

Standaardverpleegplannen voor de geestelijke gezondheidszorg

Dit overzicht bevat alle standaardverpleegplannen die in het project Ontwikkeling van standaardverpleegplannen voor de praktijk van de psychiatrisch verpleegkundige ontwikkeld zijn. Dit houdt in dat zowel de geformaliseerde als de niet-geformaliseerde standaarden getoond worden. De geformaliseerde standaardverpleegplannen hebben een definitieve status als gevolg van de aanpassingen en wijzigingen in de toetsings- en commentaarfase. In de tabel worden alle labels van de standaarden, geklasseerd binnen de elf functionele gezondheidspatronen, weergegeven. De labels met * verwijzen naar de geformaliseerde standaardverpleegplannen. De cursief gedrukte items geven de labels aan.

Zoals uit de tabel *De labels van de standaarden* afgeleid kan worden, zijn er binnen ieder functioneel gezondheidspatroon standaardverpleegplannen opgesteld, met uitzondering van het laatste: het waarden- en levensovertuigingenpatroon. Hierdoor werd onvoldoende informatie aangeleverd vanuit de pilotafdelingen en het vooronderzoek.

De labels van de standaarden

code	functioneel gezondheidspatroon	code	functioneel gezondheidspatroon
1	Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding	7	Zelfbelevingspatroon
1.1		7.1	verstoring in de stemming
1.2	<i>suïcidaliteit*</i>	7.1.1	<i>depressieve stemming*</i>
1.3	<i>zelfverwonding</i>	7.1.2	<i>manische stemming*</i>
1.4	<i>beperking in de therapietrouw</i>	7.2	verstoring in emoties
1.5	<i>afhankelijkheid van alcohol</i>	7.2.1	<i>emotionele labiliteit</i>
	<i>afhankelijkheid van drugs</i>	7.2.2	<i>machteloosheid</i>
		7.3	stoornis in de zelfbeleving
		7.3.1	<i>lage zelfwaardering*</i>
		7.3.2	<i>verstoring in de eigen identiteit</i>
		7.3.3	<i>verstoring in het eigen lichaamsbeeld</i>
2	Voedings- en stofwisselingspatroon	8	Rol- en relatiepatroon
2.1	verstoord eet- en drinkpatroon	8.1	<i>sociaal isolement*</i>
2.1.1	<i>onvoldoende vocht- en voedselopname</i>	8.1.1	<i>eenzaamheid</i>
2.2	<i>stoornis in het kauwen en slikken</i>	8.2	verstoord rolpatroon
		8.2.1	<i>beperking in de sociale rolvulling</i>
		8.2.2	<i>beperking in de ouderrol</i>
3	Uitscheidingspatroon	9	Seksualiteits- en voortplantingspatroon
3.1	<i>urine-incontinentie</i>	9.1	<i>verstoring in het seksuele welbevinden</i>
4	Activiteitenpatroon	10	Coping- en stresstolerantiepatroon
4.1	verstoord lichaamsverzorgingspatroon	10.1	<i>manipulatief gedrag*</i>
4.1.1	<i>onvoldoende lichaamsverzorging*</i>	10.2	<i>achterdocht*</i>
4.2	verstoring in het ondernemen van activiteiten	10.3	<i>angst*</i>
4.2.1	<i>inactiviteit/bezigheidsbeperking</i>	10.4	<i>agressie*</i>
4.2.2	<i>dwanghandelingen</i>	10.5	<i>beperking in copingvaardigheden</i>
4.2.3	<i>gebrek aan initiatief</i>		
4.3	verstoorte mobiliteit		
4.3.1	<i>beperking in de voortbeweging</i>		
5	Slaap- en rustpatroon	11	Waarde- en levensovertuigingenpatroon
5.1	<i>verstoord slaappatroon*</i>		
5.2	<i>verstoord dag-nachtritme</i>		
5.3	verstoord rustpatroon		
5.3.1	<i>rusteloosheid</i>		
6	Waarnemings- en denkpatroon		
6.1	verstoorte waarneming		
6.1.1	<i>hallucinaties*</i>		
6.2	verstoord denkpatroon		
6.2.1	stoornis in gedachtegang		
6.2.1.1	<i>verstoorte concentratie</i>		
6.2.1.2	<i>verstoorte besluitvorming</i>		
6.2.1.3	<i>verwardheid</i>		
6.2.2	stoornis in gedachte-inhoud		
6.2.2.1	<i>wanen*</i>		
6.2.3	verstoord geheugen		
6.2.3.1	<i>verstoring in het kortetermijngeheugen</i>		
6.3	verstoorte communicatie		
6.3.1	<i>beperking in het spreken</i>		

De volgende literatuur heeft bijgedragen tot de inhoud van de standaarden:

- Abma, T. e.a., *Dwang en drang in de psychiatrie, Kwaliteit van vrijheidsbepurende interventies*, Uitgeverij Lemma, Utrecht 2005.
- Blaauwbroek, H. e.a., *Betrokken omgeving - Modelregeling relatie GGZ-instelling-naastbetrokkenen*, GGZ Nederland, Cliëntenbond in de GGZ, e.a., Utrecht 2004.
- Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen, *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid voor mensen met psychiatrische aandoeningen*, SWP, Amsterdam 2006.
- Bulechek, G. & J.C. McCloskey, *Nursing Interventions, Essential Nursing Treatments*. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1992, second edition.
- Carpenito, L.J., 'The NANDA Definition of Nursing Diagnoses'. In: R.M. Carroll-Johnson (ed.), *Classification of Nursing Diagnoses, Proceedings of the Ninth Conference*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1992.
- Gordon, M., *Manual of Nursing Diagnosis 1993-1994*. Mosby, St Louis 1993.
- Gordon, M., *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1995-1996*. Lemma bv, Utrecht 1995.
- Habets, drs. H.P.J.M., *Diagnoses & interventies: incontinentie voor urine; verpleegkundige zorgverlening*. Verpleegkundige probleemgebieden 1996, afl. 16-1.
- Klungers, J., *Verpleegkundige zorg voor suïcidale patiënten in klinische situaties, verpleegkundige probleemgebieden: diagnoses en interventies*. Kavanah, Dwingeloo 1996.
- Loth, C., *Verpleegkundige zorg bij verslavingsproblematiek, verpleegkundige probleemgebieden: diagnoses en interventies*. Kavanah, Dwingeloo 1996.
- McFarland, G. & F. McFarlane, *Nursing Diagnosis and Intervention, Planning for Patient Care*. Mosby Company, St Louis 1989.
- McFarland, G.K. & M.D. Thomas, *Psychiatric Mental Health Nursing, Application of the Nursing Process*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Pennsylvania 1991.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *De ICIDH, een classificatie van ziekten en aandoeningen*. Zoetermeer 1988.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) & H. ten Napel, *Ontwerp WCC-standaard classificatie van diagnostische termen voor de verpleegkunde*. Zoetermeer 1996.
- Raad voor gezondheidsresearch TNO, *De ICIDH, een classificatie van ziekten en aandoeningen*. Voorburg 1981.
- Townsend, M.C., *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*. De Tijdstroom, Utrecht 1996.
- Weide, H. v.d., *Verpleegkundige diagnostiek en interventies voor patiënten met urine-incontinentie*. De Tijdstroom 1996.

1.1 Suïcidaliteit (ICIDH b 13)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Beperking in het eigen veiligheidsbesef met als risico zelfdoding.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b psychose
- c depressie
- d druggebruik
- e overmatig alcoholgebruik
- f hallucinaties
- g lage zelfwaardering
- h wanen
- i persoonlijkheidsstoornis
- j bipolaire stemmingsstoornis
- k angst
- l stoornis in impulsbeheersing
- m schuldgevoel
- n chronische pijn
- o sociaal isolement
- p ziekte-inzicht
- q geestelijke/levensbeschouwelijke nood
- r onverwerkte traumatische ervaringen
- s gezins- of familiecrisis
- t relatieproblematiek
- u situationele omstandigheid

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 afzondering
- 2 depressiviteit
- 3 vernauwd bewustzijn
- 4 angst
- 5 verwoording van suïcidale gedachten/gevoelens
- 6 verwoording van suïcidale plannen
- 7 obsessie met de dood
- 8 afscheidsrituelen
- 9 impulsief gedrag
- 10 verstoorde concentratie
- 11 gevoelens van hopeloosheid
- 12 gevoelens van hulpeloosheid
- 13 verzameling van middelen waarmee suïcide gepleegd kan worden
- 14 suïcidale activiteiten

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Toont inzicht door het verwoorden van factoren die tot pogingen van zelfdoding leiden.
- 1b Toont adequate oplossingen voor problemen, in plaats van suïcidale gedachten en pogingen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Praat over gevoelens die te maken hebben met suïcidaliteit in plaats van het ondernemen van acties in die richting.
- 2b Accepteert en relateert factoren die tot suïcidaliteit kunnen leiden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Zoekt afleiding op momenten dat suïcidale gedachten aanwezig zijn.
- 3b Voert geen suïcidepoging uit.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door middel van het toewijzen van patiënten.
- 1b De patiënt de ruimte geven om somberheid/spanning te bespreken.
- 1c De patiënt ondersteunen in het aangaan van contacten.
- 1d Stimuleren van een gestructureerde daginvulling waarbij de regie en verantwoordelijkheid zo veel mogelijk bij de patiënt blijven.
- 1e Afleiding/ontspanning aanbieden.
- 1f Bij spanning en/of angst zo nodig medicatie aanbieden op voorschrift van een arts.
- 1g Samen met de patiënt een schriftelijk 'no-suicide-contract' opstellen.
- 1h De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1i Volgens *stepped care* principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden.
- 1j De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1k Controleren op contrabande bij opname en op andere voor de hand liggende momenten.
- 1l Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1m De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1n Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1o De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1p De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1q De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1r Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1s Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



1.1 Suïcidaliteit (ICIDH b 13)

2 *Training*

- 2a Bespreken van kenmerken die op suïcidaliteit wijzen.
- 2b Bespreken van verbeteringen (verminderde suïcidaliteit) die gesignaleerd worden.
- 2c Ondersteunen in het identificeren en gebruikmaken van probleemoplossende methoden; hierbij de sterke kanten van de patiënt benutten.
- 2d Confronteren met eigen verantwoordelijkheden en met de consequenties van gemaakte of te maken keuzes.
- 2e De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2f Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2g De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2h Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2i Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2j Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2k Het sociale systeem van de patiënt ondersteunen door uitleg te geven over suïcidaliteit en benaderingswijzen.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van suïcidale kenmerken.
- 3b Inventariseren van de gemoedstoestand van de patiënt.
- 3c Observeren en rapporteren van de werking van medicatie.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Zorgen voor continu toezicht en aanwezigheid van verpleegkundigen.
- 4b Creëren van een veilig, maar ook stimulerend leefmilieu.
- 4c Zorgen voor een veilige leefomgeving (materieel).
- 4d Zorgen voor een-op-eenbegeleiding.

