stimuleer het doen van activiteiten waarbij bewogen wordt (bv. vegen, harken)
- Veilige paden op de afdeling of daarbuiten zijn een goed alternatief voor de behoefte aan wandelen

Onbekende omgeving

Laat iemand met dementie niet achter in een nieuwe omgeving zonder begeleiding

- Bevestig een foto van een bekende op de deur van de kamer van de patiënt.
- Breng de patiënt terug als hij verdwaald is.
- Richt gemeenschappelijke ruimten (ontvangsthal, gang, portalen enz.) in met voorstellingen uit de natuur (Cohen- Mansfield & Werner, 1998).
- Geef duidelijk aan waar de uitgang is.
- Breng horizontale strepen op de uitgang deur aan of bekleed de deur met stof.

Veilige paden op de afdeling of daarbuiten zijn een goed alternatief voor de behoefte aan wandelen (Logsdon, et al., 1998).

Wanneer een ruimte verfraaid wordt muurschilderingen, foto's etc., dan lopen mensen met dementie daar langs en zijn zij minder geneigd om naar de uitgang te lopen.

Fysiologische prikkels

- Anticipeer op de aandrang om naar de wc te gaan met een schema voor de toiletgang
- Maak een schema voor vocht en voeding
- Ga na of er sprake is van pijn

Behoeften waar niet aan voldaan wordt en omgevingsfactoren kunnen ook bijdragen aan dwaalgedrag. Het is bekend dat mensen die lijden aan dementie een verlaagde drempel hebben voor stress en hun vermogen om met stress om te gaan neemt af naarmate de ziekte erger wordt.

Zorg voor een veilige omgeving

- Breng sloten aan op de deuren en ramen.
- Installeer elektronische hulpmiddelen (alarmering bij de uitgang).
- Maak gebruik van alarmering die gevoelig is voor druk (deurmat-, bed-stoelsensor).
- Zorg regelmatig voor begeleiding bij het wandelen of voor een veilig wandelgebied.

Verandering aanbrengen in de omgeving in plaats van het inperken van de bewegingsvrijheid kan stress en opwindig verminderen (Logsdon et al., 1998).

Mensen met cognitieve beperkingen hebben controle van anderen nodig ter bescherming.

- Stel anderen in kennis van het zwerfgedrag (buren, politie, medepatiënten, staf) en vraag hen te waarschuwen als de patiënt zwerft.
- Zorg er voor dat uw naaste fel gekleurde kleding draagt

Felle kleding valt beter op in mensenmassa's

- Leg uit hoe apparatuur gebruikt moet worden
- Zorg ervoor dat de demente persoon altijd een arm- of enkelbandje draagt of ander elektronisch hulpmiddel voor dwaaldetectie
- Vertel aan anderen dat zij de verzorgende waarschuwen wanneer ze iemand zijn dwalen
- Zorg voor een recente foto en actuele informatie voor identificatie (leeftijd, gewicht, haarkleur, beschrijving van de kleding die de patiënt draagt, bijzondere kenmerken).

Voor dwaal- en weglooppedrag, zie Stichting Alzheimer Nederland.

Buurbewoners, personeel en de politie moeten op de hoogte worden gebracht van de kans dwaalgedrag en letsel.

Eenzaamheid, risico op

Kans op gezondheidsschade doordat verlangen naar of behoefte aan contact met anderen gepaard gaat met een gevoel van onbehagen.

Toelichting van de auteur

Sinds 1994 staat naast *Sociaal isolement* ook *Risico op eenzaamheid* op de lijst van de NANDA. *Sociaal isolement* is geen correcte diagnose omdat het geen reactie maar een oorzaak beschrijft. ElSadr heeft in haar conceptanalyse literatuur gevonden waarin dat sociaal isolement beschreven wordt als een mogelijke oorzaak van eenzaamheid (ElSadr, Nouredine & Kelly, 2009). *Risico op eenzaamheid* geeft een betere beschrijving van de toestand waarin iemand zijn alleen zijn als negatief ervaart. Eenzaamheid is de reactie op het alleen-zijn, dat bestaat als de patiënt dat aangeeft en dat volgens betrokkene een externe oorzaak heeft. Het is niet de reactie op een vrijwillige afzondering die opgezocht wordt voor persoonlijke of artistieke vernieuwing, noch is het verbonden met het tijdelijk alleen-zijn, bijvoorbeeld bij verhuizing.

Risicofactoren

Pathofysiologie

Vrees voor afwijzing ten gevolge van:

- obesitas
- kanker (zichtbare, verminkende chirurgische ingrepen, wegblijvende vrienden en kennissen, afwijzend gedrag van anderen)
- lichamelijke handicaps (paraplegie, hemiplegie, amputatie, artritis)
- incontinentie (schaamte, geur)
- besmettelijke ziekte (aids, hepatitis)
- psychiatrische ziekte (schizofrenie, bipolaire affectieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis)

Belemmeringen om naar sociale gebeurtenissen te komen ten gevolge van:

- slopende ziekte
- lichamelijke handicaps

Behandeling

Isolement in verband met therapie

Situatie *persoon, omgeving*

Affectieve of emotionele verwaarlozing*

Fysiek of sociaal isolement*

Onvoldoende voorbereid op pensionering

Overlijden van naaste

Echtscheiding

Misvormd uiterlijk

Vrees voor afwijzing ten gevolge van:

- obesitas
- armoede
- ziekenhuisopname of terminale ziekte
- werkloosheid

Leven in een andere cultuur (bijvoorbeeld onbekende taal)

Onbevredigende sociale ervaringen ten gevolge van:

- druggebruik
- alcoholmisbruik
- onvolwassen gedrag
- onaanvaardbaar sociaal gedrag, waanbeelden

Verlies van gebruikelijke middelen van vervoer Verandering van verblijfplaats ten gevolge van:

- angdurige opname
- verhuizing

Ontwikkeling

Kind

Beschermende isolatie of isolatie i.v.m. een besmettelijke ziekte

Autisme

Oudere

Wegvallen van gebruikelijke sociale contacten ten gevolge van:

- pensionering
- verhuizing
- overlijden van (specificeer)
- verlies van rijvaardigheid

NOC

Eenzaamheid, mate van

Sociale betrokkenheid

Beoogde resultaten

De patiënt geeft aan zich minder eenzaam te voelen.

Indicatoren

Stelt vast waarom hij zich geïsoleerd voelt.

Bespreekt manieren om het aantal niet-oppervlakkige relaties te doen toenemen.

NIC

Socialisatie, bevordering

Spirituele ondersteuning

Gedragsmodificatie: sociale vaardigheden

Aanwezig zijn

Anticiperende begeleiding

Interventies

Het hebben van sociale contacten is niet alleen van invloed op het psychisch en emotioneel welbevinden, maar heeft ook een positieve invloed op het fysiek welzijn (Uchino, 2006) en op de levensverwachting.

De verpleegkundige interventies bij allerlei factoren die kunnen bijdragen aan *Risico op eenzaamheid* lijken sterk op elkaar.

Stel vast wat de factoren zijn die eenzaamheid veroorzaken of daaraan bijdragen.

Werk aan de factoren die eenzaamheid veroorzaken of daaraan bijdragen.

- Bevorder sociale interactie.
 - Steun de patiënt die een naaste verloren heeft bij de rouwverwerking (zie Rouw).
 - Bevorder het praten over gevoelens van eenzaamheid en over de reden daarvan.
 - Activeer burens en vrienden om sociale steun te geven.
 - Bespreek het belang van goed contact met anderen.
 - Verwijs naar sociale-vaardigheidstraining (zie Inadequate Sociale Interactie).
 - Geef feedback over de manier waarop de patiënt zich aan anderen presenteert (zie Inadequate Sociale Interactie).
- Verminder de belemmeringen voor sociaal contact.
 - Stel vast welk vervoer beschikbaar is (openbaar, uitgaand van kerk, vrijwilligers).
 - Stel vast of het gebruik van alternatieve vervoermiddelen aangeleerd moet worden (bijvoorbeeld autorijden).
 - Zoek afleidende activiteiten voor momenten waarop gevoelens van eenzaamheid zich waarschijnlijk zullen voordoen (zie Afleiding, gebrek aan).
 - Help bij het zoeken van alternatieve communicatiemiddelen (bijvoorbeeld aangepast telefoontoestel) (zie Inadequate Communicatie).
 - Help bij het hanteren van esthetische problemen (verwijs naar gespecialiseerd verpleegkundige als de geur van de stoma een probleem vormt).
 - Raadpleeg Afwijkende Mictie om incontinentie te beheersen.
- Voor personen met slechte of aanstootgevende sociale vaardigheden:
 - Zie Sociale interactie, inadequate

Bespreek de vroegtijdige effecten van pensionering op het bestaan. Help bij het tijdig treffen van maatregelen

- Anticipeer op ambivalente gevoelens en op tijdelijke negatieve effecten op het gevoel van eigenwaarde

Bespreek de factoren die bijdragen aan een succesvolle pensionering (Santrock, 2004; Murray, & Yakimo, 2009)

- Goede en stabiele gezondheid
- Voldoende financiële zekerheid en gezondheidswinst behalen
- Actieve bijdrage leveren aan de gemeenschap, de kerk en aan professionele organisaties
- Uitgebreid sociaal netwerk, vrienden, collega's
- Tevreden zijn over het leven voor het pensioen
- Tevreden zijn over de woonomstandigheden
- Verzekerd zijn van voldoende inkomen
- Bouw de aanwezigheid op het werk in de laatste twee tot drie jaar af (bijvoorbeeld kortere dagen, langere vakanties).
- Werk aan vriendschappen buiten het werk.

- Ontwikkel thuis een dagelijkse routine ter vervanging van de structuur die het werk biedt.
- Steun voor vrijetijdsbesteding ook op anderen dan op de eigen partner.
- Zorg voor vrijetijdsbesteding die haalbaar en reëel is (qua energie, kosten).

Stel vast hoe het sociaal contact uitgebreid kan worden:

- opbouw- en sociaal-cultureel werk voor ouderen en activiteiten voor ouderen (vanuit kerk of andere groeperingen)
- grootouder-adoptieprogramma
- dagverzorging in verzorgingstehuis of verpleeghuis
- groepswonen voor en door ouderen
- iemand in huis nemen, woongroepen
- studies voor ouderen, Open Universiteit
- huisdieren
- telefoon
- dagbehandeling in psychiatrisch ziekenhuis of activiteitenprogramma

Ga na welke voorzieningen er zijn om in contact te komen met anderen.

Geef aan hoe vervoer geregeld kan worden.

Verwijs indien nodig naar:

- bezoekgroepen
- zelfhulpgroepen voor patiënten die eenzaam zijn als gevolg van specifieke gezondheidsproblemen
- rolstoelgroepen
- verenigingen voor psychiatrische patiënten

Energieveldverstoring

Verstoring van de stroom van energie die het wezen van de persoon omgeeft, wat leidt tot een disharmonie van lichaam, geest en/of ziel*

Toelichting van de auteur

Deze toevoeging aan de NANDA-lijst is om twee redenen uniek. Ze vertegenwoordigt een specifieke theorie – de theorie van het menselijk energieveld – en voor de gebruikte interventies zijn gespecialiseerde instructie en oefening onder toezicht nodig. Meehan (1991) doet de volgende aanbevelingen:

- minimaal zes maanden professionele praktijkervaring in een ziekenhuis
- leerproces dat begeleid wordt door een verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring
- naleving van richtlijnen
- dertig uur onderwijs in de theorie en praktijk
- dertig uur oefenen onder begeleiding met relatief gezonde mensen
- geslaagde voltooiing van schriftelijke en praktijktoetsen

Sommige mensen vinden deze diagnose misschien onconventioneel. Er zijn echter verschillende theorieën, filosofieën en uitgangspunten binnen de verpleegkundige praktijk, net zoals er veel definities zijn van cliënten en werkterreinen. Verpleegkundige diagnoses horen niet beperkt te blijven tot de gebruikelijke categorieën zoals acute zorg, zorg voor chronisch zieken en thuiszorg. Verpleegkundigen zouden blij moeten zijn met de diversiteit. Wat alle verpleegkundigen verenigt, is het zoeken naar mogelijkheden om de toestand te verbeteren van personen, gezinnen, groepen en gemeenschappen.

Conceptuele achtergrond ¹

¹ Toegevoegd omdat deze zo afwijkt van traditionele verpleegkundige diagnoses.

Janet Mentgen, die aan de basis stond van *healing touch*, heeft zeven principes van zelfzorg voor healing touch therapeuten vastgesteld:

- Physical clearing: zorg voor je eigen lichamelijke welzijn
- Emotional clearing: zorg voor je emotionele welzijn
- Mental clearing: nieuwe denkbeelden opdoen
- Sacred space: een plek om thuis en onderweg tot jezelf te komen.
- Silence: de stilte van meditatie.
- Holy leisure: ontspanning om je leven in balans te brengen.
- Holy relationships: waardering voor de relatie met de ander

Weymouth (2002) stelde dat healing touch onder meer is gebaseerd op de idee, dat ieder lichaam een energieveld heeft dat een halve meter en meer in alle richtingen reikt wat doordringt binnen elkaars ruimte. Ze zei dat sommige therapeuten dat veld voelen en anderen het kunnen zien. De healing touch therapeut gebruikt zijn of haar handen om het energieveld in harmonie en balans te brengen.

Therapeutic touch is afgeleid van de veronderstelling dat universele levensenergie alle levende organismen ondersteunt. Gezondheid is daarbij gedefinieerd als de toestand waarin de alle energie van degene die je behandelt in harmonie of in een dynamische balans verkeren. De gezondheid wordt nadelig beïnvloed als zich een disbalans, blokkade of tekorten in energiestromen voordoen (Macrae, 1988).

Rogers stelt dat therapeutic touch een voorbeeld is van hoe een verpleegkundige “de samenhang en integriteit van menselijke en omgevingsvelden tracht te versterken om het best bereikbare niveau van welzijn te realiseren” (Meehan, 1991). Wardell & Weymouth (2004) beschrijven een literatuurstudie naar therapeutic touch sinds 2003.

- Patiënten met kanker gaven aan verbeterde relaties en vermindering van pijn te ervaren.
- Oudere patiënten gaven aan meer eetlust te ervaren, beter te slapen, minder last van pijn, woedeaanvallen en rusteloosheid te hebben.

Nederlandse informatie over de interventie healing touch/therapeutic touch is te vinden op de volgende websites

www.healingtouch.nl

www.therapeutictouch.nl

<https://skepsis.nl/evidence-therapeutic-touch/>

Verschijselen

Waarneming van veranderingen in verloop van energiestromen, zoals:

Temperatuurverandering

- warmte
- koelte

Visuele veranderingen

- beeld
- kleur

Verstoring van het veld

- leeg
- scherpe punt
- gat
- bobbel

Beweging

- golf
- tintelend
- vloeiend
- puntig
- dicht

Geluiden

- toon en woord

Beïnvloedende factoren

Vertraging of blokkering van energiestromen ten gevolge van:

Pathofysiologie

ziekte (specificeer)

zwangerschap

verwonding

Behandeling

immobiliteit

ervaring rondom operatie

weeën en bevalling

Situatie *persoon, omgeving*

pijn

angst

vrees

rouw/verdriet

Ontwikkeling

Leeftijdsafhankelijke ontwikkelingsmoeilijkheden of crises (specificeer)

NOC

Geestelijk welbevinden

Beoogde resultaten

De patiënt meldt verlichting van klachten na therapeutische aanraking.

Indicatoren

Zegt zich meer ontspannen te voelen.

Zegt minder pijn te voelen na de therapie, waarbij de pijn voor en na de therapie op een schaal van 0-10 wordt weergegeven.

Vertoont een langzamere, diepere ademhaling.

NIC

Healing touch

Therapeutic touch

Spirituele ondersteuning

Aanwezig zijn

Interventies*Toelichting*

De volgende fasen van therapeutische aanraking worden apart van elkaar geleerd, maar worden hier gezamenlijk gegeven. De presentatie van deze interventies is bedoeld om het proces te beschrijven voor verpleegkundigen die geen therapeutische aanraking toepassen. Deze bespreking kan verpleegkundigen helpen collega's te steunen die wel therapeutische aanraking toepassen en ook om een begin te maken met verwijzingen. Zoals al eerder besproken, is er om zelf therapeutische aanraking toe te passen gespecialiseerde instructie nodig waarvan de bespreking buiten het bereik van dit boek valt.