1.2 Zelfverwonding (ICIDH b 13.0)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* Definitie: Beperking in eigen veiligheidsbesef waarbij de lichamelijke integriteit opzettelijk aangetast wordt zonder de intentie tot zelfdoding. Hierbij hoort ook de neiging tot zelfverwonding.

* <i>Beïnvloedende factoren</i>	* <i>Kenmerken en aanwijzingen</i>
a lichamelijke aandoening	- voor de zelfverwonding:
b schizofrenie	1 concentratieverlies
c verstandelijke handicap	2 lichte tremor
d chronische pijn	3 overpeinzingen
e bipolaire stemmingsstoornis	4 onbehagen
f persoonlijkheidsstoornis	5 toenemende spanning
g depressie	6 gevoelens van verlies van controle
h druggebruik	7 onrust
i hallucinaties	8 agitatie
j wanen	9 uitspreken van behoefte zichzelf pijn te willen doen
k lage zelfwaardering	10 lichamen contact als bedreigend ervaren
l hevige angst	11 materialen verzamelen waarmee men zichzelf schade kan toebrengen
m stoornis in de impulsbeheersing	- tijdens de zelfverwonding:
n schuldgevoel	12 dissociëren
o verstoord coping-patroon	13 plotseling overgaan tot actie zoals:
p (emotionele) stress	- zich bekrassen
q sociaal isolement	- voorwerpen in het eigen lichaam steken/instikken
r (onverwerkte) traumatische ervaringen	- zichzelf slaan/zichzelf tegen een muur slaan
s emotionele verwaarlozing	- zichzelf branden
t seksueel misbruik	- innemen van bijtende middelen
u voorbeeldgedrag; andere mensen die zichzelf beschadigen	14 scherpe voorwerpen achterhouden
v negatieve bekrachtiging door middel van aandacht	15 paniek
	- na de zelfverwonding:
	16 gemengde gevoelens zoals:
	17 opluchting
	18 schaamte
	19 schuld
	20 verdriet
	21 zich terugtrekken

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Herkent en benoemt factoren die leiden tot zelfverwonding.

1b Herkent en benoemt kenmerken en aanwijzingen van zelfverwonding.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Ervaart een afname van de behoefte tot zelfverwondend gedrag en maakt deze bespreekbaar.

2b Maakt de neiging tot zelfverwonding kenbaar aan de verpleegkundige.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Demonstreert constructieve vaardigheden om factoren die leiden tot zelfverwonding op te vangen (zoals afleiding zoeken, aangaan van contacten met anderen).

3b Voert geen zelfverwondende activiteiten uit.



1.2 Zelfverwonding (ICIDH b 13.0)

C Verpleegkundige interventies

1 Directe zorg

- 1a De patiënt controleren op de aanwezigheid van scherpe of andere voorwerpen waarmee hij zichzelf letsel kan toebrengen.
 - 1b Bewaken dat er niet te hoge eisen aan de patiënt worden gesteld, en vragen en eisen of doelen in heldere bewoordingen stellen.
 - 1c De patiënt ondersteunen in het (her)inrichten en het weer oppakken van het dagelijks leven door middel van een duidelijk uitgewerkt dagprogramma.
 - 1d De patiënt niet afwijzen wanneer hij behoefte heeft aan aandacht.
 - 1e Samen met de patiënt een 'niet-zelfverwondingscontract' opstellen.
 - 1f Verwijderen van 'gevaarlijke' voorwerpen uit de directe omgeving van de patiënt.
 - 1g Aanbieden van een uitlaatklep bij spanningen in de vorm van fysieke inspanning (bijvoorbeeld hardlopen, boksen, gymmen).
 - 1h Bij toenemende angst bij de patiënt blijven.
 - 1i Na zelfverwonding zorg dragen voor verwondingen/schade op een neutrale en afstandelijke manier; geen positieve of negatieve ondersteuning bieden en niet meer aandacht geven dan strikt noodzakelijk is op dat moment.
 - 1j De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
 - 1k Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.
 - 1l Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig, maar niet meer of langer dan noodzakelijk
 - 1m Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en Beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag
 - 1n Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
 - 1o De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
 - 1p Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
 - 1q De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
 - 1r De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
 - 1s De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
 - 1t Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
 - 1u Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- #### 2 Training
- 2a De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
 - 2b Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
 - 2c De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
 - 2d Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
 - 2e Met de patiënt een signaleringsplan maken.
 - 2f De patiënt stimuleren om zichzelf te beschermen door hem scherpe voorwerpen in bewaring te laten geven, en dit positief bekrachtigen.
 - 2g De patiënt trainen in adequate probleemoplossingstechnieken en -methoden en *coping*-vaardigheden.
 - 2h De patiënt ondersteunen door het duidelijk waarderen en bespreken van vorderingen die de patiënt maakt in het omgaan met spanning, angst, stress enzovoort.
 - 2i De patiënt *coping*-vaardigheden aanleren om spanningen, stress, angst enzovoort beter te kunnen hanteren.
 - 2j De patiënt leren om gebruik te maken van mantelzorg en hulpverleners bij een dreigende crisis (dreigend zelfverwondend gedrag).
 - 2k De patiënt leren om de consequenties van (eventueel) zelfverwondend gedrag te zien (en te aanvaarden).
 - 2l De patiënt positief bekrachtigen wanneer hij op adequate wijze gevoelens toont.
- #### 3 Beoordeling
- 3a Observeren en rapporteren van verschijnselen die in het verleden aan zelfverwonding voorafgingen.
 - 3b Zelfverwonding in kaart brengen om zo eventuele patronen te ontdekken.
- #### 4 Management van persoonlijke zorg
- 4a Zorgen voor een-op-eenbegeleiding in tijden van extreme stress.
 - 4b Zorgen voor een veilige, open en stimulerende omgeving.
 - 4c Zorgen voor openheid en aandacht, maar niet voor speciale aandacht van hulpverleners voor zelfverwondend gedrag.
 - 4d Proberen het ziekenhuisbezoek van de patiënt naar aanleiding van zelfverwondend gedrag tot een minimum te beperken.
 - 4e Zorgen dat er altijd mogelijkheden zijn tot het verlenen van eerste hulp op de afdeling.

1.3 Beperking in de therapietrouw (ICIDH b 14.9)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Samengestelde definitie*¹: Het onvoldoende in staat zijn zich in het dagelijks functioneren aan de afgesproken behandeling en afspraken die daar uit voortvloeien te houden.
Dit heeft zowel betrekking op persoonlijke kenmerken als op kenmerken uit de omgeving in interactionele sfeer in reacties tussen personen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b schizofrenie
- c verstoord denkproces
- d wanen
- e geheugenstoornis
- f andere cognitieve stoornis
- g bipolaire stemmingstoornis
- h hallucinaties
- i borderline-persoonlijkheidsstoornis
- j analfabetisme
- k communicatiebeperkingen
- l ongemotiveerdheid
- m waardeconflict
- n cultureel conflict
- o ontkenning van ziekte
- p vermeende ineffectiviteit van de behandeling
- q negatieve effecten van medicatie
- r onvoldoende informatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verwoorden van beperking in de therapietrouw
- 2 smokkelen met medicatie
- 3 incidenteel innemen van medicatie
- 4 weigeren van medicatie
- 5 niet handelen volgens behandelingsafspraken
- 6 niet handelen volgens afdelingsregels
- 7 zich onttrekken aan afgesproken therapieën
- 8 zich onttrekken aan afgesproken groepsactiviteiten
- 9 conflicterende activiteiten ondernemen
- 10 vluchtgedrag vertonen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Meldt niet-nagekomen afspraken (in het kader van therapietrouw) aan de verpleging, bijvoorbeeld niet-ingenomen medicatie, het wegblijven bij een reguliere therapie.
- 1b Verwoordt gevolgen van beperking in de therapietrouw.
- 1c Herkent en verwoordt acties die gericht zijn op gezondheidsbevordering.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Onderhoudt een effectieve relatie met hulpverleners waarbij voor de patiënt acceptabele afspraken gemaakt kunnen worden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Houdt zich aan de afspraken die in gezamenlijkheid opgesteld zijn.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen.
- 1b Samen met de patiënt een duidelijk gestructureerd dagprogramma opstellen.
- 1c Met de patiënt duidelijke, gedragstherapeutische programma's opstellen met een onderhandelingsstructuur: 'als jij dit doet; dan doen wij dat; en de consequentie voor jou is dan...'
- 1d Afdelingsregels bespreken en de consequenties van het niet nakomen daarvan uitwerken in het geïndividualiseerde verpleegplan.
- 1e De patiënt betrekken bij de totstandkoming van het behandelplan en informeren over het vervolgbeleid.
- 1f Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1g De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1h Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1i De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1j De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1k De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1l Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1m Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

- 2a De patiënt leren om de consequenties van zijn eigen gedrag (in dit geval beperking in de therapietrouw) in te zien.

¹ Een samengestelde definitie is een definitie die niet geheel afkomstig is uit de ICIDH maar samengesteld is met behulp van eigen inzichten of gebruik makend van andere definities.

1.3 Beperking in de therapietrouw (ICIDH b 14.9)

- 2b De patiënt leren de waarde van diverse programma's en programmaonderdelen in relatie tot zijn eigen situatie te herkennen.
- 2c De patiënt leren de werking en bijwerkingen van zijn eigen medicatie te herkennen, waarom deze gegeven wordt, wat de verwachtingen zijn, wat het belang van geregelde inname is enzovoort.
- 2d Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent factoren die de therapietrouw negatief beïnvloeden.
- 2e De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2f Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2g De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2h Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2i Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2j Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 3 *Beoordeling*
- 3a Observeren en rapporteren van verschijnselen die in het verleden voorafgingen aan beperking in de therapietrouw.
- 3b In kaart brengen van de beperking in de therapietrouw of veranderingen daarin, om zo eventuele patronen te ontdekken.
- 4 *Management van persoonlijke zorg*
- 4a Zorgen dat de situatie voor zowel de patiënt als de hulpverlener werk- en leefbaar wordt/blijft.
- 4b Een multidisciplinaire patiëntenbespreking initiëren wanneer de situatie niet meer werk- of leefbaar is.
- 4c Zorgen voor schriftelijk voorlichtingsmateriaal (bijsluiters van medicijnen, kopieën van behandelplannen enzovoort).

1.4 Afhankelijkheid van alcohol (inclusief alcoholisme, alcoholverslaving) (ICIDH s 25.5)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Gedragspatroon dat zich kenmerkt door een onweerstaanbare drang tot het nuttigen van en behoefte aan excessieve hoeveelheden alcohol (dagelijks of in terugkerende periodes).

* *Beïnvloedende factoren*

- a lage zelfwaardering
- b depressie
- c persoonlijkheidsstoornis
- d eenzaamheid
- e verstoord *coping*-patroon
- f sociaal isolement
- g groepsnorm
- h sociaal-culturele factoren
- i stress
- j beperkt toekomstperspectief
- k traumatische gebeurtenissen in het verleden
- l problemen in de sociale rolvervulling
- m relatieproblemen

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 het excessief nuttigen van alcohol en het niet kunnen stoppen hiermee
- 2 tremoren
- 3 motorische onrust
- 4 verstoord eet- en drinkpatroon
- 5 slechte algehele gezondheid
- 6 geheugenstoornissen
- 7 confabuleren
- 8 black-outs
- 9 hypoglykemie
- 10 gastritis
- 11 lever- en galstoornissen
- 12 agressie
- 13 agitatie
- 14 angst
- 15 bagatelliseren en ontkennen van de eigen alcoholafhankelijkheid en de gevolgen daarvan
- 16 lage frustratietolerantie
- 17 alcoholhallucinose
- 18 financiële problemen
- 19 smokkelen van alcoholhoudende dranken
- 20 overmatig gebruik van parfum, aftershave, ademverfrisser als camouflage

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent, benoemt en accepteert het alcoholprobleem.
- 1b Herkent en benoemt factoren die leiden tot het alcoholprobleem.
- 1c Herkent en benoemt de gevolgen van het alcoholprobleem.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Praat over gevoelens die van invloed zijn op of gerelateerd zijn aan het alcoholprobleem.
- 2b Toont een toename van zelfwaardering en hoop voor een toekomst zonder noodzaak van alcoholgebruik.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Toont constructieve gedragingen om de drang tot het nuttigen van alcohol te ondermijnen.
- 3b Is in staat om, ondanks de afhankelijkheid van alcohol, adequaat te functioneren in de sociale omgeving.
- 3c Nuttigt geen alcohol (eventueel met behulp van medicatie).
- 3d Toont *coping*-strategieën (andere dan alcohol) om met problemen en levensvragen om te gaan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen.
- 1b Met andere disciplines een detoxicatieprogramma voor de patiënt opstellen.
- 1c De patiënt begeleiden in het detoxicatieprogramma.
- 1d De patiënt ondersteunen in ADL-activiteiten gedurende het detoxicatieprogramma.
- 1e Met de patiënt een 'non-alcoholcontract' opstellen.
- 1f Met de patiënt afspreken dat hij bij toenemende zucht naar alcohol contact opneemt met de hulpverleners.
- 1g Met de patiënt een duidelijk gestructureerd dagprogramma opstellen.
- 1h Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1i De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1j Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1k De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1l De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1m De naasten vragen om welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1.4 Afhankelijkheid van alcohol (inclusief alcoholisme, alcoholverslaving) (ICIDH s 25.5)

- 1n Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1o Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt
- 2 *Training*
- 2a De patiënt informeren over alcoholisme als ziekte.
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent factoren die de afhankelijkheid van alcohol beïnvloeden.
- 2c Adequate *coping*-vaardigheden aanleren met behulp van onder andere sociale vaardigheidstraining, slaap- en ontspanningsoefeningen.
- 2d De patiënt positief bekrachtigen als hij gebruikmaakt van adequate *coping*-mechanismen.
- 2e Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent de gevolgen van zijn afhankelijkheid van alcohol op sociaal, financieel, lichamelijk, psychologisch en spiritueel gebied en aandacht geven aan de preventie van terugvallen.
- 2f De patiënt leren inzicht te krijgen in kleine vorderingen die gemaakt worden in de behandeling (met als boodschap: er gaan ook dingen goed).
- 2g De patiënt informeren over zelfhulpgroepen, ambulante hulpverlening, verslavingsklinieken en andere vormen van verslavingshulpverlening.
- 2h De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2i Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2j De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2k Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2l Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2m Ondersteunen van familieleden, mantelzorgverleners, partner, enzovoort door informatie te geven over het probleem, over de begeleiding van de patiënt en door aandacht te besteden aan hun rolpositie.
- 2n Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2o De patiënt helpen met de rehabilitatie in maatschappelijke functies (onder andere in het arbeidsproces).
- 3 *Beoordeling*
- 3a Observeren en rapporteren van (eventueel) alcoholgebruik.
- 3b Observeren en rapporteren van fysiologische verschijnselen die kunnen samenhangen met detoxicatie.
- 3c Observeren en rapporteren van het functioneren op de afdeling.
- 4 *Management van persoonlijke zorg*
- 4a Controleren van het alcoholgebruik.
- 4b De patiënt controleren op naar binnen gesmokkelde alcohol.
- 4c Een multidisciplinaire patiëntenbespreking initiëren wanneer de situatie niet meer leef- of werkbaar is.

1.5 Afhankelijkheid van drugs (inclusief drugverslaving) (ICIDH s 25.6)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Gedrag patroon dat zich kenmerkt door een onweerstaanbare drang tot het nuttigen van en behoefte aan drugs.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b borderline-persoonlijkeitsstoornis
- c andere persoonlijkheidsstoornis
- d lage zelfwaardering
- e eenzaamheid
- f depressie
- g angst
- h stoornis in impulsbeheersing
- i verstoord *coping*-patroon
- j sociaal isolement
- k erfelijke factoren
- l sociaal-culturele factoren
- m groepsnorm
- n stress
- o beperkt toekomstperspectief
- p traumatische gebeurtenissen in het verleden

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 gebruik van drugs (verbijzondering) en dit niet kunnen stoppen
- 2 financiële problemen
- 3 motorische onrust als zucht naar drugs
- 4 verstoord eet- en drinkpatroon
- 5 slechte algehele gezondheid
- 6 ontsteking van het neusslijmvlies
- 7 aderontsteking
- 8 zeer lage frustratietolerantie
- 9 verminderde stresstolerantie
- 10 beperkte sociale vaardigheden
- 11 verhandelen van goederen
- 12 crimineel gedrag
- 13 verstoring in het evenwicht tussen activiteit en rust
- 14 vergrote pupillen
- 15 bagatelliseren of ontkennen van afhankelijkheid van drugs
- 16 verschijnselen tijdens gebruik zoals euforie, apathie
- 17 onthoudingsverschijnselen zoals *cold turkey*, tremor

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent, benoemt en accepteert het drugprobleem.
- 1b Herkent en benoemt factoren die leiden tot het drugprobleem.
- 1c Herkent en benoemt de gevolgen van het drugprobleem.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Praat over gevoelens die van invloed zijn op of gerelateerd zijn aan het drugprobleem.
- 2b Toont een toename van zelfwaardering en hoop voor de toekomst zonder noodzaak van het druggebruik.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Houdt zich aan de afspraken die geformuleerd worden in een afkickprogramma.
- 3b Toont constructieve gedragingen om de drang tot het gebruik van drugs te ondermijnen.
- 3c Is in staat om, ondanks de afhankelijkheid van drugs, adequaat te functioneren in de sociale omgeving.
- 3d Gebruikt geen drugs (met uitzondering van voorgeschreven medicatie).
- 3e Toont *coping*-strategieën (andere dan het gebruik van drugs) om met problemen en levensvragen om te kunnen gaan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen.
- 1b Met andere disciplines een detoxicatieprogramma opstellen voor de patiënt.
- 1c De patiënt begeleiden in het detoxicatieprogramma.
- 1d De patiënt ondersteunen in ADL-activiteiten gedurende het detoxicatieprogramma.
- 1e Met de patiënt een 'non-drugcontract' opstellen, waarin sancties opgenomen zijn bij constatering van druggebruik.
- 1f Met de patiënt afspreken dat hij bij toenemende zucht naar drugs contact opneemt met de hulpverleners.
- 1g Met de patiënt een duidelijk, gestructureerd dagprogramma opstellen.
- 1h Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1i De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1j Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1k De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1l De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1m De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1n Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1o Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

1.5 Afhankelijkheid van drugs (inclusief drugverslaving) (ICIDH s 25.6)

2 Training

- 2a De patiënt informeren over druggebruik als ziekte.
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent factoren die de afhankelijkheid van drugs beïnvloeden.
- 2c Aanleren van adequate *coping*-vaardigheden met behulp van onder andere *sociale vaardigheidstraining*.
- 2d De patiënt positief bekrachtigen als hij gebruikmaakt van adequate *coping*-mechanismen.
- 2e Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent de gevolgen van zijn afhankelijkheid van drugs op sociaal, financieel, lichamelijk, psychologisch en spiritueel gebied.
- 2f De patiënt leren inzicht te krijgen in kleine vorderingen die gemaakt worden in de behandeling (met als boodschap: er gaan ook dingen goed).
- 2g De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2h Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2i De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2j Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2k Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2l De patiënt informeren over zelfhulpgroepen, ambulante hulpverlening, verslavingsklinieken en andere vormen van verslavingshulpverlening.
- 2m Ondersteunen van familieleden, mantelzorgverleners, partner, enzovoort door informatie te geven over het probleem en de begeleiding van de patiënt.
- 2n Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2o De patiënt helpen met rehabilitatie in maatschappelijke functies (onder andere in het arbeidsproces).