Bereid de cliënt en omgeving voor op therapeutische aanraking (Bulbrook & Mentgen, 2009).

- Zorg voor zoveel mogelijk privacy.
- Leg uit hoe therapeutische aanraking werkt en vraag de cliënt om toestemming
- Vertel de cliënt dat hij/zij de therapie op elk gewenst moment kan stoppen.
- Laat de patiënt een gemakkelijke houding aannemen (bijvoorbeeld liggen of zitten op een bed of bank).

In het begin schreef men de werking van therapeutic touch toe aan een overdracht van energie van therapeut op patiënt (Quinn, 1989). Tegenwoordig denkt men dat de therapeut in een toestand komt van "helende meditatie" die door een proces van resonantie een herstructurering van het energieveld van de ontvanger mogelijk maakt (Quin & Strelkaukas, 1993).

De therapeut die therapeutic touch toepast bevordert de stroming van helende energie (Umbreit, 2000).

Richt de concentratie van de eigen omgeving naar een innerlijk punt van concentratie dat binnen de verpleegkundige wordt waargenomen als het middelpunt van leven (centreren).

Centeren opent de mogelijkheid om te helen (Krieger, 1987).

Maak een inschatting van het energieveld van de patiënt op openheid en symmetrie door nauwkeurig onderzoeken (Krieger, 1979).

- Beweeg de handen, palmen naar de patiënt toe gekeerd, op een afstand van 5-10 cm over het lichaam van de patiënt, van hoofd naar voeten met een gladstrijkende, lichte beweging.
- Voel de aanwijzingen voor onevenwichtigheden in energie (bijvoorbeeld warmte, koelte, engte, zwaarte, tinteling, leegte).

Vergemakkelijk een ritmische stroom van energie door de handen energieker van hoofd naar teen te bewegen (kalmeren/effenen).

Gladstrijkende bewegingen bevorderen de energiestromen van de ontvanger (Krieger, 1997).

Concentreer in het bijzonder om in gebieden met onevenwichtigheden of belemmerde stroom deze opnieuw te vormen. Gebruik de handen als brandpunten en beweeg de handen één keer met zachte, vegende bewegingen van hoofd naar voet.

Hiermee wordt de energie disbalans gecorrigeerd (Krieger, 1987).

Stimuleer de patiënt commentaar te geven.

Documenteer zowel de handelwijze als de reacties.

Geweld, risico op

Kans op gezondheidsschade door naar buiten gericht lichamelijk, emotioneel en/of seksueel geweld

Toelichting van de auteur

De diagnose *Risico op geweld* beschrijft een persoon die geweld heeft gebruikt, veroorzaakt door een aantal factoren (bv. een toxische reactie op alcohol en drugsgebruik, hallucinaties, of wanen, disfunctioneren van de hersenen) en die een verhoogde kans heeft om gewelddadig te worden. Agressief gedrag is een afweer tegen angst. Het gebruik van de dit coping mechanisme wordt versterkt omdat het de angst vermindert en het gevoel van controle versterkt. (Zie de opmerkingen bij *Angst* voor een uitgebreide bespreking van boosheid). Interventies die het ongericht uiten van boosheid stimuleren, lokken gewelddadig gedrag uit en moeten daarom worden vermeden. Als dit wel gebeurt dan richt de aandacht van de verpleegkundige zich op het terugdringen van het aantal gewelddadige momenten en op het beschermen van de persoon en van anderen. De verpleegkundige moet dan het protocol van de organisatie volgen om daarmee collega's en de persoon in kwestie te beschermen. Verpleegkundigen zijn terughoudend in het melden van gewelddadig gedrag op de werkplek en in het rapporteren van een hoge incidentie van geweld in het ziekenhuis bij de instanties (Roche et al., 2010). Roche et al. (2010) rapporteren dat 30% van de verpleegkundigen werkzaam op chirurgische afdelingen het in aanraking komen met emotioneel geweld melden en dat 50% melding maakt van het daadwerkelijk geconfronteerd worden met fysiek geweld.

Risicofactoren

Pathofysiologie

Eerdere agressieve daden in combinatie met de beleving dat de omgeving bedreigend is als gevolg van:

Eerdere agressieve daden in combinatie met waandenken als gevolg van:

Eerdere agressieve daden in combinatie met manische opwinding als gevolg van:

Eerdere agressieve daden in combinatie met onvermogen gevoelens te verwoorden als gevolg van:

Eerdere agressieve daden in combinatie met psychische overbelasting ten gevolge van:

- temporaal epilepsie
- progressieve degeneratie van centraal zenuwstelsel (Hersentumor)
- hoofdletsel
- verstoorde hormoonbalans
- virale encefalopathiessss
- verstandelijke handicap
- beperkt disfunctioneren van de hersenen
- versterkte reactie op alcohol of drugs
- organisch hersensyndroom

Behandeling

Sterke bijwerking van medicatie

Situatie *persoon, omgeving*

Voorgeschiedenis met openlijke agressieve daden (schoppen, slaan, met voorwerpen gooien, voorwerpen kapot maken, op ongepaste plekken urineren/defeceren (op de vloer, op anderen)

Wantrouwigheid

Toename van stressfactoren in een korte periode

Acute opwindning

Vervolgingswanen

Verbale bedreiging met fysiek geweld

Lage frustratietolerantie

Reactie op opgroeien in een disfunctioneel gezin

Slechte impulscontrole

Vrees voor het onbekende

Disfunctionele communicatie

Reactie op catastrofale gebeurtenis

Druggebruik of alcoholmisbruik

NOC

Mishandeling; beëindiging van

Beheersing van de neiging tot mishandeling

Agressie: zelfbeheersing

Persoonlijke impulsbeheersing

Beoogde resultaten

De patiënt reageert niet of minder vaak gewelddadig.

Indicatoren (Vancarolis, 2011, Halter, 2014)

Uit geen bedreigingen meer en schreeuwt niet tegen anderen.

Reageert adequaat op correcties door anderen wanneer en een grote kans bestaat op controleverlies

Leg uit waarom er op een bepaalde manier gereageerd wordt op zijn agressief gedrag.

NIC

Boosheid: ondersteuning bij leren omgaan met

Omgevingsregulering: geweldspreventie

Impulsbeheersingstraining

Crisisinterventie

Separeren

Fixeren

Interventies

De verpleegkundige interventies bij de diagnose *Geweld gericht op anderen* zijn op iedere persoon die mogelijk gewelddadig is van toepassing, ongeacht de beïnvloedende factoren.

Zorg voor een omgeving die onrustgevoelens vermindert.

- Verlaag het geluidsniveau.
- Geef korte, kernachtige verklaringen.
- Beperk het aantal mensen dat op hetzelfde moment aanwezig is.

- Geef de patiënt een één- of tweepersoonskamer.
- Bied eten en drinken aan en een plek om te zitten
- Geef de patiënt de gelegenheid te zorgen voor zijn persoonlijke bezittingen.
- Wees er op verdacht dat desoriëntatie en achterdochtigheid door duisternis kunnen verergeren.
- Ga situaties uit de weg waarin de patiënt gefrustreerd raakt
- Zorg voor muziek indien de patiënt daar open voor staat

Wanneer iemand opgewonden of geestelijk labiel is, dan kunnen onnodige prikkels uit de omgeving deze toestand verergeren en de agressie doen toenemen.

Stimuleer interacties die het vertrouwen van de patiënt vergroten

- Respecteer de gevoelens van de patiënt (bv. 'je hebt het zwaar'):
 - Wees echt en empathisch.
 - Vertel de patiënt dat je hem/haar wilt helpen om controle te krijgen/houden over zijn/haar gedrag en niets kapot te maken.
 - Wees direct en eerlijk ('ik zie dat je boos bent').
 - Wees consequent en vastbesloten.
- Stel grenzen wanneer de patiënt een gevaar vormt voor anderen.

Door het vaststellen van grenzen worden regels, richtlijnen en maatstaven voor acceptabel gedrag duidelijk en worden de gevolgen van het overtreden van de regels bepaald.

Wees je bewust van je eigen gevoelens en reacties:

- Vat beledigingen niet persoonlijk op.
- Blijf rustig als je van streek raakt; laat het anderen over, als dat mogelijk is.
- Bespreek je gevoelens, na een bedreigende situatie, met collega's.

Acties van een team kunnen averechts uitwerken bij het reageren op agressief gedrag. Het herkennen en veranderen van de instelling zoals 'ik moet te allen tijde ontspannen zijn', door 'hoe angstig ik ook ben, ik zal altijd blijven nadenken en een besluit nemen over de beste aanpak', zorgen er vaak voor dat voorkomen wordt dat de agressie escaleert.

Start onmiddellijk met de behandeling van een patiënt met een hoog risico

Alarmeer anderen om daarmee de crisissituatie in een vroeg stadium in de kiem te smoren (Halter, 2014). Volg het protocol van de instelling. De veiligheid van de teamleden komt altijd op de eerste plaats. De aanwezigheid van vier of vijf teamleden overtuigt de patiënt ervan dat je niet zult toestaan dat hij/zij de controle verliest. De focus ligt op respect, betrokkenheid en veiligheid.

- Geef een patiënt die in een toestand van acute opwindning verkeert, vijf keer zoveel ruimte als iemand die wel de controle over zichzelf heeft. Raak de patiënt niet aan.
- Voorkom het uitlokken van lichamelijk contact
- Ga niet alleen af op een patiënt die gewelddadig is. Meestal is aanwezigheid van drie of vier teamleden voldoende om de patiënt ervan te overtuigen dat je niet zult toestaan dat hij/zij de controle over zichzelf verliest. Spreek in positieve bewoordingen; stel geen eisen of probeer niet hem/haar te overreden.
- Neem dezelfde lichaamshoogte aan. (bv. of allebei zitten of beiden staan) voorkomt het gevoel van geïntimideerd worden). De minst agressieve houding is

45 graden gebogen staan of zitten. Deze houding is minder agressief dan recht tegenover elkaar zitten of staan.

- Noem de persoon bij zijn/haar naam, op een rustige, respectvolle manier.
- Voorkom bedreigingen; spreek vanuit jezelf, niet vanuit beleid, regels of namens leidinggevend.
- Geef ruimte voor het uiten van boosheid op een normale manier. Geef positieve feedback.

Gewelddadig gedrag treedt vooral op wanneer er sprake is van drukte en hectiek en wanneer er geen structuur is. Het gedrag vraagt om reacties van het team (Halter, 2015).

Help de patiënt om zichzelf in hand te houden

- Zeg dat je van de patiënt verwacht dat hij/zij zichzelf in hand kan houden en herhaal deze verwachting. Leg duidelijk uit welk gedrag onacceptabel is en waarom.
- Verzeker de patiënt ervan dat jij de controle overneemt als hij/zij dat niet meer kan ('ik maak me zorgen over jou. Ik zal zorgen voor meer personeel, medicatie om te voorkomen dat je een impulsieve daad begaat').
- Stel strikte, duidelijke grenzen wanneer de patiënt een gevaar voor zichzelf of anderen is ('zet die stoel neer'). Corrigeer schelden. Vat beledigingen niet persoonlijk op. Geef steun aan anderen (bezoekers, personeelsleden) die het doelwit van belediging zijn.

Technieken voor crisisbeheersing kunnen behulpzaam zijn bij het voorkómen van het escaleren van agressie en kunnen de patiënt helpen om weer controle over zichzelf te krijgen. De maatregel die het minst inperkend en het meest effectief is, moet toegepast worden (Halter, 2014).

Tref voorbereidingen voor onvoorspelbaar gewelddadig gedrag

- Overtuig je ervan dat er voldoende personeel aanwezig voor het geval er geweld gebruikt zal gaan worden (als er fysieke controle nodig is, doe dat nooit in je eentje).
- Spreek af wie de leiding neemt bij het geven van aanwijzingen aan andere teamleden als er geïntervenieerd wordt bij gewelddadig gedrag.
- Zorg voor zelfbescherming (een deur in de buurt waardoor je terug kunt trekken, een kussen voor gezichtsbescherming).

Technieken voor crisisbeheersing kunnen behulpzaam zijn bij het voorkómen van het escaleren van agressie en kunnen de patiënt helpen om weer controle over zichzelf te krijgen. De maatregel die het minst inperkend en het meest effectief is, moet toegepast worden (Alvarey, 1998).

- Gebruik separeren en/of fixeren, indien dit geïndiceerd is. Het protocol van de instelling moet duidelijk maken hoe, wanneer en gedurende welke periode een patiënt gefixeerd of gesepareerd mag worden en welke verpleegkundige zorg daarbij verleend moet worden (Varcarolis, 2011, Halter, 2014). Informatie over separeren is ook te vinden in de richtlijn Dwang en drang in de GGZ <https://richtlijnen database.nl/>. De richtlijn is het laatst beoordeeld in 2016.
- Haal de patiënt uit de situatie indien de omgeving een bijdrage levert aan het agressief gedrag, gebruikmakend van zo weinig mogelijk controlemiddelen (bv. vraag anderen om de ruimte te verlaten en breng de patiënt naar een rustige kamer).

- Herhaal nog eens dat je de patiënt helpt om de controle over zichzelf te hervinden.
- Wanneer de interpersoonlijke en farmacologische interventies in onvoldoende mate de boze, agressieve patiënt kunnen beteugelen, volg dan altijd het protocol van de instelling op voor wat de fysieke en chemische beheersingsmaatregelen betreft (Varcarolis, 2011).

Separatie en fixatie zijn opties bij iemand die in ernstige mate en voortdurend agressief is. De verpleegkundige moet te allen tijde zorgdragen voor iemands veiligheid. Het aanwenden van de minst inperkende maatregel biedt de patiënt de meeste ruimte om de zelfcontrole te herwinnen (Halter, 2014).

Plan na de crisis een overleg met alle betrokken teamleden over het geweldsincident *Het hebben van een overleg na afloop van een geweldsincident kan de angst verminderen, het begrip voor het geweld vergroten en er kan aandacht worden besteed aan de problemen die voorkomen hadden kunnen worden. Overleg na de crisis kan helpen om nieuwe en meer effectieve benaderingen te ontwikkelen voor het omgaan met agressieve personen (Varcarolis, 2011, Halter, 2014).*

Help de patiënt om alternatieve coping strategieën te ontwikkelen zodra de crisissituatie voorbij is en het leren weer mogelijk is

- Onderzoek wat er voorafgaat aan het controleverlies van de patiënt ('wat gebeurde er voordat je haar wilde slaan?').
- Help de patiënt bij het terughalen van de fysieke symptomen die samengingen met boosheid.

Leer de patiënt hoe diep adem te halen en ademhalingsoefeningen om te ontspannen (Del Vecchio & O'Leary, 2004).

- Help de patiënt na te gaan wanneer in de loop der gebeurtenissen verandering mogelijk zou zijn geweest.
 - Maak gebruik van rollenspel om communicatietechnieken te oefenen.
 - Bespreek op welke manier het houden van controle het communiceren in de weg staat.
 - Help de patiënt met het herkennen van negatieve denkpatronen die te maken hebben met een lage zelfwaardering.
 - Leer de patiënt vaardigheden om te onderhandelen met familie, vrienden, bekenden en mensen met macht.
 - Moedig een toename van recreatieve activiteiten aan.
 - Gebruik groepstherapie om het gevoel van alleen zijn te verminderen en om communicatieve vaardigheden te verbeteren.
 - Geef zelf en verwijs naar assertiviteitstrainingen
 - Geef zelf les in of verwijs naar trainingen in onderhandelingsvaardigheden
- Overleg na de crisis kan helpen om nieuwe en meer effectieve benaderingen te ontwikkelen voor het omgaan met agressieve personen (Varcarolis, 2011, Halter, 2014).*

Kind

- Bespreek opvoedingsmethoden met de ouders. Zijn die realistisch, adequaat, effectief?