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van (eventueel) druggebruik.
- 3b Observeren en rapporteren van fysiologische verschijnselen die kunnen samenhangen met detoxicatie.
- 3c Observeren en rapporteren van het functioneren op de afdeling (zicht krijgen op pogingen van de patiënt tot 'handelen/dealen').
- 3d Proberen het druggebruik zo in kaart te brengen dat er zicht ontstaat op eventuele patronen erin.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a De patiënt controleren op druggebruik.
- 4b De patiënt controleren op naar binnen gesmokkelde drugs.
- 4c Zorgen dat de situatie voor zowel de patiënt als de hulpverlener werk- en leefbaar wordt/blijft.
- 4d Een multidisciplinaire patiëntenbespreking initiëren wanneer de situatie niet meer werk- of leefbaar is.

2.1.1 Onvoldoende vocht- en voedselopname (ICIDH b 37)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Beperking in de voor het lichaam noodzakelijke vocht- en voedselopname.

* *Beïnvloedende factoren*

- a mondholteontsteking
- b keelholteontsteking
- c psychose
- d vergiftigingswaan
- e anorexia nervosa
- f verslaving aan alcohol of drugs
- g depressie
- h hyperactiviteit
- i obsessief omgaan met een dieet
- j maag- en darmstoornissen
- k braken
- l stoornis bij kauwen of slikken
- m stofwisselingsstoornis
- n koorts
- o pijn
- p niet zelfstandig kunnen eten
- q emotionele stress of verdriet

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 lichaamsgewicht bevindt zich 20% of meer onder het ideale lichaamsgewicht
- 2 gewichtsverlies (.. kilo's in.. weken)
- 3 voedsel en/of drank weigeren
- 4 veranderde huidturgor
- 5 krachtsvermindering
- 6 honger
- 7 dorst
- 8 uitdroging

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Verwoordt factoren die geleid hebben tot onvoldoende vocht- en voedselopname.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Verwoordt een toename in welbevinden ten gevolge van gewichtstoename.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Eet en drinkt de voor het lichaam noodzakelijke hoeveelheid.

3b Komt binnen... weken... gram aan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a De patiënt stimuleren om maaltijden bij te wonen.

1b De patiënt ondersteunen bij de omgang met een dieet.

1c Verminderen of opheffen van factoren die het eten en drinken belemmeren.

1d Stimuleren van het nuttigen van voldoende vocht en voedsel aan de hand van vastgestelde richtlijnen.

1e Ondersteuning bieden ten aanzien van handelingen die de patiënt niet zelfstandig kan uitvoeren tijdens de maaltijden.

2 *Training*

2a Inzichtgevende gesprekken voeren ten aanzien van het huidige probleem en beïnvloedende factoren.

3 *Beoordeling*

3a Vochtbalans hanteren ter observatie.

3b De patiënt wekelijks wegen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Creëren van een rustige, veilige en prettige atmosfeer tijdens de maaltijden.

4b In overleg met diëtist en patiënt een dieet samenstellen.

2.2 Stoornis in het kauwen en slikken (ICIDH s 68)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld):* Stoornis in het vermogen om vloeistof en voedsel van de mond richting de maag te transporteren in een redelijk gekauwde toestand.

* *Beïnvloedende factoren*

- a CVA
- b multiple sclerose
- c verlaagd bewustzijn
- d geïrriteerde mond- en keelholte
- e mechanische obstructie (bijvoorbeeld door oedeem of een tracheacanule)
- f recente gebitsprothese
- g tandeloosheid
- h tand- en kiespijn
- i dementie
- j verminderde functie van de kauwspieren
- k stoornis in de functie van de speekselklieren
- l vermoeidheid
- m onrust
- n verwardheid
- o onrustige eetsituatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 hoesten bij voedselinname
- 2 verslikken bij voedselinname
- 3 stasis van voedsel in de mondholte (wangzakken)
- 4 tekenen van aspiratie
- 5 niet slikken
- 6 niet kauwen
- 7 braken/rumineren

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Toont inzicht in factoren die leiden tot slik- en kauwstoornissen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Is ontspannen tijdens eet- en drinkmomenten.

2b Zorgt ervoor dat anderen in de buurt zijn die kunnen handelen als er verstikkingsgevaar optreedt.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Toont een verbetering in het kauwen en slikken, hetgeen zichtbaar is in vermindering van de kenmerken en aanwijzingen.

3b Stelt een op zijn eigen mogelijkheden afgestemd voedingspakket en -patroon vast.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Begeleiden tijdens de maaltijden.

1b Voedsel in gemalen vorm aanbieden.

1c Voeding in kleine hapjes aanbieden.

1d Vocht in meer gebonden vorm aanbieden.

2 *Training*

2a Uitleg geven over factoren die leiden tot stoornissen in het kauwen en slikken.

2b Stimuleren om het voedsel grondig te kauwen alvorens het door te slikken.

2c Instrueren van een juiste houding tijdens de maaltijden; rechtop zitten.

2d De patiënt trainen in het tot zich nemen van kleine hoeveelheden voedsel en vocht.

2e Instrueren van familieleden wat te doen bij dreigende verstikking (onder andere de Heimlich-handgreep).

3 *Beoordeling*

3a Controleren van de slikreflex tijdens het eten.

3b Het kauwen controleren tijdens het eten.

3c Beoordelen of de patiënt ontspannen is tijdens de maaltijden.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Zorgen voor een rustige omgeving tijdens de maaltijd.

4b Zorgen voor rustmomenten voor en na de maaltijd.

4c Zorgen voor eventueel aangepast materiaal tijdens de maaltijd.

3.1 Urine-incontinentie (ICIDH s 63.3-63.6/s 91)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie* (samengesteld): Een stoornis van het urogenitale stelsel die ongewild urineverlies tot gevolg heeft.

* *Beïnvloedende factoren*

- *algemeen:*

- a ziekte van Parkinson
 - b tumor(en)
 - c multiple sclerose
 - d andere neurologische aandoeningen
 - e ernstige rugklachten
 - f regressie
- *specifiek:*
- 1 *Urge-incontinentie:*
 - 1a urineweginfectie
 - 1b dementie
 - 1c blaasstenen
 - 1d langdurig gebruik van een urinekatheter
 - 1e stress
 - 1f verminderde functie van de blaaspijp als gevolg van ouderdom

2 *Stress-incontinentie:*

- 2a zwakke bekkenbodemspieren
- 2b gynaecologische operaties
- 2c meerdere zwangerschappen
- 2d traumatische bevallingen
- 2e overgewicht
- 2f overvulling van de blaas
- 2g vergrote prostaat

3 *Reflexincontinentie:*

- 3a beschadiging van het ruggenmerg door:
- 3b hernia
- 3c laesies
- 3d multiple sclerose
- 3e tumoren

4 *overloopincontinentie:*

- 4a obstructie van de urinebuis door:
- 4b vergrote prostaat
- 4c blaasstenen
- 4d tumor

5 *volledige incontinentie:*

- 5a schade door operaties in het urogenitale gebied
- 5b aangeboren afwijkingen

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- *urge- of aandrangsincontinentie:*

- 1 mictiedrang die niet uitgesteld kan worden, onmiddellijk gevolgd door urineverlies
- 2 frequente mictie in kleine hoeveelheden

- *stress- of inspanningsincontinentie:*

- 3 ongewild urineverlies ten gevolge van inspanning (die verhoogde druk in de buikholte geeft)

- *reflexincontinentie:*

- 4 ongewild urineverlies zonder voorafgaande gevoelsprikkels die gewoonlijk verbonden zijn met mictiedrang

- *overloopincontinentie:*

- 5 druppelsgewijs urineverlies gedurende de gehele dag
- 6 aanwezigheid van sterke gevoelens van aandrang
- 7 onwillekeurige blaascontracties

- *volledige incontinentie:*

- 8 continu urineverlies
- 9 geen gevoel van vulling, mictiedrang en passage
- 10 geen besef van incontinentie

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Toont inzicht in de vorm van urine-incontinentie die hij/zij heeft.
- 1b Herkent factoren die hiertoe geleid hebben of nog steeds leiden, en kan deze benoemen.
- 1c Verwoordt wat de consequenties zijn van de incontinentie en de behandelmogelijkheden.
- 1d Is op de hoogte van vergoedingsmogelijkheden van incontinentiemateriaal.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont aan de incontinentie en de gevolgen daarvan te accepteren.
- 2b Ondervindt in sociale contacten geen problemen als gevolg van de incontinentie.
- 2c Verwoordt meer vertrouwen te hebben in het eigen lichaam doordat de controle over de incontinentie is toegenomen.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Heeft op een adequate manier een eigen aandeel in de behandeling.
- 3b Gebruikt adequaat incontinentiemateriaal.
- 3c De incontinentie neemt af tijdens de behandeling.
- 3d Wordt in het dagelijks functioneren niet belemmerd door de incontinentie.
- 3e Maakt optimaal gebruik van mictiestimulerende middelen (behalve bij continu urineverlies).

3.1 Urine-incontinentie (ICIDH s 63.3-63.6/s 91)

C Verpleegkundige interventies

1 Directe zorg

- 1a Bij stress-incontinentie: begeleiden bij het doen van bekkenbodemspieroefeningen (in overleg met een fysiotherapeut).
- 1b Verzorgen van de katheter conform protocol.
- 1c Bij volledige incontinentie: instellen van een toiletregime.
- 1d Zorgen voor adequaat incontinentiemateriaal.

2 Training

- 2a De patiënt stimuleren om de persoonlijke consequenties van de incontinentie te verwoorden.
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent behandel mogelijkheden.
- 2c De patiënt informeren over vergoedingsmogelijkheden van incontinentiemateriaal.
- 2d Informatie geven over de SIN (Stichting Incontinentie Nederland).
- 2e Bij urge-incontinentie: aanleren van blaastraining door middel van een mictieschema.
- 2f Bij stress-incontinentie: samen met de patiënt opstellen van een mictiedagboek en hem leren hiermee om te gaan, de patiënt leren waar de aandacht naar uitgaat, bijvoorbeeld een plasschema, verschonen van kleding.
- 2g Bij reflexincontinentie: aanleren van sensaties die urinelozing op gang brengen zoals: koude sensaties op de onderbuik; kloppen op de onderbuik (gedurende tien minuten); wrijven aan de binnenkant van een dij.
- 2h Bij overloopincontinentie: aanleren van katheterisatievaardigheden, eventueel ook aan familieleden.
- 2i Voorlichting geven over het meest geschikte incontinentiemateriaal en het gebruik daarvan.
- 2j Stimuleren en begeleiden van het opbouwen van vroegere taken en/of contacten.
- 2k Informeren van familieleden over de incontinentie en de behandelingsmogelijkheden.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van veranderingen van incontinentie tijdens de behandeling.
- 3b Vochtbalans bijhouden en letten op voldoende vochtinname (1,5 tot 2 liter).
- 3c Beoordelen van het hanteren van incontinentiemateriaal.
- 3d Beoordelen van inzicht in en acceptatie van de incontinentie.
- 3e Observeren/rapporteren en voorkomen van mogelijke gevolgen van incontinentie (bijvoorbeeld huidirritaties, infecties).
- 3f Regelmatig controleren van kathetermateriaal.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Zorg dragen voor de aanwezigheid van adequaat incontinentiemateriaal.
- 4b Zorg dragen voor privacy en een rustige omgeving tijdens de verzorging.

4.1.1 Onvoldoende lichaamsverzorging (ICIDH b 33/34)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Beperking in de persoonlijke hygiëne en het kleden.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b neuromusculaire aandoening
- c cognitieve aandoening
- d wanen
- e lage zelfwaardering
- f angst
- g depressie
- h watervrees
- i pijn
- j verminderd uithoudingsvermogen
- k lichamelijke handicap
- l afwijkende cultuurgebonden waarden en normen

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 onverzorgd uiterlijk
- 2 zelfverwaarlozing
- 3 vuile kleding
- 4 onwelriekendheid
- 5 onvermogen zich geheel of gedeeltelijk zelf te wassen en/of te verzorgen
- 6 weigering zich te wassen of verzorgen
- 7 huidinfecties
- 8 jeuk
- 9 smetplekken

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Verwoordt tekortkomingen in de lichaamsverzorging.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Toont een toenemende verantwoordelijkheid ten aanzien van de eigen lichaamsverzorging door het onderkennen van eigen behoeften en mogelijkheden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Voert activiteiten op het gebied van lichaamsverzorging zelfstandig uit.

3b Demonstreert nieuwe vaardigheden bij de uitvoering van de lichaamsverzorging.

3c Voert de lichaamsverzorging uit met de in de interventies afgesproken ondersteuning.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a De patiënt stimuleren om zo zelfstandig mogelijk activiteiten op het gebied van zelfverzorging te verrichten.

1b Positief bekrachtigen van eigen initiatieven van de patiënt.

1c Overnemen van activiteiten die de patiënt niet (meer) zelfstandig kan verrichten.

2 *Training*

2a Instructies geven ten aanzien van hygiëne en zelfverzorging.

2b Aanleren van vaardigheden die de zelfverzorging vergemakkelijken.

3 *Beoordeling*

3a Observeren en rapporteren van veranderingen in de zelfverzorging.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Een veilige en rustige omgeving creëren.

4b In overleg met de patiënt een gestructureerd zelfverzorgingsprogramma opstellen.

4.2.1 Inactiviteit/bezigheidsbeperking (ICIDH b 18)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een verstoord vermogen om activiteiten te organiseren en/of uit te voeren.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b schizofrenie
- c lichamelijke aandoening
- d dementie
- e verstoord dag-nachtritme
- f depressie
- g ongemotiveerdheid
- h verstoorde sociale vaardigheden
- i fysieke handicap
- j hospitalisatie
- k isolatie of separatie
- l door omgeving ingeperkte mogelijkheid

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 voert geen bezigheden uit
- 2 slaapt veelvuldig overdag
- 3 is passief
- 4 is lusteloos
- 5 is apathisch
- 6 heeft een verminderde ADL
- 7 heeft geen vrijetijdsbesteding
- 8 is initiatiefloos
- 9 uit zich negatief omtrent zijn eigen mogelijkheden

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Geeft aan de eigen inactiviteit te herkennen.
- 1b Verwoordt factoren die leiden tot inactiviteit.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont in toenemende mate interesse en plezier in het organiseren en uitvoeren van activiteiten.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Voert een (vast) activiteitenprogramma uit, aansluitend bij de eigen behoeften.
- 3b Neemt initiatief tot het doen van activiteiten.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Samen met de patiënt een dagprogramma opstellen.
- 1b De patiënt stimuleren om activiteiten te ondernemen.
- 1c De patiënt begeleiden bij het ondernemen van activiteiten.
- 1d Grenzen vaststellen ten aanzien van minimale activiteiten binnen het leefmilieu.
- 1e Samen met de patiënt een concreet stappenplan opstellen rondom te ondernemen activiteiten.
- 1f De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1g De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1h Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1i Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

- 2a Inzichtgevende gesprekken voeren over de inactiviteit van de patiënt en de factoren die daartoe leiden.
- 2b Informatie verstrekken over het activiteitenaanbod.
- 2c Ondersteuning bieden bij het vinden van voor de patiënt betekenisvolle activiteiten.
- 2d Ondersteunen bij het verwerken van teleurstellingen ten gevolge van 'mislukte' activiteiten.
- 2e In gesprekken de eigen motivatie en uitvoering van activiteiten door de patiënt stimuleren en positief bekrachtigen.
- 2f Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van het initiatief tot het ondernemen of uitvoeren van activiteiten.
- 3b Observeren en rapporteren van een toe- of afname van activiteiten.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Creëren van een omgeving die motiverend is voor de patiënt.
- 4b Creëren van een voor de patiënt gestructureerde omgeving.

4.2.2 Dwanghandelingen (ICIDH s 29.5)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld)*: Stoornis in de wil die zich kenmerkt door het missen van controle over eigen handelingen (met name het stoppen hiermee).

* *Beïnvloedende factoren*

- a multipersoonlijkheidssyndroom (MPS)
- b organisch psychosyndroom
- c psychose
- e schizofrenie
- f schizoaffectieve aandoening
- g andere cognitieve stoornis
- h verstandelijke handicap
- i dementie
- j angst
- k borderline-persoonlijkheidsstoornis
- l neurotische persoonlijkheidsstoornis
- m andere persoonlijkheidsstoornis
- n beperking in *coping*-vaardigheden
- o sociaal isolement
- p interpersoonlijk conflict
- q (emotionele) stress

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 bezwerende handelingen
- 2 herhaling van handelingen (juist als ze niet meer bij de situatie passen)
- 3 niet te controleren of reguleren handelingen
- 4 niet te stoppen handelingen
- 5 angst als handelingen voortijdig worden afgebroken
- 6 gefixeerd zijn op de dwanghandeling

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent de eigen dwanghandelingen door middel van het benoemen van de kenmerken.
- 1b Herkent factoren of situaties die leiden tot een toename van dwanghandelingen en kan deze benoemen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Bespreekt gevoelens die samenhangen met de dwanghandelingen.
- 2b Voelt zich niet belemmerd door de dwanghandelingen in het aangaan van sociale contacten.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Demonstreert een afname van dwanghandelingen en toename van adequate handelingen die bij de situatie passen.
- 3b Is in staat de normale activiteiten uit te voeren zonder last te hebben van de dwanghandelingen.
- 3c Is in staat zichzelf te corrigeren als de dwanghandelingen terugkeren.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Aanbieden van activiteiten overdag, bij voorkeur in een dagprogramma dat samen met de patiënt is opgesteld.
- 1b Aanbieden van ontspanningsactiviteiten en de patiënt hierbij begeleiden (joggen, zwemmen, fietsen enzovoort).
- 1c Minimale aandacht schenken aan de dwanghandelingen.
- 1d Positief bekrachtigen van adequaat gedrag.
- 1e Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1f De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1g Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1h De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1i De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1j De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1k Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1l Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



4.2.2 Dwanghandelingen (ICIDH s 29.5)

2 *Training*

- 2a Stimuleren van de patiënt om over de dwanghandelingen te praten.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2g Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2h Inzichtgevende gesprekken voeren over de functie van dwanghandelingen in het dagelijks leven van de patiënt.
- 2i Aanleren van technieken die gedachten stoppen en afleiden, en deze oefenen in gepaste situaties of rollenspel.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van situaties waarin een toe- of afname van dwanghandelingen geconstateerd kan worden.
- 3b Beoordelen van de mate van inzicht van de patiënt in de eigen dwanghandelingen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Voorkomen dat de omgeving op een negatieve manier reageert door in overleg met de patiënt informatie te verstrekken over het fenomeen dwanghandelingen in het algemeen.
- 4b Aanbieden van een veilige en rustige omgeving.

4.2.3 Gebrek aan initiatief (ICIDH s 27.0)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Stoornis in het uitvoeren van onafhankelijke en spontane handelingen en in het tonen van een eigen stellingname.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b schizofrenie
- c schizoaffectieve stoornis
- d dementie
- e depressie
- f lage zelfwaardering
- g hevige angst
- h bipolaire stemmingsstoornis
- i ervaren van het verlies van controle over het eigen leven
- j identiteitsproblematiek
- k gebrek aan kennis/vaardigheden
- l ongemotiveerdheid
- m verstoord *coping*-patroon
- n verstoring in de sociale vaardigheden
- o sociaal isolement
- p conflictueuze omgeving
- q situationele crisis
- r gebrek aan prikkels uit de omgeving
- s onverwerkte traumatische ervaringen
- t gebruik van medicatie
- u sedatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 geen eigen mening uiten
- 2 geen spontane kritiek uiten
- 3 nooit meningsverschillen hebben
- 4 geen bij de situatie passende handelingen verrichten (bijvoorbeeld het openen van deuren, het oprapen van voorwerpen)
- 5 voornamelijk handelingen verrichten uit gewoonte of na een verzoek of opdracht
- 6 zelden of nooit vragen stellen
- 7 zelden of nooit verzoeken doen
- 8 zelden of nooit activiteiten spontaan ondernemen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent het eigen gebrek aan initiatief en is in staat dit te benoemen.
- 1b Herkent oorzaken of factoren die geleid hebben tot het gebrek aan initiatief en benoemt deze.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont een toename van initiatief, hetgeen zich verhoudt tot de gangbare sociale normen en waarden.
- 2b Komt op voor zichzelf binnen de eigen sociale context.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Voert handelingen uit zonder daarbij eerst aangespoord te moeten worden.
- 3b Toont een eigen stellingname.
- 3c Zoekt zelfstandig mensen op en/of maakt gebruik van activiteiten die een stimulerend effect hebben.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Samen met de patiënt initiatieven bespreken en de patiënt hierin stimuleren.
- 1b Een actief-afwachter houding aannemen in de dagelijkse activiteiten die de patiënt behoort te ondernemen.
- 1c Vooraf afspraken maken met de patiënt over activiteiten die van hem verwacht worden en initiatief dat verwacht wordt.
- 1d Wijzen op het niet nakomen van gezamenlijk overeengekomen afspraken.
- 1e Positief bekrachtigen van initiatief.