Omgaan met een kind met een gedragsstoornis (Varcarolis, 2011):

- Gebruik vooraf afgesproken gebaren of signalen om het kind te herinneren aan het zich zelf onder controle houden

Dit kan escaleren voorkomen.

- Ga dicht bij het kind staan of zitten en leg voorzichtig een arm om hem/haar heen
- Hiervan kan een kalmerend effect uitgaan
- Richt de aandacht op iets anders
- Gebruik humor of maak een grapje

Hiermee kan escalatie en frustratie worden voorkomen.

- Haal het kind weg uit de situatie
- Begin met therapeutisch vasthouden

Hiermee kan de versturende cyclus onderbroken worden.

- Wees voorzichtig met het doen van beloften en het geven van beloningen .
- Wees voorzichtig met het uiten van dreigementen en het geven van straf.

Het kind wordt hiermee aangemoedigd om te onderhandelen over de beloning. Het dreigen en het geven van straf moeten realistisch zijn en het daarin consequent zijn, is bepalend voor de effectiviteit ervan.

- Bespreek het risico van het in huis hebben van wapens. Kijk hoe deze bewaard worden en of dat veilig gebeurt bv. in een afgesloten kast, sloten op de trekkers).
- Bekijk welke media aanwezig zijn die voor geweld kunnen zorgen (bv. televisie, computer spelletjes, muziek, films).
- Leg de maatregelen uit die genomen worden om ongewenste effecten van mediagebruik te voorkomen (bv. geweld, reclamefilmpjes) (Hockenberry & Wilson, 2015).
- Kijk samen met de kinderen naar de televisie en naar videofilms: beperk dit tot twee uur of minder per dag.
- Vermijd, als dat mogelijk is, programma's waar geweld nadrukkelijk aan bod komt.
- Laat op creatieve wijze zien wanneer gebruik van geweld bestraft wordt.
- Bespreek welke alternatieven er zijn voor het gebruik van geweld.
- Als je een programma uitkiest, let er dan op of:
 - de 'goeden' ook gewelddadig zijn.
 - het gebruik van geweld gerechtvaardigd is.
 - er negatieve gevolgen zijn van het gebruik van geweld.
- Houd rekening met de leeftijd van het kind bij de keuze van een televisieprogramma en een film.

Het heeft meer effect om geweld dat ook daadwerkelijk bekeken is, te bespreken.

- Praat met het kind over programma's en reclameboodschappen om daarmee te benadrukken dat:
 - jij slimmer bent dan wat je op tv ziet
 - de wereld op tv niet de echte wereld is
 - iemand geld wil verdienen door jou iets te verkopen
 - op tv te zien is dat sommige mensen belangrijker zijn dan anderen
- Betrek het kind en zijn/haar leeftijdgenoten, op een niet bedreigende manier, bij een gesprek over leeftijdgebonden geweld (bv. slaan, schelden, met spullen gooien, seksueel misbruik tijdens een afspraakje).

Gebruik van geweld is aangeleerd gedrag. Omdat het aangeleerd is, kan pro-sociaal

gedrag (gedrag gericht op het welzijn van anderen) bijgebracht worden als een alternatief (Hockenberry & Wilson, 2015).

- Doe een rollenspel in situaties met een verhoogd risico, zoals:
 - Een wapen aantreffen in het huis van een vriend
 - Een slachtoffer intimideren
 - Het niet ingaan op seksuele toenadering zoeken

Ouders kunnen een voorbeeldfunctie vervullen in het hanteren van probleemoplossende strategieën. De omgeving (familie, school, gemeenschap) die zorg en steun verleent heeft hoge verwachtingen en biedt mogelijkheden aan kinderen om mee te doen aan gesprekken die de weerstand tegen en ongevoeligheid voor geweld vergroten (Edari & McManus, 1998).

Ineffectief omgaan met gezondheid in het gezin

Het niet kunnen bereiken van specifieke gezondheidsdoelen in een gezin, doordat dit de interventies van het behandelplan niet kan inpassen in de dagelijkse routines*

Toelichting van de auteur

Het label van deze verpleegkundige diagnose is gericht op het inpassen van interventies gericht op herstel/gezondheid in de dagelijkse routines van het gezin. De verschijnselen zijn echter gericht op individuele gezondheidszorg. Het ondersteunen van het gezin is waardevol voor de zorg voor alle gezinsleden. Deze diagnose is niet gericht op een gezondheidszorgprobleem van een gezin.

Als een gezin niet participeert in het behandelplan zal de verpleegkundige de verschillende elementen herkennen die bepalend zijn voor het gedrag, zoals geld, cultuur, tijd, gezondheidstoestand, prioriteiten en persoonlijke voorkeuren (Gruman, 2010).

Zie *Belemmerde zorgparticipatie* voor het inventariseren van wat het meewerken aan het behandelplan in de weg staat en voor interventies om het gezin te betrekken in de besluitvorming.

De twee NANDA-I diagnoses *Ineffectief omgaan met gezondheid* van een gezinslid en mogelijk *Gebrekkige coping binnen het gezin* die gaat over een gezin dat een gezinslid ervan weerhoudt om effectief te zorgen voor hun gezondheid, geven een betere beschrijving en zijn beter bruikbaar in de praktijk.

Ineffectief omgaan met gezondheid in het gezin mist de diagnostische precisie om richting te geven aan interventies.

Verschijnselen*

Toename van verschijnselen van een ziekte bij een gezinslid

Afname van de aandacht voor ziekte

Moeite met de uitvoering van het behandelplan

Er niet in slagen actie te ondernemen om de risicofactoren te verminderen

Gezinsactiviteiten die contraproductief zijn in relatie tot het behalen van gezondheidsdoelen

Beïnvloedende factoren*

Complexiteit van het behandelplan of het gezondheidszorgsysteem

Beslisconflict

Gezinsproblemen

Groei en ontwikkeling

Onder Groei en ontwikkeling komen achtereenvolgens aan de orde:

- Groei- en ontwikkelingsachterstand
- Risico op ontwikkelingsachterstand
- Risico op disproportionele groei

Groei- en ontwikkelingsachterstand

Afwijken van leeftijds- en groepsnormen

Toelichting van de auteur

Groei-en ontwikkelingsachterstand, *Risico op ontwikkelingsachterstand* en *Risico op disproportionele groei* zijn in 2015 van de NANDA-I lijst geschrapt omdat de revisies niet compleet waren. De auteur heeft de diagnoses gehandhaafd vanwege hun klinische bruikbaarheid en omdat ze zijn aangepast door medeauteurs. *Aftakeling* is door NANDA-I ook verwijderd en vervangen door het *Kwetsbare ouderen syndroom*. De auteur heeft *Aftakeling* gehandhaafd een aangepast. Deze diagnose kan gebuikt worden om patiënten te helpen aftakeling te voorkomen of om er mee om te leren gaan.

Specifieke vaardigheden horen bij bepaalde leeftijden (bv. het verwerven van autonomie en zelfcontrole (bv. zindelijkheid) bij 1 tot 3 jarigen en het aangaan van langdurige relaties bij 18 tot 30 jarigen). Wanneer een volwassene zich tijdens zijn of haar ontwikkeling bepaalde vaardigheden of bepaald gedrag niet heeft eigen gemaakt, kan dit leiden tot een verandering in functioneren (bv. *Inadequate sociale interactie*, *Machteloosheid*). Aangezien verpleegkundige interventies gericht zijn op veranderd functioneren en niet op het realiseren van ontwikkelingsstaken in het verleden, heeft de diagnose *Groei-en ontwikkelingsachterstand* beperkte waarde voor volwassenen. De diagnose is vooral van toepassing voor kinderen en adolescenten met ontwikkelingsproblemen.

Verschijselen

Niet volledig beschikken over vaardigheden of gedrag die kenmerkend zijn voor de leeftijdsgroep, bv. oorbeld op het gebied van motoriek, persoonlijkheid/sociaal gedrag, taal/cognitie

Lengte en gewicht wijken af van normale groeicurve

Zelfzorg en zelfbeheersing niet op het niveau van leeftijdsgroep

Vlakke gemoedstoestand

Lusteloosheid

Verminderd reageren

Langzaam in sociale reacties

Weinig blijken van tevredenheid tegenover de verzorger

Beperkt oogcontact

Problemen bij voeden

Afgenomen eetlust

Lethargie,

Prikkelbaar

Sombere stemming

Regressie in zelfstandig naar toilet gaan en zelfstandig eten

Beïnvloedende factoren

Pathofysiologie

Aangetast vermogen ten gevolge van:

- verstandelijke handicap, gedragsstoornis
- kindermisbuik of verwaarlozing

Hartaandoening

Stoornis van centraal zenuwstelsel

Aangeboren afwijkingen van extremiteiten

Genetische afwijkingen (bv. Cystic Fibrose)

Afwijkingen maag-darmen

Ontoereikende voedselinname (bv. Failure to thrive)

Malabsorptiesyndroom

Langdurig aanhoudende pijn

Spierdystrofie

Herhaaldelijk acuut of chronisch ziek resulterend in beperkingen

Behandeling

Beperking van bewegingsvrijheid in verband met lopende behandeling

Isolatie vanwege ziekte

Langdurige bedrust

Langdurige, pijnlijke behandelingen

Tractie, gipsverband, spalken

Frequente en/of langdurige ziekenhuisopname

Situatie *persoon, omgeving*

Gebrek aan kennis bij de ouders op gebied van verzorging, ontwikkeling en groei van het kind

Verandering van omgeving

Gescheiden zijn van naasten (ouders, vrienden andere zorgverleners)

Overlijden van naasten (ouders, vrienden, andere zorgverleners)

Verwaarlozing, mishandeling door ouders

Ontoereikende zintuiglijke prikkeling (verwaarlozing, isolement) Stress in verband met school (pesten)

Verlies van greep op omgeving (vaste rituelen, activiteiten, vaste tijden voor omgang met gezin)

Geloof of opvattingen

Ontwikkeling

Zuigeling - peuter (tot 3 jaar)

Beperkte mogelijkheden om sociale, speel- of leerbehoeften te vervullen t.g.v.:

- gescheiden zijn van ouders/naasten
- ontoereikende ondersteuning door de ouders
- beperkt communicatievermogen (doofheid, blindheid)
- beperking van activiteit ten gevolge van ziekte of aandoening
- wantrouwen ten aanzien van naasten

Kleuter (4-6 jaar)

- beperkt communicatievermogen
- onvoldoende stimulering (verwaarlozing)
- instabiele thuissituatie (echtscheiding, huiselijk geweld)
- overlijden van ouder/zorgverlener
- nieuwe kinderen in het gezin
- uithuisplaatsing
- negatieve omgang met leeftijdsgenoten

Schoolkind (6-11 jaar)

- negatieve omgang met leeftijdsgenoten:
 - pesten
 - bewust zijn van het hebben van een aandoening (geestelijk handicap of lichamelijk afwijking)
- overlijden of verlies ouder/zorgverlener of vrienden

Adolescent (12-18 jaar)

- negatieve omgang met leeftijdsgenoten:
 - pesten
 - bewust zijn van het hebben van een aandoening (geestelijk handicap of lichamelijk afwijking)
- negatief zelfbeeld (bv. lichamelijke afwijkingen door trauma of aangeboren afwijking)
- verlies van ouder/zorgverlener of vriend/geliefde
- verlies van onafhankelijkheid of zelfstandigheid door bestaande aandoening of trauma

TABEL Ontwikkelingsdoelen per leeftijd en de invloed van ziekte en handicap

Zuigeling - peuter		
Ontwikkelingsdoel	Impact van ziekte of handicap	Interventie
Ontwikkeling van vertrouwen in de zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> • Meerdere zorgverleners. • Frequente scheiding van ouders/zorgverleners door ziekenhuisopname. 	Stimuleer frequente en regelmatige aanwezigheid van ouders/zorgverleners.
Ontwikkeling van hechting aan ouder/zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> • Kind gescheiden van ouders/zorgverleners door frequente ziekenhuisopnames of isolatie (bv. pasgeborene in couveuse en beperkte mogelijkheden om het kind vast te houden). • Onvermogen van ouders/zorgverleners om de conditie, handicap of misvorming van het kind te accepteren. • Rouw van ouders/zorgverleners over het verlies van het idee een perfect kind te hebben. 	Benadruk de gezonde kant van het kind en leer ouders/zorgverleners hoe ze om kunnen gaan met de ziekte/handicap van hun kind en hoe ze voor hun kind kunnen zorgen.

Leren door zintuigelijke prikkeling	<ul style="list-style-type: none"> Blootgesteld zijn aan pijnlijke ervaringen/ingrepen en gebrek aan plezierige ervaringen voor een gezonde ontwikkeling. Gebrek aan zintuigelijke prikkeling door opname of isolatie in verband met ziekte. 	Geef het kind zoveel mogelijk prikkels passend bij de leeftijd en moedig ouders/zorgverleners aan hetzelfde te doen. Moedig ouders/zorgverleners aan zoveel mogelijk te participeren in de zorg voor hun kind.
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kleuter

Ontwikkelingsdoel	Impact van ziekte of handicap	Interventie
Beheersen van zelfzorg vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> Beperkte mogelijkheden om deze vaardigheden te leren. 	<ul style="list-style-type: none"> Moedig het kind aan en biedt het mogelijkheden om te leren. Biedt hulp of hulpmiddelen om het leren te vergemakkelijken.
Ontwikkelen van relaties met leeftijdsgenoten	<ul style="list-style-type: none"> Beperkte mogelijkheden voor contact door opname of isolatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Moedig relaties met anderen aan. Biedt mogelijkheden voor spel passend bij de leeftijd. Stimuleer socialisatie.
Ontwikkelen van lichaamsbeeld	<ul style="list-style-type: none"> Ontwikkelen van besef van hun beperking en de mogelijke gevolgen voor hun uiterlijk. Associeert zijn of haar uiterlijk met pijn, falen en angst. 	Help het kind om te gaan met kritiek en ongemakkelijke situaties.

Schoolkind

Ontwikkelingsdoel	Impact van ziekte of handicap	Interventie
Ontwikkelen van prestatie gerichtheid	Beperkte mogelijkheden zich te meten in prestaties en competitie met leeftijdsgenoten.	<ul style="list-style-type: none"> Moedig schoolbezoek en deelname aan schoolactiviteiten aan. Probeer de medische behandelingen zoveel mogelijk buiten sociale activiteiten te plannen.
Vormen van relaties en vriendschappen met leeftijdsgenoten	Beperkte mogelijkheden voor sociale interactie door opname en isolatie.	<ul style="list-style-type: none"> Moedig kind aan en geef informatie over activiteiten waar het kind veilig aan deel kan nemen.

Adolescent

Ontwikkelingsdoel	Impact van ziekte of handicap	Interventie
Ontwikkeling van seksuele en persoonlijke identiteit	Toegenomen besef van de beperkingen die ziekte/handicap hebben op hun uiterlijk of relaties met anderen.	<ul style="list-style-type: none"> Bemoedig en geef uitleg over manieren hoe hiermee om te gaan.

Ontwikkelen van gevoel van onafhankelijkheid van ouders/verzorgers	Onvermogen om zelfredzaam te zijn en het beseft dat ze nooit volledig onafhankelijk zullen zijn.	<ul style="list-style-type: none"> • Moedig omgang aan met leeftijdsgenoten die ook extra zorg nodig hebben.
Ontwikkelen van seksueel gedrag en seksuele relaties	Twijfels over het hebben van een normale relatie of over het krijgen van kinderen.	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuleer contacten in gemengde (man/vrouw) groepen, in het bijzonder in groepen met vergelijkbare beperkingen. • Stimuleer om nadruk te leggen op de positieve eigenschappen zoals make up, haardracht en kleding. • Geef informatie over de mogelijkheden voor kinderwens.

Hockenberry & Wilson, 2015

NOC

Ontwikkeling van het kind (specificeer voor leeftijd)

Beoogde resultaten

Het kind vertoont gedrag passend bij de leeftijdsgroep.

Indicatoren (specificeer voor leeftijd)

Zelfzorg

Sociale vaardigheden

Taal

Cognitieve vaardigheden

Motorische vaardigheden

NIC

Bevordering van de ontwikkeling

Bevordering van de ouderschapsrol

Zorg voor zuigeling/kind

Interventies

Inventariseer factoren die de ontwikkeling van het kind beïnvloeden en evalueer het ontwikkelingsniveau van het kind (zie tabel Ontwikkelingsdoelen).

Zuigeling - peuter

- Betrek ouders/verzorgers bij de verzorging /behandeling van hun kind.
- Leer ouders manieren waarop ze hun kind thuis kunnen verzorgen.
- Leg procedures op een voor het kind begrijpelijke manier uit.
- Houd rekening met geloof en culturele opvattingen.
- Stimuleer zintuigelijke prikkeling.
- Moedig ouders/zorgverleners aan hun kind aan te raken.
- Zorg voor voldoende rustperiodes door de zorg te bundelen.
- Observeer en evalueer de interactie tussen ouders/zorgverleners.

- Reageer snel en consequent op huilen.
- Probeer zo mogelijk steeds dezelfde professionals bij de zorg te betrekken om het aantal verschillende zorgverleners waarmee het kind te maken heeft te beperken.
- Zorg dat het kind zo mogelijk handen en voeten vrij kan bewegen.
- Stimuleer zelfzorg passend bij de leeftijd.
- Zorg dat er in het dagprogramma ruimte is voor periodes om te spelen en zintuigelijke prikkeling.
- Verricht vervelende procedures zoveel mogelijk in een andere ruimte dan waar het kind slaapt en speelt.

Kleuter

- Betrek en ondersteun ouders/verzorgers in de verzorging van hun kind.
- Bied het kind mogelijkheden om te spelen.
- Stimuleer zo mogelijk contact met leeftijdsgenootjes.
- Houd rekening met geloof en culturele opvattingen.
- Stimuleer zelfzorg passend bij de leeftijd.
- Leg procedures op een voor het kind begrijpelijke manier uit.
- Zorg dat er in het dagprogramma ruimte is voor periodes om te spelen en zintuigelijke prikkeling.
- Gebruik routines van het gezin om het kind begrip van tijd te geven.
- Praat en benoem zoveel mogelijk (bv. benoem instrumenten, vertel of lees verhaaltjes voor).
- Biedt het kind keuzes (bv. welk medicijn wil je als eerste)
- Laat het kind eigen kleding dragen.

Schoolkind - Adolescent

- Betrek en ondersteun ouders/verzorgers in de verzorging van hun kind.
- Pas taalgebruik aan op de leeftijd van het kind.
- Stimuleer en geef gelegenheid voor het maken van school werk.
- Biedt indien mogelijk gelegenheid voor spelen en omgang met leeftijdsgenoten.
- Moedig indien mogelijk bezoek van familie en vrienden aan.
- Laat het kind eigen kleding dragen.
- Houd rekening met geloof en culturele opvattingen.
- Spreek regelmatig met het kind over zijn/haar gevoelens en gedachtes en evalueer of er behoefte is aan nadere interventies.
- Breng de hobby's en belangstelling van het kind in kaart en moedig aan hiermee door te gaan.
- Pas de te verlenen zorg aan op de behoeftes van het kind (bv. plan afspraken buiten schooltijden).
- Biedt het kind gelegenheid nieuwe ervaringen op te doen om te ontdekken wat het leuk vindt (bv. groepsactiviteiten of uitjes)

Het minimaliseren van de impact van ziekte/handicap en het maximaliseren van de mogelijkheden voor een gezonde ontwikkeling van het kind is de kern van familie gerichte zorg (Hockenberry & Wilson, 2015).

De leeftijd waarop het kind ziek/gehandicapt wordt, bepaald de impact van de ziekte, maar door de normale ontwikkeling te stimuleren, kunnen de nadelige effecten geminimaliseerd worden ((Hockenberry & Wilson, 2015).

Risico op ontwikkelingsachterstand

Verhoogde kans op het achterblijven van 25% of meer in sociaal of zelfregulerend gedrag, blijkend uit de volgende indicatoren, rekening houdend met de leeftijd.

Risicofactoren

Zie *Groei- en ontwikkelingsachterstand*.

Beoogde resultaten

Het kind vertoont gedrag passend bij de leeftijd, blijkend uit de volgende indicatoren, rekening houdend met de leeftijd:

- zelfzorg
- sociale vaardigheden
- taal
- cognitieve vaardigheden
- motorische vaardigheden

Interventies

Zie *Groei- en ontwikkelingsachterstand*.

Risico op disproportionele groei

Risico op groei boven de +2 SDS of onder de -2 SDS van de groeicurves, stijging of daling van 1 SDS, met mogelijk schadelijke gevolgen voor de gezondheid.

Risicofactoren

Zie *Groei- en ontwikkelingsachterstand*.

NOC

Ontwikkeling van het kind (specificeer leeftijd)

Beoogde resultaten

Het kind, de adolescent laat een bij zijn leeftijd passende groei zien.

Indicatoren

Lengte
Gewicht
Schedelomtrek

Interventies

Zie *Groei- en ontwikkelingsachterstand*.

Ouderrolconflict

Een ouder kampt met verwarring en conflicten over de ouderrol in een crisis*
 Feitelijke of ervaren verandering in ouderrol als gevolg van externe factoren
 (bijvoorbeeld ziekte, ziekenhuisopname, (echt)scheiding, geboorte gehandicapt kind).

Toelichting van de auteur

Deze diagnose verschilt van de diagnose *Ouderschapstekort*, die het onvermogen van ouders om een optimale opvoeding en verzorging te realiseren beschrijft.

Ouderrolconflict beschrijft ouder(s) wiens rol is gewijzigd als gevolg van externe factoren.

Verschijselen

Ouder(s) uit(en) bezorgdheid over veranderingen in ouderlijke rol en/of de zorg en/of verzorgingsaanpak van ouders is zichtbaar en ingrijpend verstoord

Ouder(s) uit(en):

- bezorgdheid/gevoel tekort te schieten waar het gaat over lichamelijke en emotionele zorg voor het kind tijdens verblijf in ziekenhuis of thuis
- bezorgdheid over effect van ziekte van kind op andere kinderen
- bezorgdheid over zorg voor overige kinderen thuis
- bezorgdheid over het gevoel minder greep op beslissingen te hebben in verband met het kind

Beïnvloedende factoren

Situatie *persoon, omgeving*

Scheiding van kind ten gevolge van:

- geboorte van een kind met een aangeboren aandoening en/of chronische ziekte
- ziekenhuisopname van een kind met een acute of chronische ziekte
- verandering in acutheid, prognose of zorgomgeving (bijvoorbeeld overplaatsing van en naar een Intensive Care)

Angst door invasieve of beperkende behandelingsvormen (bijvoorbeeld isolatie, intubatie)

Verstoring van gezinsleven ten gevolge van:

- thuiszorg voor een kind met speciale behoeften (bijvoorbeeld apnoebewaking, houdingsdrainage, sondevoeding)
- veelvuldig ziekenhuisbezoek
- uitbreiding met nieuw gezinslid (familielid op leeftijd, pasgeborene)

Verminderd in staat zijn om als ouder te functioneren ten gevolge van:

- ziekte van ouder
- moeten reizen
- verplichtingen in verband met werk
- echtscheiding
- hertrouwen
- opbouw nieuwe relatie
- sterfgeval

NOC

Ouderschap: functioneren

Beoogde resultaten

De ouder laat zien besluiten te kunnen nemen over het kind en kan samenwerken met zorgverleners bij het nemen van besluiten over de zorg voor het kind.

Indicatoren

Benoemt gevoelens over de situatie.

Stelt vast welke mogelijkheden er zijn voor ondersteuning.

NIC

Ondersteuning besluitvorming

Bevordering ouderschapsrol

Interventies

Inventariseer

- de beleving en reacties van ouder(s) en kind(eren) op de situatie
- in hoeverre ouder(s) het effect van de situatie op het kind(eren) begrijpen
- veranderingen in dagelijkse routines (werk, school of kinderopvang)
- andere mogelijke stressfactoren (financien, werk)
- mate van conflict tussen ouders
- mate van ondersteuning voor beide ouders

De geboorte van een kind brengt verandering en nieuwe verantwoordelijkheden met zich mee waaraan elk gezinslid moet wennen. De mogelijkheden van het gezin om zich aan te passen moeten daarom geïnventariseerd worden (Durham & Chapman, 2014).

Stimuleer de betrokkenheid van de vader (Durham & Chapman, 2014)

- Moedig sterke kanten in zorg voor het kind aan
- Biedt ruimte voor het bespreken van vragen of bezorgdheid
- Stimuleer het delen van gevoelens en bezorgdheid
- Betrek de vader in zorg voor het kind

Help ouder(s) met het stellen van grenzen (Hockenberry & Wilson, 2015)

- Leg uit wat acceptabel gedrag is en wat niet
- Biedt keuzes die passen bij de leeftijd van het kind (bijvoorbeeld 'Welk medicijn wil je het eerst nemen')
- Vraag het kind activiteiten en taken (in zelfzorg) te verrichten die passen bij de leeftijd
- Kanaliseer ongewenst gedrag naar constructieve activiteiten

Stimuleer betrokkenheid van broers/zussen (Durham & Chapman, 2014)

- Help de ouder(s) de situatie van het kind aan broers/zussen uit te leggen
- Moedig ouder(s) aan tijd door te brengen met broers/zussen van het kind, hun gevoelens te erkennen en bevorder deelname van broers/zussen in de zorg voor het kind
- Moedig broers/zussen aan ook met hun gewone leven door te gaan

Help ouder(s) besluitvorming te verbeteren

- Benadruk de ouderlijke verantwoordelijkheid om voor het kind te zorgen en problemen op te lossen
- Benadruk sterke kanten van ouder(s)
- Neem een actief luisterende en reflecterende houding aan
- Biedt hulp op aangegeven vragen en behoeften van ouder(s)
- Biedt eventueel beschikbaar materiaal ter ondersteuning (folders, websites etc.)
- Ondersteun ouderlijke vaardigheden en werk samen met ouder(s)
- Bevestig dat de ouder(s) zelf beslissen, steun en accepteer hun beslissingen

Ouder(s) hebben ondersteuning en bemoediging nodig terwijl zij zich aanpassen aan hun nieuwe rol en bij het vaststellen van oorzaken van problemen en bronnen om deze te verhelpen (Durham & Chapman, 2014)

Geef voorlichting en verwijzingen waar nodig

- Zorg voor overdracht aan wijkverpleegkundige, maatschappelijke opvang of schoolverpleegkundige/GGD
- Zorg eventueel voor verwijzing naar maatschappelijke opvang of schoolverpleegkundige/GGD, andere zorgverleners en patiëntenorganisaties

Risico op verstoorde hechting tussen ouder en kind

Verstoring van het interactieve proces tussen ouder/significante ander en kind/zuigeling dat de ontwikkeling van een beschermde en koesterende wederzijdse relatie tussen hen moet bevorderen.*

Toelichting van de auteur

Deze diagnose beschrijft een ouder of verzorger die risico loopt op moeilijkheden bij het zich hechten aan zijn of haar baby. De omgeving, kennis, angst en de gezondheid van de ouder of de baby kunnen gehechtheid belemmeren. Deze diagnose is geschikt als risicodiagnose. Bij hechtingsproblemen kan *Risico op tekortschietende ouderlijke zorg* ten gevolge van ontoereikende ouderlijke hechting beter bruikbaar zijn. De verpleegkundige kan zich dan concentreren op het verbeteren van de hechting tussen ouder en baby en het voorkómen van een destructieve stijl van opvoeden en verzorgen.

Risicofactoren

Pathofysiologie

Belemmering van hechtingsproces ten gevolge van: ziekte van ouder(s)/kind.

Behandeling

Belemmeringen in hechting als gevolg van:

- gebrek aan privacy
- intensive care monitoring
- ziek kind
- bezoeken en/of aangesloten zijn op apparatuur
- fysieke beperkingen
- scheiding ouders en kind
- prematuur kind

Situatie *persoon, omgeving*

Niet-realistische verwachtingen (bijvoorbeeld van kind, van zichzelf)

Ongewenste zwangerschap

Teleurstelling over baby (bijvoorbeeld geslacht, uiterlijk) Ineffectieve aanpassing aan stressfactoren die verbonden zijn met nieuwe baby en andere verantwoordelijkheden ten gevolge van:

- gezondheidsproblemen
- psychische aandoening
- problemen in de huishouding
- verslavingsproblematiek
- relatieproblemen
- financiële problemen

Gebrek aan kennis en/of onvoldoende beschikbare mensen die een voorbeeldfunctie als ouder vervullen

Lichamelijke handicaps van ouder (bijvoorbeeld blind, verlamd, doof)

Emotioneel onvoldoende voorbereid zijn door te vroege bevalling

Ontwikkeling

Tiener

- moeite om het vervullen van eigen behoeften uit te stellen voor het vervullen van behoeften van baby

NOC

Ouderschap: functioneren

Beoogde resultaten

De ouder toont steeds meer genegenheid voor de baby, zoals aanhalen, glimlachen, praten en oogcontact zoeken.

Indicatoren

Ondersteunt de behoefte betrokken te worden bij de zorg voor de baby.

Begint positieve gevoelens over de baby te formuleren.

Houdt zich bezig met zorg voor het kind

NIC

Zie onder *Ouderschapstekort*

Interventies

Wanneer er prenataal of post partum risicofactoren zijn vastgesteld dient er een verwijzing naar thuiszorg te worden gegeven. De meeste van de volgende interventies zullen in de thuissituatie plaatsvinden.

Bepaal oorzaken en beïnvloedende factoren.

- Moeder:
 - ongewenste zwangerschap
 - langdurige of moeizame weeën en bevalling
 - postpartum pijn of moeheid
 - gebrek aan positieve ondersteuning (moeder, echtgenoot, vrienden)
 - geheel of gedeeltelijk ontbreken van een positief voorbeeld voor de moederrol
- Inadequate ouderlijke coping (een of beide ouders):
 - financiële problemen
 - alcoholisme
 - drugsverslaving
 - echtelijke problemen (gescheiden leven, echtscheiding, geweld)
 - veranderde manier van leven in verband met nieuwe rol
 - tiener-ouder
 - gewijzigde loopbaan (bijvoorbeeld eerst werkende vrouw nu moeder)
 - ziekte in het gezin
- Zuigeling:
 - prematuur, verstandelijk gehandicapt, ziek
 - meerling.

Neem beïnvloedende factoren weg of zwak ze af

- Ziekte, pijn, moeheid:
 - Stel samen met ouders vast welk gedeelte van de verzorging zij kunnen uitvoeren.
 - Zorg dat ouders minimaal 2 uur overdag en 4 uur 's nachts ononderbroken kunnen slapen.
- Gebrek aan ervaring of ontbreken van positief voorbeeld voor ouderrol:
 - Onderzoek samen met ouders hoe hun gevoelens en houding ten opzichte van hun eigen ouders zijn.
 - Stel vast wie de ouders in het begin thuis zal helpen.
 - Stel vast welke programma's consultatiebureau en hulpverlening aanbieden en welk naslagmateriaal er is om ouders meer te laten leren over de verzorging en opvoeding van kinderen.
 - Een persoon zal vele rollen in het leven vervullen (zoals zoon/dochter, kleinkind, broer/zus, partner, ouder). Bij elke rol horen verwachtingen en verantwoordelijkheden die geleerd moeten worden door anderen in die rol te observeren. Door deze rolmodellen vast te stellen en te zien hoe deze functioneren, kunnen ouders in hun nieuwe rol groeien (Durham & Chapman, 2014).
- Ontbreken van ondersteunend netwerk (Ball et al., 2015)
 - Stel vast hoe het ondersteunend netwerk van de ouders eruitziet en bepaal de sterke en zwakke punten van dit netwerk.
 - Bepaal de behoefte aan hulpverlening/begeleiding:
 - Moedig ouders aan hun gevoelens te uiten over de ervaring en de toekomst.
 - Observeer de wisselwerking tussen ouders en kind.
 - Bepaal barrières in de uitoefening van cultuurgebonden gebruiken
 - Ondersteun de levensovertuiging van het gezin
 - Integreer culturele gewoontes en tradities in de zorgverlening
 - Identificeer hulpbronnen binnen de culturele gemeenschap

Verpleegkundigen moeten zich bewust zijn van culturele diversiteit binnen de patiëntenpopulatie en moeten weten hoe ze aan informatie kunnen komen over andere culturen waar ze niet bekend mee zijn (Kyle & Carman, 2013).