2 *Training*

- 2a De patiënt confronteren met het gebrek aan initiatief in concrete situaties.
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent het gebrek aan initiatief waarin onder andere de volgende aspecten aan bod komen:
 - mogelijke factoren die het gebrek aan initiatief beïnvloeden;
 - kenmerken en aanwijzingen waaruit het gebrek aan initiatief zichtbaar wordt;
 - gangbare verwachtingspatronen binnen de sociale context omtrent initiatief.
- 2c Trainers van het initiatief door middel van onder andere rollenspelen of vooraf afgesproken acties.
- 2d In discussies stellingname van de patiënt uitlokken.



4.2.3 Gebrek aan initiatief (ICIDH s 27.0)

3 *Beoordeling*

3a Observeren en rapporteren van het gedrag van de patiënt binnen de groep en/of tijdens gezamenlijke activiteiten.

3b Beoordelen van het inzicht van de patiënt in het eigen gebrek aan initiatief en zijn motivatie om dit te veranderen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Een uitdagende maar tevens veilige omgeving creëren.

4.3.1 Beperking in de voortbeweging (ICIDH b 4)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Beperking in het uitvoeren van omschreven activiteiten die verbonden zijn met de verplaatsing van de betrokkene.

* *Beïnvloedende factoren*

- a chorea van Huntington
- b ziekte van Pick
- c dwarslaesie
- d andere neurologische aandoeningen
- e psychogene stupor
- f hevige angst
- g hemiplegie
- h andere stoornissen van het bewegingsapparaat
- i pijn
- j zwakte
- k verminderd uithoudingsvermogen
- l handicap in de mobiliteit
- m barrières en drempels

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 beperking in het lopen
- 2 problemen bij het in bed gaan liggen of zitten
- 3 problemen bij het in een stoel gaan zitten of van een stoel opstaan
- 4 problemen bij het staan
- 5 problemen met veranderingen in de stahouding
- 6 problemen bij het bereiken van een bed of stoel
- 7 andere verplaatsingsbeperkingen zoals...
- 8 noodzaak tot het gebruik van hulpmiddelen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Herkent en benoemt factoren die leiden tot een toe- of afname van beperkingen in het voortbewegen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Geeft aan de beperkingen in het voortbewegen te accepteren.

2b Ervaart ondanks de beperkingen in het voortbewegen optimale autonomie en zelfbeschikking.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Voert ADL-activiteiten uit op een optimaal zelfstandig niveau.

3b Is in staat zich zo zelfstandig mogelijk voort te bewegen.

3c Gebruikt de verstrekte hulpmiddelen en adviezen om zich op een zo effectief mogelijke wijze voort te bewegen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Met de patiënt en betrokken andere disciplines een trainingsprogramma opstellen (het trainingsprogramma omschrijven).

1b Met de patiënt en eventuele andere hulpverleners het volgende programma uitvoeren: (omschrijving van de uitvoering van het trainingsprogramma...).

1c De patiënt begeleiden bij het voortbewegen.

1d Het voortbewegen overnemen door de rolstoel te duwen.

1e Met de patiënt vorderingen en/of achteruitgang bespreken.

2 *Training*

2a De patiënt leren om te gaan met de beperkingen in het voortbewegen.

2b De patiënt leren om te gaan met eigen mogelijkheden en onmogelijkheden (wat kan ik nog wel, wat kan ik niet meer...).

2c De patiënt leren om te gaan met hulpmiddelen (rolstoel, looprekje, rollator enzovoort).

3 *Beoordeling*

3a Observeren en rapporteren van een toe- of afname van kenmerken en aanwijzingen met betrekking tot de beperking in het voortbewegen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Ervoor zorgen dat alles wat de patiënt nodig heeft in zijn directe omgeving aanwezig en voor hem bereikbaar is (schakel zo nodig een ergo- of fysiotherapeut in).

4b Zorgen voor een omgeving met vrije doorgangen, zonder drempels, met brede deuropeningen, makkelijk te openen deuren, enzovoort.

4c Ervoor zorgen dat eventuele loophulpmiddelen schoon zijn en in goede staat verkeren (goed werkende remmen, harde banden, soepel lopende lagers, enzovoort).

5.1 Verstoord slaappatroon (ICIDH s 22)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring in de kwaliteit en kwantiteit van het slaappatroon. (Hieronder wordt niet verstaan een verstoord dag-nachtritme.)

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b lichamelijke aandoening
- c verslaving aan alcohol of drugs
- d angst
- e depressie
- f pijn
- g emotionele stress
- h lawaai
- i onregelmatig leef- of werkpatroon
- j sociale problematiek
- k oncomfortabele slaapaccommodatie

* *Bepalend kenmerk*

- 1 inslaapproblemen
- * *Aanwijzingen*
- 2 doorslaapproblemen
- 3 overmatig slapen
- 4 vroeg wakker worden
- 5 veelvuldig onderbroken slaap
- 6 sufheid overdag
- 7 vermoeidheid overdag
- 8 concentratieproblemen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Verwoordt factoren die leiden tot slaapproblemen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Ervaart een toename in welbevinden ten gevolge van verbeteringen in het slaappatroon.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Valt binnen... minuten in slaap.

3b Geniet een dusdanige nachtrust dat het functioneren overdag optimaal is.

3c Slaapt het voor hem/haar benodigde aantal uren aaneengesloten.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Verminderen of opheffen van factoren die de slaap ontwrichten.

1b De mogelijkheid scheppen om met de patiënt eventuele zorgen, stresssituaties of angsten die overdag spelen door te spreken.

1c Een duidelijke dagstructuur aanbieden waarin de patiënt de nodige activiteiten heeft.

1d Duidelijke afspraken maken met de patiënt omtrent bedtijden en hem ondersteunen in de naleving hiervan.

1e De patiënt stimuleren geen koffie, thee of andere stimulantia te gebruiken voor het naar bed gaan.

1f Zo nodig aanbieden van medicatie op voorschrift van een arts.

2 *Training*

2a Inzichtgevende gesprekken voeren over het ondernemen van rustgevende activiteiten vóór het slapen, zoals het lezen van ontspannende literatuur, het nemen van een douche of het drinken van een beker warme melk.

3 *Beoordeling*

3a Observeren en rapporteren van het slaap-waakpatroon.

3b Observeren en rapporteren van de werking van medicatie.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Creëren van een rustige en veilige omgeving 's nachts.

5.2 Verstoord dag-nachtritme (ICIDH s 22.6)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring van het slaap-waakritme door verandering van het dagdeel waarin geslapen wordt. (Dit is exclusief slaapstoornissen.)

* *Beïnvloedende factoren*

- a lichamelijke aandoening
- b psychose
- c dementie
- d bipolaire stemmingsstoornis
- e depressie
- f manie
- g angst
- h sociaal isolement
- i onregelmatig leef- en werkpatroon
- j gebruik van genotmiddelen
- k gebruik van medicatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 's nachts wakker zijn
- 2 veelvuldig dutten overdag
- 3 's nachts actief zijn
- 4 overdag inactief zijn
- 5 vermoeidheid
- 6 rusteloosheid
- 7 verhoogde gespannenheid
- 8 verminderde alertheid
- 9 euforie
- 10 verlaagde stresstolerantie

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Geeft aan de verstoring in het dag-nachtritme en de gevolgen daarvan te herkennen.
- 1b Verwoordt factoren die leiden tot een verstoord dag-nachtritme.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Verwoest een toename in welbevinden als gevolg van stabilisatie dag-nachtritme.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Het dag-nachtritme is hersteld (er zijn geen kenmerken meer aanwezig).
- 3b Laat activiteiten zien die een goed dag-nachtritme bevorderen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Samen met de patiënt een dagprogramma opstellen met duidelijke afspraken omtrent bedtijden en met voldoende activiteiten overdag.

- 1b Ondersteuning bieden in het 's ochtends opstaan en het 's avonds naar bed gaan.

- 1c Voorkomen dat de patiënt overdag op bed ligt.

- 1d Zaken aanbieden die de nachtrust bevorderen zoals medicatie, ontspanningsoefeningen, warme melk.

2 *Training*

- 2a Inzichtgevende gesprekken voeren over factoren die leiden tot het verstoorde dag-nachtritme en de gevolgen daarvan.

- 2b De patiënt stimuleren om 's avonds geen koffie, thee, nicotine of andere stimulantia te gebruiken.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van veranderingen in het dag-nachtritme.

- 3b Observeren en rapporteren van het effect van de factoren die de nachtrust bevorderen (inclusief medicatie).

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Zorgen voor een rustige slaapomgeving 's nachts.

- 4b Creëren van een prikkelende, stimulerende, activerende omgeving overdag.

5.3.1 Rusteloosheid (ICIDH s 26.82)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring van het gevoelsleven waardoor de betrokkene niet de noodzakelijke rust kan nemen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b neurologische aandoening
- c angst
- d hallucinaties
- e dementie
- f paranoïde wanen
- g dwanggedachten
- h persoonlijkheidsstoornis
- i bipolaire stemmingsstoornis
- j manie
- k verstoord dag-nachtritme
- l onthouding van alcohol
- m onthouding van drugs
- n gebruik of onthouding van psychofarmaca

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 motorische onrust
- 2 irritatie
- 3 agitatie
- 4 veel en druk praten
- 5 veel en druk gebaren maken
- 6 verminderde concentratie
- 7 opwinding
- 8 niet luisteren naar anderen
- 9 verhoogde gespannenheid
- 10 activiteiten niet afmaken

B Verpleegdoelen

- 1 *Cognitieve verpleegdoelen*
- 1a Geeft aan kenmerken van rusteloosheid bij zichzelf te herkennen.
- 1b Verwoordt factoren die leiden tot rusteloosheid.
- 2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*
- 2a Is rustig in situaties die voorheen gevoelens van rusteloosheid opriepen.
- 3 *Psychomotorische verpleegdoelen*
- 3a Neemt de voor zichzelf noodzakelijke rust.