Schep gunstige voorwaarden voor het bindingsproces

- Bevorder hechting in de fase direct na de bevalling (Durham & Chapman, 2014):
 - Moedig ouders aan hun kind na de geboorte vast te houden (korte herstelperiode kan nodig zijn).
 - Zorg voor huidcontact tussen moeder en baby, als moeder dat wil.
 - Zorg dat moeder het kind de borst kan geven.
 - Zorg dat het gezin in de tijd die ze samen nodig hebben zo min mogelijk gestoord wordt.
 - Moedig vader aan het kind vast te houden.
- Schep de randvoorwaarden voor het hechtingsproces tijdens de postpartumfase:
 - Controleer regelmatig of moeder tekenen van vermoeidheid toont, in het bijzonder wanneer er verdoving heeft plaatsgevonden.
 - Zorg ervoor dat moeder en kind op één kamer liggen; spreek met moeder de hoeveelheid zorg af die ze in het begin op zich zal nemen en ondersteun haar hulpvragen.

- Bespreek de toekomstige betrokkenheid van de vader bij de verzorging van de baby (indien gewenst, bespreek hoe vader thuis een gedeelte van de verzorging van zijn kind op zich kan nemen).
- Geef ondersteuning aan de ouders (Durham & Chapman, 2014):
 - Luister naar het verhaal van moeder over haar beleving van de weeën en bevalling.
 - Geef de mogelijkheid gevoelens onder woorden te brengen.
 - Laat blijken dat gevoelens geaccepteerd worden.
 - Wijs de ouders op de kwaliteiten en individuele kenmerken van de baby.
 - Laat de ouders de reacties van de baby zien.
 - Zorg voor systematische nazorg na ontslag, in het bijzonder voor risicogezinnen (bijvoorbeeld opbellen, huisbezoek wijkverpleegkundige).
- Bepaal de noodzaak van educatie:
 - Observeer de ouder(s) tijdens het contact met het kind.
 - Ondersteun de sterke kanten van de ouders.
 - Help iedere ouder op die terreinen waarop hij/zij zich ongemakkelijk voelt (vervul voorbeeldfunctie).
 - Wijs op de mogelijkheid van cursussen over babyverzorging.
 - Zorg dat er foldermateriaal en videobanden zijn voor de ouders.
 - Bepaal het kennisniveau op het terrein van groei en ontwikkeling en geef informatie.
 - Bij adoptieouders:
 - Geef aan dat emoties horen bij de eerste interactie met hun kind(eren)
 - Benoem dat postadoptie depressie aan de orde kan zijn
 - Moedig adoptieouders aan ondersteuning te vragen voorafgaand aan de adoptie

Adoptieouders hebben niet altijd dezelfde mogelijkheden om zich op de komst van een kind voor te bereiden. De verpleegkundige kan hen helpen hulpbronnen te vinden. Hoe eerder een adoptiekind bij de adoptieouders is, hoe beter; dit bevordert de hechting. (Hockenberry & Wilson, 2015).

Zorg voor de verwijzingen

- Neem contact op met wijkinstellingen voor bezoek in het kader van nazorg, indien geïndiceerd.
- Verwijs ouders naar relevante organisaties.

Sociale interactie, inadequate

Te weinig of te veel of onbevredigende sociale contacten.

Toelichting van de auteur

Sociale competentie heeft te maken met het vermogen van iemand om op een effectieve manier met anderen om te gaan. Het hebben van interpersoonlijke relaties kan iemand helpen bij het reageren op zowel positieve als negatieve levensgebeurtenissen. Voor een positieve relatie met anderen is een positief zelfbeeld nodig, sociale vaardigheden, sociale sensitiviteit en accepteren dat de ander niet afhankelijk wil zijn. Om op een bevredigende manier met anderen om te kunnen gaan, moet iemand zijn zwakke en sterke kanten accepteren (Maroni, 1989).

Iemand die niet positief ingesteld en psychisch gezond is, is meestal niet voldoende sociaal sensitief en voelt zich niet prettig wanneer er sprake is van onderlinge afhankelijkheid, wat noodzakelijk is voor het hebben van effectieve sociale interacties. Iemand met een zwak zelfbeeld kan zich alsmat opofferen voor anderen of de eigen behoeften voor laten gaan (Maroni, 1989).

De diagnose *Inadequate sociale interactie* geeft een beschrijving van iemand die op een ineffektieve manier met anderen omgaat. Wanneer dit extreme vormen aanneemt of langere tijd duurt, dan kan dit probleem leiden tot de diagnose *Sociaal isolement*. Bij de diagnose *Inadequate sociale interactie*, ligt het accent voor de verpleegkundige op het vergroten van iemands sensitiviteit voor de behoeften van anderen en op het duidelijk maken van het belang van wederkerigheid in relaties.

Verschijselen

Sociaal isolement is een subjectieve toestand. De verpleegkundige moet dus de conclusie die zij trekt over de gevoelens van eenzaamheid van de patiënt checken omdat de oorzaken kunnen verschillen en mensen op verschillende manieren blijf geven zich alleen te voelen.

Zich niet op zijn gemak voelen bij anderen*

Op een niet gepaste manier met anderen omgaan*

Anders met anderen omgaan volgens familieleden (bv. stijl, patroon)*

Verstoord sociaal functioneren*

Ontevredenheid over het sociaal betrokken zijn (bv. ergens bij horen, zorgen hebben voor, belangstelling hebben, een gedeeld verleden hebben)*

Op een niet succesvolle manier met anderen omgaan

Beïnvloedende factoren

Inadequate sociale interacties kunnen het gevolg zijn van allerlei omstandigheden en gezondheidsproblemen waardoor het niet lukt om evenwichtige relaties op te bouwen en te onderhouden. Een aantal aanleidingen die veel voorkomen, is onder andere de volgende.

Pathofysiologie

Verlegenheid, beperkte lichamelijke mobiliteit* of energie ten gevolge van:

- verminking
- afnemen van lichamelijk functioneren

- terminale ziekte
- verlies van lichaamsdeel
- CVA (beroerte)

Belemmeringen bij communicatie* ten gevolge van:

- slecht horen
- verstandelijke handicap
- slecht zien
- spraakgebrek
- chronische psychische stoornis

Behandeling

Mutilatie door een operatie

Geïsoleerd verplegen*

Situatie *persoon, omgeving*

Vervreemding van anderen ten gevolge van:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| • voortdurend klagen | • heftige angstgevoelens |
| • openlijke vijandigheid | • impulsief gedrag |
| • manipulerend gedrag | • wanen |
| • wantrouwen of achterdocht | • hallucinaties |
| • onlogische ideeën | • chaotisch denken |
| • egocentrisch gedrag | • afhankelijk gedrag |
| • agressiviteit | • afwijkende ideeën |
| • emotionele onvolwassenheid | • depressief gedrag |
| • rumineren (oprispingen hebben) | |

Taal/cultuurbarrières

Gebrek aan sociale vaardigheden

Verandering in de normale gang van zaken op sociaal gebied als gevolg van:

- echtscheiding
- verhuizing
- sterfgeval

Ontwikkeling

Kind/jongere

- onvoldoende sensorische stimulering
- veranderd uiterlijk
- spraakgebrek
- autisme spectrum stoornis

Volwassene

- het niet langer in staat zijn om beroep uit te oefenen

Oudere

- verlies van vrienden, familieleden (verhuizing, overlijden, handicap)
- overlijden van partner
- pensionering
- functionele gebreken

NOC

Gezinsfunctioneren
 Sociale vaardigheden
 Sociale betrokkenheid

Beoogde resultaten

Betrokkene/gezin is meer tevreden over de omgang met anderen.

Indicatoren

Is in staat om problematisch gedrag te benoemen wat leidt tot moeilijkheden in de omgang met anderen.

Verandert problematisch gedrag in constructief gedrag.

Kan aangeven op welke manieren normale contacten kunnen worden aangegaan en onderhouden.

NIC

Anticiperende begeleiding
 Gedragsmodificatie
 Gezinsseenheid
 Counseling
 Gedragsregulering
 Familieondersteuning
 Eigen verantwoordelijkheid, ondersteuning

Halter (2014) schrijft: Personen met een ernstige psychische stoornis hebben een verhoogde kans op een veelvoud aan fysieke, emotionele en sociale problemen; ze worden vaker het slachtoffer van een misdaad, worden vaker ziek, hebben onderbehandelde en onbehandelde lichamelijke ziekten, overlijden eerder, zijn vaker dakloos, vaker gedetineerd, werkeloos of werken onder hun niveau, hebben een excessief drugsgebruik, leven in armoede, en geven aan een lagere kwaliteit van leven te hebben dan mensen die geen psychische stoornis hebben. Zij leven in een parallelle wereld, gescheiden van 'de normalen'.

Interventies

Zorg voor begeleiding bij het behoud van de basale sociale vaardigheden en verminder het sociaal isolement

Zie *Risico op eenzaamheid* voor meer interventies

Zorg voor een individueel, ondersteunend contact

- Help de persoon om te gaan met de nu aanwezige stressoren
- Richt je op het hier en nu
- Bied hulp bij het nagaan op welke wijze spanning vooraf gaat aan het ontstaan van problemen
- Bekrachtig het gebruik van gezonde methoden van zelfbescherming
- Help om alternatieve gedragslijnen vast te stellen.
- Help bij het analyseren welke wijzen van benadering het best werken.

De persoon heeft behoefte aan voortdurende aanmoedigingen bij het uitproberen van

nieuwe sociale vaardigheden en bij het ontdekken van nieuwe sociale situaties. Bereid de persoon voor op agressieve reacties in situaties waarin assertief gedrag vereist wordt, bv. wanneer een verzoek steeds maar weer herhaald wordt of ongenoegens worden uitgesproken (Halter, 2014).

Stimuleer deelname aan steunende groepstherapie

- Leg de nadruk op het hier en nu.
- Voer groepsnormen in die ongepast gedrag ontmoedigen.
- Moedig het testen van nieuw sociaal gedrag aan.
- Zorg voor eten en drinken om de spanning tijdens de bijeenkomsten te verminderen.
- Vervul een voorbeeldfunctie voor bepaalde algemeen aanvaarde gedragsuitingen (bijvoorbeeld een vriendelijke groet beantwoorden in plaats van die negeren).
- Moedig door open en oprecht te zijn aan dat er zich contacten tussen groepsleden ontwikkelen.
- Stel vragen en maak opmerkingen om groepsleden met beperkte contactuele vaardigheden te stimuleren.
- Moedig groepsleden aan om het met anderen eens te worden over hun voorstelling van zaken.
- Stel vast waar de kracht van de groepsleden ligt en besteed geen aandacht aan bepaalde zwakheden.

De verpleegkundige is een rolmodel wat het gebruik van sociale vaardigheden betreft en gebruikt groepstherapie en andere voorbeelden van sociale vaardigheden.

Stel mensen verantwoordelijk voor hun eigen daden. Behandel personen als verantwoordelijke burgers

- Neem contact op met de persoon wanneer hij/zij een behandelafpraak niet nakomt, of niet opdaagt bij een sollicitatiegesprek etc.
- Sta toe dat er beslissingen genomen worden, maar geef de grenzen aan als dat nodig is.
- Geef duidelijk aan wat gepast sociaal gedrag is, zoals punctualiteit, aanwezig zijn, reageren op de ziekte van je werknemers en hoe je gekleed moet gaan.
- Laat weten dat het ziek zijn niet gebruikt moet worden als excuus voor onacceptabel gedrag
- Verwoord wat de gevolgen zijn en voer die ook uit indien nodig, inclusief contact leggen met de politie.
- Bied hulp bij het inzicht krijgen in hoe het gedrag zorgt voor het herhaaldelijk in conflicten komen met anderen.

Passiviteit of gebrek aan motivatie is onderdeel van de ziekte; zorgverleners moeten dit dus niet gewoon accepteren. Zorgverleners moeten zich assertief opstellen, waarbij de behandeling veel meer 'naar de patiënt toegebracht' wordt, dan dat gewacht wordt totdat de patiënt meewerkt (Varcarolis, 2011).

Zorg ervoor dat sociale vaardigheden ontwikkeld worden

- Breng in beeld op welke gebieden de sociale vaardigheden tekort schieten, zoals wonen, leren werken
- Geef, indien mogelijk, instructies in de omgeving waarin de persoon verwacht wordt te functioneren (bv. op de werkplek, werk samen met de patiënt in zijn/haar eigen woning)

- Stel een individueel plan op voor het ontwikkelen van sociale vaardigheden op. Voorbeelden van sociale vaardigheden zijn, hoe moet ik mij kleden, en persoonlijke hygiëne, lichaamshouding, de manier van lopen, oogcontact maken, een gesprek beginnen, luisteren en een einde maken aan een gesprek, Neem in dit plan ook op het leren van rolmodellen, herhaling en het maken van huiswerk.
- Gebruik de groep als een middel om te praten over werk gerelateerde problemen.
- Maak gebruik van sociale werkvoorzieningen en het werken in deeltijd, afhankelijk van wat de meeste kans op succes biedt.
- Geef positieve feedback en zorg ervoor dat deze specifiek en gedetailleerd is. Richt je op niet meer dan drie gedragingen tegelijkertijd; te veel feedback zorgt voor verwarring en vergroot de angst.

Effectieve sociale vaardigheden kunnen worden geleerd door aanwijzingen te krijgen, te oefenen, uit te proberen in de praktijk en door feedback te krijgen (Halter, 2014).

Breng een 'dit lukt je' houding over

- Hoe begin ik een gesprek
- Hoe houd ik een gesprek gaande
- Hoe beëindig ik een gesprek
- Hoe weiger ik een verzoek
- Hoe vraag ik om iets
- Hoe doe ik een sollicitatiegesprek
- Hoe vraag ik iemand om aan iets mee te doen (bv. naar de bioscoop gaan)

Een rollenspel biedt de mogelijkheid om te oefenen met problematische situaties en daarover feedback te krijgen. De verpleegkundige laat zien wat in een bepaalde situatie adequate sociale vaardigheden zijn en gebruikt daarbij groepstherapie als oefenmiddel aangevuld met andere voorbeelden van sociale vaardigheden (McFarland, Wasli, & Gerety, 1996).

Help familieleden en burens bij het begrijpen van de situatie en bij het geven van ondersteuning

- Geef de familieleden feitelijke informatie over ziekte, behandeling en verder verloop.
- Help de familie op een vriendelijke en geduldige manier bij het accepteren van de ziekte.
- Geef familieleden de ruimte om te praten over hun eigen gevoelens en op welke manier hun gedrag van invloed is op de persoon. Verwijs naar een gezinstherapie, indien dit mogelijk is.

Zowel de persoon in kwestie als de familieleden hebben last van spanning en beiden kunnen daardoor te weinig empathie en begrip laten blijken.

Probeer strategieën uit om goed om te kunnen gaan met moeilijke situaties (bv. verstoringen in de communicatie, veranderingen in de gedachtegang, alcohol en drugsgebruik zonder schuldgevoel te hebben, heftige kritiek uiten en elke factor waardoor het onbevredigende gedrag bekrachtigd wordt)

Mashlach-Eizenberg et al. (2013) rapporteren resultaten die overeenkomen met die uit eerder onderzoek dat geïnternaliseerde vooroordelen tot negatieve resultaten kunnen leiden zoals schuldgevoelens, het gevoel dat het leven minder betekenis heeft, een verminderd gevoel van kracht, het gevoel hebben minder sociale steun te ontvangen of een verminderde kwaliteit van leven te ervaren. 'Een positief zelfbeeld heeft invloed op het niveau van hoop dat men heeft voor de toekomst'.

Rollenspel met familieleden in verschillende probleemsituaties

Een niet bedreigende strategie kan het vertrouwen in een goede afloop een krachtige impuls geven, hetgeen het gevoel van 'ik kan het' versterkt. Mashiach-Eizenberg et al. (2013) vermelden resultaten die in lijn zijn met eerder verricht onderzoek waaruit blijkt dat, geïnternaliseerde vooroordelen tot negatieve resultaten kunnen leiden, zoals schuldgevoelens, het gevoel dat het leven minder betekenis heeft, een verminderd gevoel van kracht, het gevoel hebben minder sociale steun te ontvangen of een verminderde kwaliteit van leven te ervaren. 'Een positief zelfbeeld heeft invloed op het niveau van hoop dat men heeft voor de toekomst'.

Zie *Verstoord gezinsfunctioneren* of *Verwardheid* voor aanvullende interventies *Familieleden helpen om strategieën te leren waarmee zij probleemgedrag kunnen aanpakken, geeft hen een gevoel van controle over hun leven (Stuart & Sundeen, 2002).*

Geef gezondheidsvoorlichting en verwijs, indien nodig

- Verwijs zo nodig naar hulpverlenende instanties, maar er moet één instantie zijn die voor de coördinatie zorgt en die de continuïteit bewaakt (bv. leren om gaan met boosheid, leren solliciteren)
 - Verwijs naar steunende groepstherapie, indien nodig
 - Verwijs familieleden naar plaatselijke zelfhulpgroepen
 - Verstrek de telefoonnummers van centra voor crisisinterventie
- Hulp kunnen krijgen uit de directe omgeving is de sleutel voor kansrijk om gaan met het probleemgedrag en voor steun.*

Wanneer de impulscontrole een probleem is

- Stel duidelijke en verantwoorde grenzen.
- Geef geen preek
- Leg in eenvoudige bewoordingen uit wat de grenzen zijn en houd daaraan vast.
- Hou vast aan dagelijkse gewoontes.
- Laat het kind met slechts één ander spelen om het spelen te leren (bv. een familielid, een rustig kind).
- Laat het kind geleidelijk met meerderen tegelijk spelen.
- Geef onmiddellijk en voortdurend feedback.
- Ga op een andere manier met het kind om. Geef concrete en korte instructies om het kind te herinneren aan zijn/haar verantwoordelijkheid, in plaats van een ellenlange uitleg en snel iets van hem/haar af te pakken

Het niet onder controle hebben van impulsen verstoort het socialisatieproces, bv. met familie, met leeftijdgenoten, op school (Johnson, 1995).

Bespreek specifieke vaardigheden van de ouders

- Beloon kleine stapjes in de richting van het gewenste gedrag.
- Corrigeer op een effectieve manier. In plaats van schreeuwen of slaan, spreek af wat de gevolgen zijn (bv. een time out, een activiteit niet meer mogen doen (bv. gebruik van de auto, fiets, privileges intrekken)).

Voor alle kinderen is het belangrijk succes te ervaren om zo een goed gevoel over zichzelf te hebben. Succes hebben kan een oppepper geven aan het leren van sociale vaardigheden en het versterken van het zelfbeeld. Gezinsleden kunnen geholpen worden met het leren van opvoedkundige vaardigheden om zo de kans op succes van het kind te vergroten (Hockenberry & Wilson, 2015).

Help de jongere om sociale tekortkomingen te vervangen door vaardigheden die effectiever zijn zoals

- assertiviteit
- leren omgaan met boosheid
- problemen oplossen
- nee zeggen
- omgaan met spanning

Vaardigheden die sociale tekortkomingen kunnen verminderen, kunnen de sociale acceptatie, controle, en zelfwaardering vergroten

Rollenspel met ouders in verschillende probleemsituaties

Deze niet bedreigende aanpak kan het vertrouwen van de ouders om succesvol te zijn enorm stimuleren en daarmee overgebracht worden op de het kind/jongere wat bij hem/haar het gevoel van 'ik kan het' kan versterken. Mashiach-Eizenberg et al. (2013) vermelden resultaten die in lijn zijn met eerder verricht onderzoek waaruit blijkt dat geïnternaliseerde vooroordelen tot negatieve resultaten kunnen leiden zoals schuldgevoelens, het gevoel dat het leven minder betekenis heeft, een verminderd gevoel van kracht, het gevoel hebben minder sociale steun te ontvangen of een verminderde kwaliteit van leven te ervaren. 'Een positief zelfbeeld heeft invloed op het niveau van hoop dat men heeft voor de toekomst'.

Temperatuur

Onder Temperatuur komen achtereenvolgens aan de orde:

- Risico op instabiele lichaamstemperatuur*
- Hyperthermie*
- Hypothermie*
- Ineffectieve thermoregulatie (ouderen, pasgeborenen)*
- Risico op ineffectieve thermoregulatie*

Toelichting van de auteur¹

Bij deze diagnosen is de verpleegkundige zorg gericht op het voorkomen van afwijkende lichaamstemperaturen. Er moet vastgesteld worden welke patiënten met een normale lichaamstemperatuur een verhoogd risico lopen, dat met verpleegkundige interventies (bv. meer of minder dekens of regelen van de omgevingstemperatuur) beperkt kan worden. Als de verandering van lichaamstemperatuur verband houdt met een pathofysiologische complicatie, die zowel verpleegkundige als medische interventies vereist, dan is er sprake van een multidisciplinair probleem (bv. hyperthermie ten gevolge van atelectasis of ernstige hypothermie ten gevolge van hypothalamusletsel). Belangrijkste punten van aandacht worden dan het controleren, registreren en rapporteren van de temperatuur.

1 Hypothermie en temperatuur-gerelateerde gezondheidsproblemen zijn ernstig voor ouderen (Miller, 2015).

Ziekenhuisbezoeken gerelateerd aan hyperthermie komen vaker voor dan die gerelateerd aan hypothermie in 2004 en 2005 (Noe, Jin & Wolken, 2015). Tegelijkertijd resulteren hypothermie gerelateerde ziekenhuisbezoeken in hogere mortaliteitscijfers, hogere opnamecijfers en langere opnameduur. Deze hadden grotendeels voorkomen kunnen worden.

Risico op instabiele lichaamstemperatuur

[Kans op gezondheidsschade door de lichaamstemperatuur niet binnen de referentiewaarden te kunnen houden.*](#)

Risicofactoren

Behandeling

Afkoeling ten gevolge van:

- parenteraal vloeistofinfuus/bloedtransfusie
- dialyse
- verkoelende deken
- operatiekleding

Situatie *persoon, omgeving*

Blootstelling aan extreme omgevingstemperaturen*

Ongeschikte kleding*

Geen onderdak of verwarming kunnen betalen

Extreem hoog of laag lichaamsgewicht*

Consumptie van alcohol

Uitdroging*/ondervoeding

Blootstelling van pasgeborene aan omgeving

Ontwikkeling

Ineffectieve temperatuurregulatie in verband met leeftijd (bv. zuigeling, oudere)

Beoogde resultaten

De patient laat een temperatuur binnen referentiewaarden zien.

Indicatoren

Benoemt maatregelen om fluctuaties in temperatuur te voorkomen

Benoemt rillingen, zweeten, koele huid

NIC

Regulering lichaamstemperatuur

Regulering lichaamstemperatuur peroperatief

Omgevingsregulering

Interventies

Monitor de temperatuur (1-4 uur). Gebruik continue temperatuurmeting bij kwetsbare patienten zoals ernstig zieken, neonaten, kinderen.

Continue temperatuurmeting laat vroegtijdig temperatuurveranderingen zien waarmee cardiovasculaire complicaties voorkomen kunnen worden (Smith, 2004).*

Meet temperatuur oraal

Oraal meten is betrouwbaarder dan axillair of via een oorthermometer

Zorg voor een consistente kamertemperatuur (22°C) en vermijd tocht.

Deze temperatuur voorkomt warmteverlies

Zorg bij wassen en lichaamsverzorging dat geen grote delen van het lichaam bloot zijn, bedek met absorberende deken.

Hiermee wordt warmteverlies door verdamping voorkomen

Zorg voor een optimale voedings- en vochttoestand

Dehydratie verlaagt de lichaamstemperatuur. Een grotere calorie-inname is nodig om het tijdens koorts het metabolisme op peil te houden (Edwards, 1999).*

Hoewel oraal meten met een kwikthermometer gebruikelijk is, is rectaal meten het meest accuraat (Moran & Mendal, 2002).*

Zie verder

- *Ineffectieve thermoregulatie* voor interventies bij pasgeborenen
- *Hypothermie* en *Hyperthermie* voor interventies ter preventie van verstoring van lichaamstemperatuur

Hyperthermie

Lichaamstemperatuur boven referentiewaarden.*

Toelichting van de auteur

De diagnosen *Hypothermie* en *Hyperthermie* zijn deels middels verpleegkundige

interventies te behandelen door het aanpakken van externe oorzaken (zoals ongeschikte kleding, dehydratie). Verpleegkundige zorg richt zich op het voorkomen en behandelen van lichte vormen van hypothermie en hyperthermie. Ernstige vormen die levensbedreigend zijn en voor zowel medisch als verpleegkundige interventies in aanmerking komen, moeten als multidisciplinair probleem worden benoemd. Temperatuurverhoging als gevolg van infectie, andere stoornissen of behandelingen hebben eveneens een multidisciplinaire aanpak nodig. Eventueel kan de verpleegkundige hierbij gebruikmaken van de diagnose *Ongemak*.

Verschijselen

Temperatuur hoger dan 37,8 °C oraal of 38,8 °C rectaal
 Voelt warm aan
 Tachycardie
 Rode huid
 Diepere ademhaling
 Rillen/kippenvel
 Zich warm of koud voelen
 Specifieke of gegeneraliseerde pijn en pijnen (bv. hoofdpijn)
 Malaise/moeheid/zwakte
 Verlies van eetlust
 Transpireren

Beïnvloedende factoren

Behandeling

Verminderde transpiratie* ten gevolge van (specificeer medicatie)

Situatie *persoon, omgeving*

Blootstelling aan warmte, zon*
 Ongeschikte kleding*
 Niet-geventileerde ruimten
 Afgenomen bloedcirculatie ten gevolge van:

- extreem hoog of laag lichaamsgewicht
- uitdroging*

 Dehydratie bij grote inspanning*

Ontwikkeling

Leeftijdsbepaalde ineffektieve temperatuurregulatie

NOC

Warmteregulering
 Hydratie
 Risicodetectie

Beoogde resultaten

De patiënt heeft blijvend een normale lichaamstemperatuur.

Indicatoren

Onderkent risicofactoren voor hyperthermie.

Reduceert risicofactoren voor hyperthermie.

NIC

Zorg bij koorts

Regulering lichaamstemperatuur

Omgevingsregulering

Vochtbeleid

Interventies

- Monitor de vochtbalans en biedt drinken aan dat de patiënt lekker vindt. Geef voorlichting over het belang van voldoende vochtinname (minimaal 2 liter/24 uur tenzij contra-indicaties zoals hart of nierfalen aan de orde zijn).
- Leg uit dat wel/geen aanwezigheid van dorstgevoel geen goede indicatie hoeft te zijn voor de vochtbehoefte.
- Monitor de hoeveelheid en kleur van de urine.

Een goede indicatie voor hydratatie is de productie van normale, lichtgekleurde urine.

Leg het belang uit van een verhoogde vochtopname bij warm weer en bij extra inspanning (DeFabio, 2000). zie ook *Vochttekort*.

Het gebruik van strategieën om de vochtbalans te handhaven is aanbevolen.

Leg uit welke risicofactoren hypo/hyperthermie bij ouderen bevorderen (Miller, 2015)

- Medische oorzaken (hyperthyreoidie, hart- en vaatziekten, elektrolytenstoornissen, de ziekte van Parkinson)
- Medicatie (diuretica, anticholinergica, bètablokkers, ACE-remmers, SSRI antidepressiva, PPI's)
- Overmatig alcoholgebruik
- Leeftijd >75 jaar, extreme klimaat of temperatuurwisselingen, slechte levensomstandigheden (geen airconditioning, slechte ventilatie).

Geef gezondheidsvoorlichting

- Leg uit dat bij warm weer maatregelen nodig zijn ter preventie van dehydratie en zonnesteek

Aanbevolen wordt dat mannen 13 glazen en vrouwen 9 glazen vocht per dag nemen.

Ter aanvulling van vochtverlies bij activiteiten buitenshuis

- Drink water voorafgaand aan de activiteit
- Drink koel, geen koud water. Koel water is makkelijker in te nemen
- Vermijd koffie, alcohol, proteinedrankjes, sportdrankjes
- Drink elk half uur tot een uur en wacht niet totdat dorst ontstaat
- Dehydratie ontstaat sneller en heeft ernstiger consequenties tijdens activiteiten of inspanning bij warm weer. Drink voldoende en regelmatig. Dorstgevoel is geen goede indicatie voor de vochtbehoefte.

Overweeg:

- Activiteiten buitenshuis te vermijden op het heetst van de dag
- Het gebruik van zonnebrand crèmes ter bescherming
- Luchtige kleding te dragen

Bij zwak voelen, hoofdpijn, duizeligheid, spierkrampen, misselijkheid of overgeven:

- Ga uit de zon/warmte
- Drink water, en bevochtig de huid
- Zorg voor (medische) hulp

Een ernstige zonnesteek vereist spoedeisende hulp en kan zonder behandeling de dood veroorzaken.

Geef voorlichting over de vroegtijdige signalen van hyperthermie of zonnesteek:

- rode huid
- hoofdpijn
- moeheid
- verlies van eetlust

Hypothermie

Lichaamstemperatuur beneden referentiewaarden*

Toelichting van de auteur

Hevige hypothermie (temperatuur < 35 °C rectaal) heeft ernstige pathofysiologische gevolgen, zoals verminderde hart en longfunctie en betreft een multidisciplinair probleem. De verpleegkundige moet deze lage temperaturen rapporteren. Voor lichtere vormen van hypothermie kunnen verpleegkundige interventies en preventiemaatregelen worden toegepast.

Verschijnselen

Verlaagde lichaamstemperatuur (beneden 35,5 °C rectaal)*

Kippevel*

Koud aanvoelende huid*

Bleke huid*

Rillen*

Hypertensie*

Tachycardie*

Langzame capillaire refill (CRM)*

Beïnvloedende factoren

Situatie *persoon, omgeving*

Blootstelling aan koude omgeving (operatiekamer)*

Verdamping via huid in kouden omgeving*

Ongeschikte kleding*

Geen onderdak of verwarming kunnen betalen

Ondervoeding*

Afgenomen bloedcirculatie ten gevolge van:

- extreem hoog of laag lichaamsgewicht
- consumptie van alcohol*
- uitdroging
- inactiviteit*

Ontwikkeling

Leeftijdsbepaalde ineffektieve temperatuurregulatie (zuigelingen, ouderen)

NOC

Warmteregulering

Hydratie

Risicodetectie

Beoogde resultaten

De patiënt heeft blijvend een lichaamstemperatuur binnen normale grenswaarden.

Indicatoren

Onderkent risicofactoren voor hypothermie.

Reduceert de risicofactoren voor hypothermie.

NIC

Zorg bij onderkoeling

Regulering lichaamstemperatuur

Regulering lichaamstemperatuur: preoperatief

Omgevingsregulering

Interventies

Inventariseer Risicofactoren; zie beïnvloedende factoren

Beperk of elimineer oorzaken

Bij langdurige blootstelling aan kou:

- Inventariseer kamertemperaturen in de thuissituatie Leg het belang uit van het dragen van isolerende kleding (bv. dikke sokken).
- Adviseer de patiënt zo weinig mogelijk naar buiten te gaan bij zeer lage temperaturen.
- Raad het gebruik aan van een elektrische deken, warme dekens of een kruik.
- Stimuleer het dragen van warm ondergoed om warmteverlies te voorkomen.
- Leg uit dat 's ochtends de stofwisseling lager is en daarom meer kleding nodig kan zijn

Mensen kunnen zichzelf verwarmen, zelfs wanneer zij extreem hypothermisch zijn (Nichols, 2002).

- Adviseer een afspraak met sociale dienst voor financiële hulp/aanschaf noodzakelijke goederen.
- Geef voorlichting over het voorkomen van warmteverlies.

Het verminderen van verdamping via de huid, en het lichaam verwarmen kan warmteverlies voorkomen.

Geef voorlichting over hypothermie

Vroege signalen: koude huid, bleke witte huid, roodheid, onduidelijke spraak, verwardheid* (Nichols, 2002).