C Verpleegkundige interventies

- 1 *Directe zorg*
- 1a Corrigeren van rusteloos gedrag dat de patiënt belemmert in zijn functioneren.
- 1b Een duidelijke dagstructuur aanbrenen.
- 1c Rustmomenten of andere ontspannende activiteiten aanbieden gedurende de dag.
- 1d Contact blijven houden (visueel en/of fysiek) met de patiënt.
- 1e Voorbeeldgedrag tonen door zacht te praten en langzaam en rustig bewegen.
- 1f Vooraf afgesproken ondersteunende medicatie aanbieden.
- 1g Met de patiënt en eventueel relevante disciplines (psychomotorisch therapeut, fysiotherapeut, ergotherapeut, activiteitenbegeleider) een 'ontspanningsprogramma' opstellen.
- 2 *Training*
- 2a De patiënt richtlijnen geven bij het zich eigen maken van ontspanningstechnieken (ademhaling, massage, houding).
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt om zijn eigen rusteloosheid en factoren die daartoe leiden te (h)erkennen.
- 3 *Beoordeling*
- 3a Observeren en rapporteren van factoren die de rusteloosheid bevorderen of verminderen.
- 4 *Management van persoonlijke zorg*
- 4a Zorgen voor zacht licht, rustgevende muziek/geluiden, en een comfortabele rustgevende ruimte: voorkom sensorische deprivatie!!

6.1.1 Hallucinaties (ICIDH s 23.2)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring van de waarneming, geuit in denkbeeldige waarnemingen die niet berusten op objectief waarneembare zintuiglijke prikkels.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b schizofrenie
- c psychose
- d dementie
- e druggebruik of -onthouding
- f alcoholgebruik of -onthouding
- g persoonlijkheidsstoornis
- h manie
- i delier
- j ernstige angst of paniek
- k ernstige stress
- l hoge koorts

* *Bepalend kenmerk*

- 1 verwoorden van denkbeeldige waarnemingen (gezichts-, gehoors-, gevoels-, smaak-, reukwaarnemingen)
- * *aanwijzingen*
- 2 luisterende houding zonder prikkels van buitenaf
- 3 in dialoog gaan met niet-aanwezige personen
- 4 plotseling stoppen met spreken of met een handeling
- 5 gericht kijken naar zaken die niet objectief waarneembaar zijn
- 6 verkeerd interpreteren
- 7 verstoorde realiteitszin
- 8 onbeïnvloedbare gedachtegang
- 9 compenseren van hallucinaties door bijvoorbeeld parfundoekjes, krabben, overstemmen (bij het horen van stemmen)
- 10 onverklaarbaar gedrag
- 11 angst
- 12 achterdocht
- 13 agitatie
- 14 agressief gedrag
- 15 verstoorde concentratie

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Toont in toenemende mate inzicht in en kennis over de eigen hallucinaties door deze te verwoorden.
- 1b Verwoordt factoren die leiden tot hallucinaties.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Geeft aan een vermindering van hallucinaties te ervaren.
- 2b Geeft aan de hallucinaties als een onderdeel van de eigen persoonlijkheid te ervaren en accepteert dit.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Zintuiglijke waarnemingen zijn reëel en verifieerbaar.
- 3b Functioneert zonder zichtbaar last te hebben van hallucinaties.
- 3c Laat zien strategieën ontwikkeld te hebben om met de voor hem/haar negatieve gevolgen van hallucinaties te kunnen omgaan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie door de toewijzing van patiënten en het voeren van individuele gesprekken.
- 1b De patiënt op een rustgevende en angstreducerende manier benaderen.
- 1c De patiënt benaderen met een lage *expressed emotion* (terughoudendheid betreffende kritiek en betrokkenheid).
- 1d Ondersteuning bieden in zelfzorgactiviteiten daar waar de patiënt door hallucinaties wordt belemmerd.
- 1e Hallucinaties van de patiënt niet ontkennen, maar ook niet bekrachtigen.
- 1f De aandacht van de patiënt richten op het hier-en-nu.
- 1g Afleiding aanbieden in de vorm van activiteiten.
- 1h Zorgen voor een duidelijke dagstructuur en een evenwichtig dagactiviteitenprogramma.
- 1i Spreken in eenvoudige en concrete taal, waarbij de gesprekstijd begrensd is.
- 1j Corrigeren van gedrag dat voortkomt uit hallucinaties en dat niet acceptabel is.
- 1k Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1l De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1m Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1n De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1o De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1p Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.

6.1.1 Hallucinaties (ICIDH s 23.2)

- 1q Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig, maar niet meer of langer dan noodzakelijk.
- 1r Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag.
- 1s De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1t De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1u Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1v Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 1w Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.
- 1x De patiënt motiveren tot het innemen van de medicatie.
- 2 *Training*
 - 2a Ondersteunen in het leren omgaan met geïdentificeerde beïnvloedende factoren.
 - 2b Aanleren van probleemoplossende methoden.
 - 2c De patiënt gedoseerd stimuleren om over ervaringen, belevingen en gedachten te praten.
 - 2d Ondersteunen in het inzicht krijgen in eigen hallucinaties en factoren die tot toename daarvan leiden.
 - 2e Met de patiënt bespreken welke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden om hem in staat te stellen autonoom regie te voeren over het eigen gedrag.
 - 2f De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
 - 2g Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
 - 2h De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
 - 2i Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
 - 2j Met de patiënt een signaleringsplan maken.
 - 2k Voorlichting geven omtrent het gebruik van medicatie (inname, werking en eventuele bijwerkingen).
- 2l Strategieën aanleren in het omgaan met hallucinaties; bijvoorbeeld het gebruik van een walkman, afleiding zoeken, zich terugtrekken.
- 2m Het sociale systeem van de patiënt ondersteunen door uitleg te geven over de betekenis van de hallucinaties en de gehanteerde benaderingswijzen.
- 2n Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 3 *Beoordeling*
 - 3a Observeren en rapporteren van het optreden van hallucinaties en de gevolgen daarvan, zoals angst, stress en contacten met anderen.
 - 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de hallucinaties toe- of afnemen.
 - 3c Observeren en rapporteren van de inname van medicatie, en de werking en eventuele bijwerkingen ervan.
- 4 *Management van persoonlijke zorg*
 - 4a Creëren van een veilig en beschermend leefmilieu.
 - 4b Voorzien en voorkomen van situaties die voor een toename van de hallucinaties zorgen.
 - 4c Zorgen voor één-op-éénbegeleiding.
 - 4d Ervoor zorgen dat de omgeving beperkingen van de patiënt accepteert indien de hallucinaties aanwezig blijven.

6.2.1.1 Verstoorde concentratie (ICIDH s 24.1)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring in het vermogen om gedurende langere tijd de aandacht bij hetzelfde onderwerp te houden.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b Korsakoff-syndroom
- c psychose
- d cognitieve stoornis
- e dementie
- f manie
- g depressie
- h alcoholgebruik of -onthouding
- i druggebruik of -onthouding
- j hevige angst
- k oververmoeidheid
- l gebruik van sedativa

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 activiteiten niet afmaken
- 2 snel afgeleid zijn
- 3 verminderd waakzaam zijn
- 4 verminderd alert zijn
- 5 gedachtevlucht
- 6 onsamenhangend denken
- 7 onrustig zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Is zich bewust van de verstoring in de concentratie en kan deze verwoorden.
- 1b Verwoordt factoren die leiden tot een verstoorde concentratie.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Verwoordt een toename in welbevinden als gevolg van verbeterde concentratie.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Is in staat de aandacht gedurende de daarvoor noodzakelijke tijd bij hetzelfde onderwerp te houden.
- 3b Is in staat om ondanks concentratieproblemen zo optimaal mogelijk te functioneren binnen de eigen mogelijkheden.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a De patiënt corrigeren en betrekken bij het onderwerp wanneer zijn aandacht verslapt.
- 1b Samen met de patiënt een dagprogramma opstellen waarin de concentratie geprikkeld, maar niet overbelast wordt.
- 1c Proberen contact te houden met de patiënt (visueel, verbaal).

2 *Training*

- 2a Trainers van technieken die de concentratie vergroten.
- 2b Inzichtgevende gesprekken voeren betreffende factoren die de verstoring van de concentratie kunnen beïnvloeden.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van veranderingen in de concentratie.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Zorgen voor een veilige, rustige, overzichtelijke omgeving die de aandacht niet te veel opeist.
- 4b Prikkel uit de omgeving proberen te doseren.

6.2.1.2 Verstoorde besluitvorming (ICIDH s 27.7)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een stoornis in het kiezen en beslissen om een actie uit te voeren.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b psychose
- c neurologische aandoening
- d verstandelijke handicap
- e dementie
- f andere cognitieve stoornissen
- g lage zelfwaardering
- h depressie
- i bipolaire stemmingsstoornis
- j neurotische persoonlijkheidsstoornis
- k dilemma tussen persoonlijke en maatschappelijke waarden
- l gebrek aan kennis en vaardigheden
- m negatieve ervaringen
- n traumatische ervaringen
- o onvoldoende ondersteuning
- p onvoldoende informatie
- q onacceptabele alternatieven (als de alternatieven niet acceptabel zijn waardoor er geen besluit te nemen is)

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 (blijven) twijfelen tussen keuzes
- 2 zich afhankelijk opstellen
- 3 onzeker overkomen
- 4 geen 'nee' kunnen zeggen
- 5 besluiten voortdurend herzien
- 6 chaotisch gedrag vertonen
- 7 verwoorden van ongemakkelijkheid bij het maken van keuzes
- 8 verwoorden van bezorgdheid wanneer een besluit moet worden genomen
- 9 verwoorden van ongewenste gevolgen van alle mogelijkheden
- 10 twijfelen aan persoonlijke competentie, waarden en opvattingen
- 11 vermijdingsgedrag vertonen
- 12 traag reageren
- 13 lichamelijke symptomen van grote bezorgdheid of stress vertonen
- 14 angstig zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Geeft aan voldoende geïnformeerd te zijn over het te nemen besluit, de alternatieven en de gevolgen van het te nemen besluit.
- 1b Herkent en benoemt kenmerken van een verstoorde besluitvorming.
- 1c Herkent en benoemt factoren die leiden tot verstoorde besluitvorming.
- 1d Toont aan een realistisch beeld te hebben van de consequenties van de te nemen besluiten.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Is in staat de gevolgen van te nemen (of genomen) besluiten te waarderen in termen van goed, minder goed, niet goed.
- 2b Is achteraf tevreden met het genomen besluit.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Neemt beslissingen en voert deze ook uit.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Besluiten nemen voor de patiënt zoals die ze zelf genomen zou kunnen hebben. Zorg in dit geval voor goede rapportage en eventuele juridische maatregelen (IBS, RM, M&M, curatele, onderbewindstelling enzovoort).
- 1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1c De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1d Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1e De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1f De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1g De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1h Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1i Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 1j Mantelzorgverleners/partner/ouders/kinderen/mentor vragen (een) besluit(en) te nemen zoals de patiënt die zelf genomen zou hebben.