Late signalen: verwardheid of slaperigheid, vertraagde of onduidelijke spraak, zwakke

pols, gedragsverandering of gezichtsverandering, rillen of juist geen rillingen, stijfheid in armen en benen, slechte controle over lichaamsbeweging of langzaam reageren.

- Leg uit dat het nodig is om dagelijks acht tot tien glazen water te drinken.
- Ontraad alcoholgebruik wanneer het erg koud is.
- Adviseer de patiënt 's ochtends extra kleding te dragen omdat dan de stofwisseling op het laagste niveau is.

Vroege herkenning van hypothermie kan weefselbeschadiging voorkomen.

Kind/oudere:

- Zorg voor kamertemperaturen tussen 21,1 °C en 23,3 °C
- Leg uit aan ouderen zich warm te kleden om warmteverlies te voorkomen
- Leg familieleden uit dat pasgeborenen, baby's en ouderen meer gevoelig zijn voor warmteverlies (zie ook *Ineffectieve temperatuurregulatie*).

Ouderen kunnen sneller hyperthermisch of hypothermisch zijn in mildere omgevingstemperaturen (Miller, 2015).

Kinderen zijn gevoelig voor warmteverlies vanwege hun relatief grotere lichaamsoppervlakte, hogere stofwisseling en minder vetweefsel ter bescherming (Pilliteri, 2014).

Ineffectieve thermoregulatie

Schommelingen van de lichaamstemperatuur tussen hypo- en hyperthermie*

Toelichting van de auteur

Ineffectieve thermoregulatie is een zinvolle diagnose voor mensen die moeite hebben een stabiele lichaamstemperatuur te handhaven bij wisselende omgevingstemperatuur. De diagnose is vooral geschikt voor ouderen en pasgeborenen. Thermoregulatie betreft het evenwicht tussen warmteproductie en warmteverlies. Verpleegkundige zorg richt zich op het aansturen van externe factoren en het geven van voorlichting.

Verschijnselen

Zie *Hypothermie* en *Hyperthermie*

Beïnvloedende factoren

Situatie *persoon, omgeving*

Fluctuerende omgevingstemperaturen

Koude of natte voorwerpen (kleding, wieg, uitrusting)

Slechte huisvesting

Natte huid

Ongeschikte kleding voor weersomstandigheden (te dik/onvoldoende gekleed)

Ontwikkeling

Leeftijd (bv. pasgeborenen, ouderen)

NOC

Warmteregulering,
Hydratie
Risicodetectie

Beoogde resultaten

Bij pasgeborenen: baby/kind heeft een lichaamstemperatuur tussen 36,4 °C en 37,0 °C. De ouder legt uit hoe de lichaamstemperatuur van de baby effectief gereguleerd kan worden.

Indicatoren

Somt situaties op die leiden tot warmteverlies.
Laat zien hoe baby/kind tijdens het baden warm blijft.
Laat zien hoe baby/kind getemperatuur wordt.
Noemt geschikte kleding voor binnen/buiten.

NIC

Warmteregulering
Omgevingsregulering
Bewaking van de pasgeborene
Bewaking van de vitale functies

Interventies

Inventariseer:

- Omgevingsfactoren voor warmteverlies
- Kennistekort bij ouders/verzorgers

Beperk of voorkom warmteverlies bij baby's:

- Verdamping op de huid
 - Droog na de geboorte lichaam en haren met een warme handdoek en leg het kind in een voorverwarmd bed in een warme omgeving.
 - Zorg voor een warme omgeving tijdens het baden of gebruik een warmtelamp.
 - Was en droog af in gedeelten om de verdamping zo gering mogelijk te houden.
 - Beperk het contact met natte kleding of dekens zo veel mogelijk.
- Luchtstroom
 - Vermijd tocht (airconditioning, ventilatoren, ramen, openingen in couveuse).
 - Houd de zijkanten van het bed met warmteland altijd omhoog.
 - Gebruik zo veel mogelijk alleen de openingen in de couveuse bij de verzorging van het kind.
- Geleiding
 - Verwarm of bedek alle benodigdheden die met het kind in contact komen.
 - Leg het kind dicht bij de moeder om warmte te behouden en hechting te stimuleren.
 - Verwarm alle hulpmiddelen bij de verzorging (stetho- scoop, weegschaal, handen verzorger, kleren, lakens).
- Straling
 - Plaats wieg of bed zo ver mogelijk van buitenmuur of raam.

Pasgeborenen verliezen warmte via verdamping op de huid, luchtstroom, geleiding en straling (Hockenberry & Wilson, 2015).

Pasgeborenen hebben een relatief grotere lichaamsoppervlakte vergeleken met volwassenen en kunnen daardoor meer warmte verliezen (Pillieri, 2014).

Registreer de temperatuur bij baby's.

- Rectaal meten moet vermeden worden bij pasgeborenen vanwege het risico op beschadigen van het rectale slijmvlies.

Meet axillair gedurende 5 minuten (Pillieri, 2014).

Bij een temperatuur lager dan normaal:

- Wikkel in twee dekens.
- Bedek het hoofd, zet een mutsje op.
- Onderzoek de omgeving op factoren die warmteverlies veroorzaken.
- Als de hypothermie meer dan een uur aanhoudt, stel een arts op de hoogte.
- Stel vast of er complicaties door koude zijn opgetreden: hypoxie, respiratoire acidose, hypoglykemie, verstoringen in de vochtbalans en elektrolytenhuishouding, gewichtsverlies.

Direct na de geboorte kan warmteverlies optreden wat tot een lagere temperatuur leidt.

Drogen, verwarmde dekentjes en inbakeren kan dit voorkomen (Varda & Behnke, 2000).*

Prematuren of pasgeborenen met een laag geboortegewicht zijn meer vatbaar voor warmteverlies omdat zij minder metabole reserves hebben, een verlaagd (bruin) vetgehalte, verlaagd lichaamsvocht en een dunne huid.

Bij een temperatuur hoger dan normaal:

- Maak de dekens los.
- Verwijder het mutsje.
- Onderzoek de omgeving op warmtebronnen.
- Als de toestand van hyperthermie langer dan een uur aanhoudt, stel een arts op de hoogte.

Het onbedekt zijn van het hoofd, gezicht, handen en voeten heeft grote invloed op de lichaamstemperatuur. Warmteverlies treedt op vanuit geleiding van bloedvaten naar de huid, en van de huid naar de lucht. Koude verloopt volgens de omgekeerde route.

Geef voorlichting

- Leg uit waarom de pasgeborene vatbaar is voor temperatuurwisselingen.
- Vertel wat oorzaken voor warmteverlies in de omgeving kunnen zijn.
- Laat zien hoe warmteverlies tijdens baden voorkomen kan worden.
- Geef aan dat routinematig temperaturen niet nodig is in de thuissituatie.

Ouders moeten voorgelicht zijn over verdamping, luchtstroom, geleiding en straling (Hockenberry & Wilson, 2015)

- Leg uit dat temperaturen zinvol is wanneer pasgeborenen/kinderen ziek zijn, warm voelen of huilerig zijn. Meet niet rectaal.
- Oorthermometers zijn niet effectief bij pasgeborenen vanwege vernix (witte laag) in de oren.

Rectaal meten moet vermeden worden vanwege het risico op beschadiging van rectaal weefsel (Pillieri, 2014).

Risico op ineffectieve thermoregulatie

Kans op gezondheidsschade door schommelingen van de lichaamstemperatuur tussen hypo- en hyperthermie*

Zie verder: *Ineffectieve thermoregulatie*.

Therapieontrouw

Niet of niet volledig opvolgen van gemaakte afspraken over zorg en behandeling ondanks de uitgesproken intentie dat wel te doen , wat kan leiden tot minder (of niet) effectieve klinische resultaten*

Toelichting van de auteur

De verpleegkundige diagnose *Therapieontrouw* (Noncompliance) is in 1998 voor het laatst herzien. De titel heeft nooit het beeld opgeroepen van een proactieve benadering van een patiënt/familie die de gemaakte afspraken over behandeling en leefwijze niet nakomt. Sinds een jaar of tien is er steeds meer discussie over deze diagnose. De huidige literatuur beschrijft diverse strategieën om met patiënten en familie betere resultaten te bereiken. Daarin is ook meer oog voor de idee dat de patiënt dagelijks geconfronteerd wordt met een complexe werkelijkheid die voortdurend keuzes afdwingt.

Toelichting van de bewerkers

De auteur heeft twee vervangende diagnoses ontwikkeld, die beide gericht zijn op het zoeken naar de oorzaak van het niet kunnen/willen opvolgen van het advies, te weten *Belemmerde zorgparticipatie* en *Risico op belemmerde zorgparticipatie*. Wij adviseren u die diagnoses te gebruiken.

Verschijnselen*

Ontwikkeling gerelateerde complicaties

Verergering van verschijnselen

Er niet in slagen gestelde doelen te bereiken

Afspraken missen

Afwijkende keuzen

Beïnvloedende factoren*

Organisatie van de gezondheidszorg

Relationele problemen tussen zorgontvanger en zorgverlener

Problemen met toegankelijkheid van de zorg

Last hebben van de zorgverlening

Onderlinge communicatieproblemen

Onvoldoende nazorg door zorgverlener

Onvoldoende verzekerd zijn/financiële middelen

Onvolledige vergoeding

Onvoldoende in staat om vaardigheden en kennis over te dragen

Onvrede over de zorg

Geen vertrouwen in zorgverlener

Wisseling van zorgverlener

Behandelplan

Complexiteit van de behandeling

Financiële barrières (bv. hoge kosten, lage vergoeding)

Intensiteit en/of duur van de behandeling

Persoon

Onverenigbaarheid met culturele gebruiken/achtergrond

Onverenigbaarheid met ideeën, waarden of normen op het gebied van gezondheid

Ontoereikende vaardigheden

Verwachtingen die niet passen bij de ontwikkelingsfase van de patiënt

Gebrekkige motivatie

Onvoldoende sociale ondersteuning

Netwerk

Anderen onvoldoende betrokken bij plan

Belemmerende beelden van wat de naaste ervan vindt

Lage maatschappelijke waarde van het plan

Vermoeidheid

Sterk, aanhoudend gevoel van uitputting in samenhang met een verminderd vermogen om lichamelijke en mentale arbeid te verrichten op een gebruikelijk niveau en waarin door rust geen verbetering optreedt. *

Toelichting van de auteur

Vermoeidheid verschilt van moe zijn. Moe zijn is een voorbijgaand gevolg (Rhoten, 1982) van slaapgebrek, slechte voeding, zittend leven of een tijdelijke toename van werk of sociale verantwoordelijkheid. Vermoeidheid is een overheersend of algemeen subjectief gevoel van uitputting dat niet opgeheven kan worden. Een patiënt met *Vermoeidheid* wordt geleerd om zuinig met energie om te gaan. Een patiënt met een *Beperkte inspanningstolerantie* wordt begeleid bij het vergroten van het uithoudingsvermogen om zo meer en een grotere activiteit te ontwikkelen. De patiënt met *Vermoeidheid* zal niet terugkeren op het vroegere niveau van functioneren. Als de oorzaak van de vermoeidheid is opgelost of verminderd (bv. acute infectie, chemotherapie, bestraling), wordt de diagnose *Vermoeidheid* vervangen door *Beperkte inspanningstolerantie* om te werken aan verbetering van de verminderde conditie. Patiënten met perifeer vaatlijden kunnen dienen als voorbeeld van het verschil tussen deze twee verpleegkundige diagnosen. In het begin van de aandoening wordt de patiënt geadviseerd te oefenen en bij claudicatio intermits ook tot de pijn door te lopen, te rusten en daarna verder te lopen. Dat is het geval bij *Beperkte inspanningstolerantie*. Als de patiënt niet oefent en/of blijft roken, zal diens conditie verslechteren en zal het lopen ernstig belemmerd worden. De patiënt moet activiteiten plannen en ervoor en erna rusten; dan gaat het over *Vermoeidheid*.

Fouten in diagnostische beschrijvingen

Als een patiënt aangeeft onvoldoende energie te hebben voor gewone taken, voert de verpleegkundige een gerichte anamnese uit om na te gaan of het gaat om *Vermoeidheid* of dat de klacht een verschijnsel is van een andere diagnose, zoals *Beperkte inspanningstolerantie*, *Inadequate coping*, *Verstoord gezinsfunctioneren* of *Gezondheidsveronachtzaming*. Als acute of chronische aandoeningen de oorzaak zijn van de vermoeidheid, is het aan de verpleegkundige om vast te stellen of de patiënt zijn uithoudingsvermogen kan verbeteren (wat zou pleiten voor *Beperkte inspanningstolerantie*) of dat de patiënt gebaat is bij energiebesparingstechnieken om hem te helpen de gewenste activiteiten te volbrengen. Als vermoeidheid het gevolg is van ineffectief omgaan met stress of ongezonde gewoontes, is het niet verstandig om de diagnosen *Vermoeidheid* of *Beperkte inspanningstolerantie* te gebruiken. Zolang de verpleegkundige nog bezig is met het verzamelen van informatie over beïnvloedende factoren kan de “werkdiagnose vermoeidheid” gedocumenteerd worden. Dat wijst erop, dat meer informatie nodig is om de diagnose te bevestigen of te verwerven.

Uitgangspunten, algemene overwegingen

Vermoeidheid is een subjectieve ervaring met fysiologische, behandeling gerelateerde en psychologische aspecten. Vermoeidheid gaat bij chronische aandoeningen vaak gepaard met afwijkende stemmingen, met name zwaarmoedigheid en angst (Jong c.s., 2010). Plotselinge moeheid is een verwachte reactie bij toegenomen lichamelijke inspanning, verandering van dagelijkse bezigheden, toegenomen stress of onvoldoende slaap. Acute lichamelijke vermoeidheid ontstaat eerder in verzwakte spieren

(Grossman & Porth, 2014). De maatschappelijke waardering voor energie, productiviteit en vitaliteit is groot. Futloze mensen worden aangezien voor slordig of lui. Vermoeidheid en moeheid worden gezien als iets negatiefs. Vermoeidheid kan fysiek of mentaal zijn of tot uitdrukking komen in motivatie. Er zijn verschillende factoren die bijdragen aan vermoeidheid. Een zorgvuldige anamnese naar de oorzaken kan leiden tot gerichte interventies om de oorzaken te beheersen. "Vermoeidheid bij patiënten met een chronische ziekte kan onderverdeeld worden in centrale en perifere vermoeidheid. Centrale vermoeidheid is het gevolg van veranderingen of afwijkingen van neurotransmitter routes in het centrale zenuwstelsel" (Jong c.s., 2010). Perifere vermoeidheid is het gevolg van neuromusculaire disfunctie buiten het centrale zenuwstelsel samenhangend met prikkeloverdracht in perifere zenuwen en/of verstoorde spiercontracties, ten gevolge van een gebrek aan energie, ontsteking, gewrichtsaandoeningen of spierversval. De bijdrage van perifere en centrale vermoeidheid aan algehele vermoeidheid kan, afhankelijk van de aandoening, significant verschillen per individu (Jong c.s., 2010).

Centrale vermoeidheid

Patiënten met chronische vermoeidheid hebben een verhoogde gevoeligheid voor door serotonine overgebrachte activiteit van de hypothalamus. Dat wijst impliciet op het bestaan van tekortschietende centrale door serotonine beïnvloede prikkeloverdracht. Dit draagt bij aan depressie (Jong c. s., 2010). De belangrijkste elementen van het centrale zenuwstelsel betrokken bij de stressreactie zijn het centrale corticotrophine-releasing hormoon (CRH) en het sympathische zenuwstelsel. Mensen met chronische vermoeidheid hebben een veranderd cortisol uitscheidingspatroon en een verminderde cortisol aanmaak bij stress, wat leidt tot vermoeidheid (Jong c.s., 2010). Door de patiënt zelf gemelde vermoeidheid wordt in verband gebracht met verandering van het volgende:

Fysieke functies

- Verminderde activiteit
- Verlengde rustperiodes
- Ongecoördineerde bewegingen
- Verhoogd valrisico
- Toegenomen behoefte aan ondersteuning bij dagelijkse handelingen en activiteiten

Cognitie

- Verminderde alertheid, verminderde concentratie, minder heldere gedachten en toegenomen vergeetachtigheid.
- Emotionele toestand
- Toegenomen woede, emotioneel labiel zijn en depressie

Sociale interactie

- Weinig tot geen contact met anderen (Gambert, 2013)

Daar komt bij dat vermoeidheid een onafhankelijke voorspeller is van mortaliteit en in verband gebracht wordt met een significante vermindering van het algehele functioneren (Gambert, 2013).

Bij kanker wordt vermoeidheid bij 35% tot 100% van de patiënten gemeld en als meest belastende bijwerking. De vermoeidheid bij radiotherapie is niet verklaard, maar zou

samen kunnen hangen met de versterkte metabole activiteit van het lichaam om de door de radiotherapie veroorzaakte schade te herstellen.

Vrouwen die bestraling voor borstkanker kregen meldden dat de vermoeidheid in de tweede week afnam, maar toenam tot een bepaald niveau na de vierde week tot drie weken nadat de behandeling was beëindigd. De vermoeidheid veranderde niet significant tijdens de weekenden tussen de behandelingen (Greenberg c.s. 1992; Haas, 2011). Als de vermoeidheid een bijwerking is van de behandeling, houdt het niet op als de behandeling wordt beëindigd, maar neemt de vermoeidheid geleidelijk af in de daaropvolgende maanden (Nail & Winningham, 1997; Bardwell & Ancoli-Israel, 2008).

Kinderen

Baby's en jonge kinderen kunnen moeheid niet aangeven. De verpleegkundige kan deze informatie verkrijgen door met hulp van de ouders de belangrijkste functionele gezondheidspatronen in kaart te brengen bijvoorbeeld slaap-rust, activiteit-oefening (waarbij ademhalingsproblemen en beperkte inspanningstolerantie gevonden kunnen worden) en voeding-stofwisseling (waarbij voedingsproblemen aan het licht kunnen komen). Kinderen met een acute of chronische ziekte, congenitale hartafwijkingen, blootstelling aan schadelijke stoffen, langdurige stress of anemie lopen een verhoogd risico op vermoeidheid.

Zwangerschap, postpartum

Vermoeidheid is normaal in het begin van de zwangerschap ten gevolge van toegenomen metabole vereisten (Pilliteri, 2014). Gardner meldde dat de vermoeidheid twee weken na de bevalling toenam, maar zes week na de bevalling afnam. Factoren die gerelateerd waren aan vermoeidheid na de bevalling waren veranderde nachtrust, meer kinderen hebben, problemen met de verzorging van het kind, minder huishoudelijke hulp, laag opleidingsniveau, laag gezinsinkomen en de jonge leeftijd van de moeder (Gardner & Campbell, 1991; Pilliteri, 2014). Postpartum is vermoeidheid met name een probleem, omdat de moeder veel zware taken in deze periode moet vervullen. Vermoeidheid na de bevalling kan het functioneren als moeder beïnvloeden en een verhoogd risico op postnatale depressie vormen (Corwin & Arbour, 2007).

Oudere

Hoewel vermoeidheid normaal is onder ouderen, is vaak sprake van onderrapportage en wordt het vaak niet beoordeeld, omdat net als bij pijn de oudere en zijn of haar mantelzorgers vermoeidheid zien als een normaal onderdeel van het verouderingsproces (Gambert, 2013). Normale effecten van het verouderingsproces dragen op zich niet bij aan een verhoogd risico op vermoeidheid, en zijn daarvan niet de oorzaak. Vermoeidheid berust eigenlijk bij ouderen en jongvolwassenen op dezelfde oorzaken. Het verschil is dat ouderen vaker chronische ziekten hebben dan jongvolwassenen. Vermoeidheid is dus bij ouderen niet het gevolg van leeftijd-gerelateerde factoren, maar houdt verband met risicofactoren als chronische ziekten en medicatie (Miller, 2014).

Oorzaken van vermoeidheid kunnen bij ouderen ingedeeld worden in de volgende categorieën:

- Organisch (infectieus, immunologisch/reumatologisch). chronisch vermoeidheidssyndroom, fysiologisch, oncologisch, toxine gerelateerd, cardiovasculair- en aan longziekte gerelateerde vermoeidheid.
- Medicatie gerelateerde vermoeidheid, bijvoorbeeld NSAID's, tetracycline, antipsychotica, antidepressiva, slaapmedicatie en pijnbestrijding

- Drugs- en alcoholgebruik gerelateerde vermoeidheid
- Fysiologische vermoeidheid, bijvoorbeeld inadequate slaap, onvoldoende rust, overactief, slechte fysieke conditie, stress en verandering van voeding
- Ouderdom gerelateerde vermoeidheid, i. v. m. gewichtsverlies en sarcopenie (degeneratief verlies van spiermassa van 0. 5% tot 1% verlies per jaar na het 50ste levensjaar) en spierfunctie door veroudering.
- Psychogene vermoeidheid: psychiatrische problemen veroorzaken vaak vermoeidheid, met name depressie. Aanwijzingen voor psychogene vermoeidheid zijn bijvoorbeeld de aanwezigheid van vermoeidheid gedurende de hele dag, vermoeidheid aanwezig bij het wakker worden die in de loop van de dag niet verbetert en stemmingswisselingen.
- Voeding gerelateerde vermoeidheid: onvoldoende calorieën, eiwitten en/of vitamines en mineralen. Vitamine D-gebrek kan verschillende specifieke symptomen geven zoals vermoeidheid, verlies van spierkracht, bot- en spierpijn, gewrichtspijn, fibromyalgie-achtige klachten, verminderd evenwicht en slechte stemming. Ouderen hebben vaak een vitamine B12 deficiëntie door malabsorptie, gebruik van maagzuurremmers, overmatig alcoholgebruik of bijzondere/eenzijdige voeding/diëten. Dat kan leiden tot vermoeidheid, neuropathie, geheugenstoornis en depressie.

Miller (2014) stelt in de “activity theory” dat ouderen psychologisch en sociaal fitter blijven als ze actief blijven. Het deelnemen aan activiteiten bevestigt iemands zelfbeeld.

Gerichte anamnese, subjectieve data

Hoe ontwikkelt de vermoeidheid zich (morgen, avond, voorbijgaand, blijvend/hele dag)

Wat gaat eraan vooraf

Vermindert de vermoeidheid met rust

Wat zijn de effecten op:

- ADL
- libido
- concentratievermogen
- stemming
- ontspanningsactiviteiten
- motivatie

Vraag naar beïnvloedende factoren

- Aandoeningen (acuut, chronisch, zie kernconcepten)
- Eenzijdige voeding
- Behandelingen (bv. chemotherapie, bestraling, bijwerkingen van medicatie)
- Stress (bv. verwachtingen, verantwoordelijkheden, carrière, financieel, gezin)

Verschijnselen

Verwoordt een aanhoudend en overweldigend gebrek aan energie te hebben

Geeft aan/is niet in staat de normale bezigheden te blijven uitvoeren

Geeft aan meer energie nodig te hebben om routine handelingen uit te voeren

Geeft aan zich moe te voelen

Verminderde concentratie

Verminderde libido

Toename van lichamelijke klachten
 Verminderde prestaties
 Minder belangstelling voor omgeving
 Lethargisch, suf
 Toegenomen behoefte om uit te rusten
 Geeft aan zich schuldig te voelen omdat verantwoordelijkheden niet waargemaakt kunnen worden
 Geeft aan zelfs na het slapen geen energie te hebben
 Met zichzelf bezig zijn
 Lusteloosheid

Beïnvloedende factoren

Vermoeidheid kan door veel factoren worden veroorzaakt. Het kan nuttig zijn om een aantal oorzaken te combineren; bijvoorbeeld vermoeidheid in verband met spierzwakte, accumulatie van afvalstoffen, ontstekingsprocessen en infecties bij hepatitis.

Pathofysiologie

Acute infecties:

- mononucleosis
- hepatitis
- virussen
- zwangerschap*

Koorts

Chronische infecties, chronisch ontstekingsproces ten gevolge van:

- aids
- artritis
- lupus erythematodes
- hepatitis
- cirrose
- darmziekte met ontstekingsproces
- nierfalen

Ontoereikende zuurstofvoorziening van lichaamsweefsels ten gevolge van:

- decompensatio cordis
- chronische obstructieve longziekte
- anemie*
- perifeer vaatlijden

Biochemische belasting ten gevolge van endocriene-/stofwisselingsstoornissen:

- diabetes mellitus
- hypothyreoïdie
- stoornissen van de hypofyse
- ziekte van Addison

Chronische ziekten (bijvoorbeeld nierfalen, cirrose)

Spierkracht neemt af ten gevolge van:

- myasthenia gravis
- multiple sclerose
- amyotrofische laterale sclerose
- ziekte van Parkinson
- verworven immunodeficiëntiesyndroom (aids)

Abnormaal verhoogd metabolisme, competitie tussen lichaam en tumor wat voedingsstoffen betreft, anemie en stressfactoren in verband met kanker*
Voedingsdeficiënties* of veranderingen in de spijsvertering ten gevolge van:

- misselijkheid
- overgeven
- diarree

Bijwerkingen van medicijnen

Maagoperatie

Behandeling

Biochemische veranderingen als gevolg van:

- chemotherapie
- bestraling
- bijwerkingen van (specificeer)
- beschadiging van weefsel in verband met chirurgische ingreep en narcose

Grotere inspanning in verband met:

- amputatie
- moeite hebben met lopen
- gebruik van looprek, krukken

Situatie *persoon, omgeving*

Buitensporige eisen bij het vervullen van een rol

Extreme emotionele eisen

Extreme stress

Slaapstoornissen

Langdurig verminderde activiteit en achteruitgang van de lichamelijke conditie ten gevolge van:

- angst
- koorts
- diarree
- pijn
- sociaal isolement
- misselijkheid/overgeven
- depressie
- obesitas

Ontwikkeling

Kind/adolescent

- Hypermetabolisme (te hoge stofwisseling) ten gevolge van mononucleose, koorts

- Onvoldoende voedingsstoffen ten gevolge van obesitas, onregelmatig eten, een te streng dieet volgen

Volwassene/adolescent tijdens zwangerschap, na geboorte:

- Effecten van de verzorging van de pasgeborene op slaap en de vereiste voortdurende aandacht
- Veranderingen in stofwisseling, bloedsomloop, ademhalingsfunctie, maag-darmfunctie, nierfunctie en hormoonstelsel gedurende de eerste drie maanden van de zwangerschap

NOC

Vermoeidheid: versturende gevolgen

Vermoeidheid, mate van

Zelfmanagement: chronische aandoeningen

Energiebehoud

Beoogde resultaten

De patiënt neemt deel aan activiteiten die op lichamelijk, cognitief, affectief of sociaal gebied stimulerend werken of voor meer evenwicht zorgen.

Vertelt over de oorzaken van de vermoeidheid

Deelt gevoelens over de effecten van vermoeidheid op zijn/haar leven.

Stelt prioriteiten ten aanzien van dagelijkse en wekelijkse activiteiten.

Indicatoren

Bespreekt de oorzaken van vermoeidheid.

Deelt gevoelens die betrekking hebben op de effecten van de vermoeidheid op zijn/haar leven.

Stelt prioriteiten wat betreft dagelijkse of wekelijkse activiteiten.

NIC

Regulering van de energie

Omgevingsregulering

Socialisatie, bevordering

Gezamenlijk doelen stellen

Probleemhantering, verbetering

Oefentherapie: spierbeheersing

Interventies

Verpleegkundige interventies bij deze diagnose zijn toe te passen bij vermoeidheid, ook al kan de oorzaak niet worden weggenomen. Ze zijn erop gericht de patiënt en het gezin te helpen zich aan te passen aan de vermoeidheid.

- Stel vast welke factoren bijdragen aan de vermoeidheid en als er behandelbare factoren zijn stel de bijpassende diagnose vast, zoals bij slecht slapen *Verstoorde slaap* of bij een gebrekkige voeding *Ondervoeding*.
- Bij inadequaat omgaan met stress, zie *Overbelasting*
- Langdurig zware belasting of toegegeven wordt aan een veeleisende omgeving zie *Inadequate coping*.

- Leg de patiënt de oorzaken uit van zijn/haar vermoeidheid, zie uitgangspunten, algemene overwegingen.

Bij veel chronische ziekten is vermoeidheid het meest voorkomende, onregelende en belastende verschijnsel, omdat het zelfzorgactiviteiten nadelig beïnvloed (Gambert, 2013)

Geef de patiënt ruimte om gevoelens te uiten die samenhangen met de effecten van de vermoeidheid op zijn/haar leven.

- Identificeer activiteiten die voor de patiënt moeilijk zijn.
- Laat de patiënt verwoorden wat het effect is van de vermoeidheid op diens verantwoordelijkheden
- Laat de patiënt vertellen hoe de vermoeidheid tot frustraties leidt.
- Help de patiënt bij het aangeven van zijn/haar sterke kanten, mogelijkheden en interesses.
- Identificeer succesvolle en nuttige activiteiten, benoem behaalde prestaties. Gebruik die informatie om met de patiënt doelen te stellen.
- Ga met de patiënt na waar hij hoop aan zou kunnen onttelen (bijv. relaties, geloof, te realiseren zaken).
- Help bij het vaststellen van realistische doelen voor korte en langere termijn (ga van simpel naar complex; gebruik een poster om doelen en bijbehorende termijnen concreet te maken).

De aandacht richten op krachten en wat wel mogelijk is, kan inzicht geven in positieve gebeurtenissen en de neiging verminderen om bij alles te denken aan de ernst van de aandoening (wat kan leiden tot depressie).

Help de patiënt om patronen te ontdekken in zijn vermoeidheid.

- Geef de patiënt de opdracht om gedurende 24 uur elk uur het niveau van vermoeidheid te registreren (kies een normale dag)
- Vraag de patiënt de vermoeidheid aan te geven op een schaal van 0 (niet moe, energiek) tot 10 (totale uitputting).
- Laat de patiënt bij iedere registratie bijhouden wat hij/zij aan het doen was.
- Analyseer samen het niveau van vermoeidheid over 24 uur:
 - perioden waarop patiënt de meeste energie heeft
 - perioden van uitputting
 - activiteiten die verband houden met een toenemende vermoeidheid.
- Leg uit dat lichaamsbeweging zowel psychisch als fysiologisch positieve effecten heeft en bespreek wat realistisch is.

Het identificeren van tijden waarom de patiënt de meeste energie heeft of uitgeput is kan helpen bij het plannen van activiteiten om energie optimaal te verdelen en zo productief mogelijk te zijn.

Leg het belang uit van temporiseren en prioriteren

- Ga na welke activiteiten de patiënt belangrijk vindt voor zijn zelfzorg
- Kijk of belangrijke activiteiten opgedeeld kunnen worden in deeltaken en componenten (bijv. eten bereiden, winkelen, opbergen, koken, opdienen, opruimen)
- Laat de patiënt kiezen taken te delegeren of zelf uit te voeren.
- Plan de belangrijke taken tijdens perioden waarin de patiënt de meeste energie heeft (bereid alle maaltijden 's morgens)

- Help de patiënt bij het stellen van prioriteiten en bij het stopzetten van niet-noodzakelijke activiteiten.
- Help de patiënt bij het aangeven van taken die gedelegeerd kunnen worden.
- Plan elke dag om energie en tijdrovende overbodige besluitvorming te vermijden:
 - Verdeel moeilijke taken over de week.
 - Neem rust voor moeilijke taken en stop voordat de vermoeidheid inzet.

De patiënt heeft rustperiodes voor en na sommige activiteiten nodig. Planning kan zorgen voor ruimte om te rusten en energieverstopping voorkomen. Dergelijke strategieën kunnen het mogelijk maken de meest wenselijke taken te blijven uitvoeren, wat bijdraagt aan de zelfzorg.

Leer de patiënt technieken om zuinig met zijn/haar energie om te gaan:

- Pas de omgeving aan
- Vervang trappen door hellingen.
- Breng in huis leuningen aan
- Verhoog stoelen 5 tot 10 cm
- reorganiseer de werkvlakken in de keuken
- Beperk het traplopen (maak wonen op de begane grond mogelijk)