6.2.1.2 Verstoorde besluitvorming (ICIDH s 27.7)

2 Training

- 2a De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
 - 2b Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
 - 2c De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
 - 2d Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
 - 2e Met de patiënt een signaleringsplan maken.
 - 2f Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
 - 2g De patiënt ondersteunen in het nemen van besluiten die het meest bij haar/hem passen.
 - 2h De patiënt leren om te gaan met de stress die besluitmomenten met zich meebrengen.
 - 2i De patiënt leren dat het bewust nemen van besluiten een levenshouding is.
 - 2j De patiënt aanleren om steeds besluiten te nemen volgens de volgende logische stappen:
 - 1 Het definiëren van het 'probleem' (waarover moet een besluit genomen worden?).
 - 2 Een lijst maken van mogelijke besluiten en alternatieven.
 - 3 Identificeren van eventuele consequenties van de mogelijke besluiten en alternatieven.
 - 4 Naast elkaar leggen van alle mogelijke besluiten en alternatieven op basis van wenselijkheid (welke is voor mij in deze situatie het meest gewenst?), maar vooral ook van haalbaarheid (kan ik dit?).
 - 5 Nemen van het besluit.
 - 2k De patiënt leren om te gaan met de stress die samenhangt met verstoorde besluitvorming.
 - 2l Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent factoren die de besluitvorming beïnvloeden.
 - 2m Positief waarderen van door de patiënt genomen besluiten.
- #### 3 Beoordeling
- 3a Observeren en rapporteren over vorderingen en/of terugslagen.
 - 3b Proberen de verstoorde besluitvorming in kaart te brengen om er zo patronen in te ontdekken.
 - 3c Indien anderen keuzes maken voor de patiënt, zorgen voor goede rapportage daarvan.
- #### 4 Management van persoonlijke zorg
- 4a Proberen mensen die belangrijk zijn voor de patiënt in te schakelen bij de leermomenten (items uit training).
 - 4b Zorgen voor een zeer veilige omgeving.
 - 4c In de trainingsfase beginnen met heel kleine 'veilige' situaties waarin beslissingen genomen moeten worden, die volledig worden begeleid en doorgesproken. Uitgaan van wenselijkheid en haalbaarheid.
 - 4d Wanneer anderen keuzes maken voor de patiënt, zorgen voor eventuele juridische maatregelen (IBS, RM, M&M, curatele, onderbewindstelling, enzovoort).

6.2.1.3 Verwardheid (ICIDH s 17.8)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld):* Stoornis in de gedachtegang, die zich uit in een gebrek aan helder en logisch (samenhangend) denken.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b hersenbeschadiging
- c andere neurologische aandoeningen
- d organisch psychosyndroom
- e verstandelijke handicap
- f dementie
- g delier
- h depressie
- i hevige angst
- j manie
- k alcohol- of druggebruik
- l onthouding van alcohol of drugs
- m ontwijking van de levensstijl
- n verandering in de omgeving
- o te veel sensorische prikkels
- p te weinig sensorische prikkels
- q gebrek aan zuurstof
- r rouw
- s verdriet

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verkeerd interpreteren
- 2 inadequaat antwoorden op vragen
- 3 gedesoriëteerd zijn (in tijd/plaats/persoon)
- 4 rusteloos zijn
- 5 dwalen
- 6 snel afgeleid zijn
- 7 een situatie of gebeurtenis niet juist kunnen weergeven
- 8 van de hak op de tak springen
- 9 onderbreken van een verhaal
- 10 zich zoekend gedragen
- 11 apraktisch zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Herkent en verwoordt kenmerken van de eigen verwardheid en eventuele veranderingen daarin.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Ervaart een vermindering van agitatie en frustratie als gevolg van de verwardheid.

2b Is ontspannen ondanks de beperkingen als gevolg van de verwardheid.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Demonstreert een toename aan oriëntatie in tijd, plaats en persoon.

3b Maakt gebruik van hulpmiddelen om zich adequaat te kunnen oriënteren in de directe omgeving.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Ondersteunen in de dagelijkse verzorging.

1b De patiënt begeleiden bij gelegenheden buiten de leefomgeving.

1c Een duidelijke structuur aanbieden binnen de leefomgeving met behulp van een dagprogramma dat de patiënt in eigen beheer heeft.

1d Een-op-eenbegeleiding geven tijdens momenten van ernstige verwardheid.

1e Ervoor zorgen dat de patiënt een identificatiebewijs bij zich draagt waarop tevens zijn verblijfplaats vermeld wordt.

1f De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1g De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1h Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1i Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

2a Duidelijke en eenvoudige instructies geven.

2b Beschrijven wat er gaat gebeuren en wat er van de patiënt verwacht wordt in concrete, op elkaar volgende acties.

2c De patiënt helpen zich te oriënteren in tijd door middel van agenda, klok, krant, kalender enzovoort.

2d De patiënt trainen in het gebruik van hulpmiddelen zoals een agenda, kalender, naamkaartjes op de kamers.

2e De patiënt op uniforme wijze trainen in het op uniforme wijze uitvoeren van de dagelijks terugkerende activiteiten (geen onderscheid tussen de verschillende verpleegkundigen).

2f Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

2g Instructie geven aan familieleden over de begeleiding van de patiënt.



6.2.1.3 Verwardheid (ICIDH s 17.8)

3 Beoordeling

3a Observeren en rapporteren van oriëntatie in tijd, plaats en persoon.

3b Observeren en rapporteren van situaties waarin de verwardheid toe- of afneemt.

3c Observeren en rapporteren van ADL-activiteiten (eten, drinken, wassen, aankleden, slapen enzovoort) en beoordelen in hoeverre deze door de verwardheid beïnvloed worden.

4 Management van persoonlijke zorg

4a Voorkomen van te veel veranderingen in de omgeving.

4b De patiënt zo veel mogelijk door dezelfde verpleegkundige laten benaderen.

4c Aanbrengen van herkenningspunten in de omgeving, zoals een naambordje bij de kamer en symbolen op andere deuren (badkamer, toilet, keuken), badges voor personeel en/of een bord met activiteiten.

6.2.2.1 Wanen (ICIDH s 18)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een stoornis in de gedachte-inhoud, die zich uit in een niet op feiten gebaseerde overtuiging die niet toegankelijk is voor argumenten en niet gedeeld wordt door anderen met een gelijk cultuurpatroon.

* beïnvloedende factoren	* <i>Bepalend kenmerk</i>
a hormonale aandoening	1 verwoorden van waanideeën waarbij de vorm duidelijk wordt (onder andere achtervolgings-, armoede-, betrekings-, grootheds-, nihilistische, paranoïde en schuldwanen)
b schizofrenie	* <i>Aanwijzingen</i>
c Korsakoff-syndroom	2 niet vatbaar voor argumenten
d psychose	3 onbeïnvloedbare gedachtegang
e persoonlijkheidsstoornis	4 onsamenhangende gedachten
f bipolaire stemmingsstoornis	5 dwanggedachten
g manie	6 misinterpretaties
h depressie	7 achterdocht
i cognitieve stoornis	8 agressief gedrag
j dementie	9 agitatie
k alcoholgebruik of -onthouding	10 verstoorde realiteitszin
l druggebruik of -onthouding	11 angst
m stoppen met medicatiegebruik	12 verstoord zelfbeeld
n lage zelfwaardering	13 verstoord wereldbeeld
o eenzaamheid	14 onverklaarbaar gedrag
p seksueel misbruik	15 motorische onrust
q verstoord slaappatroon	

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Toont in toenemende mate inzicht in de eigen wanen door het uiten van twijfels omtrent de eigen gedachte-inhoud.

1b Toont aan dat de gedachte-inhoud overeenkomt met de realiteit.

1c Verwoordt factoren die leiden tot wanen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Geeft aan de wanen als een onderdeel van zichzelf te ervaren en kan deze in het dagelijks leven hanteren.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Is in staat te functioneren zonder zichtbaar last te hebben van wanen.

3b Laat zien strategieën ontwikkeld te hebben die nodig zijn om met de voor hem/haar negatieve gevolgen van de wanen te kunnen omgaan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Opbouwen van een therapeutische relatie door toewijzen van patiënten en het voeren van individuele gesprekken.

1b De patiënt op een rustgevende en angstreducerende manier benaderen.

1c De patiënt benaderen met een lage *expressed emotion* (terughoudendheid betreffende kritiek en betrokkenheid).

1d Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.

1e De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.

1f Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.

1g De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.

1h Ondersteuning bieden in zelfzorgactiviteiten daar waar de patiënt door wanen belemmerd wordt.

1i Een duidelijke dagstructuur aanbrenge.

1j De aandacht van de patiënt richten op het hier en nu.

1k Afleiding en ontspanning aanbieden.

1l Corrigeren van gedrag dat voortkomt uit de wanen en dat niet acceptabel is.

1m De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.

1n Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.

1o Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig, maar niet meer of langer dan noodzakelijk.

1p Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag.

1q Niet in discussie treden met de patiënt over de inhoud van de wanen.

6.2.2.1 Wanen (ICIDH s 18)

- 1r Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.
- 1s De patiënt motiveren tot het innemen van de medicatie.
- 1t De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1u De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1v Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1w Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 2 *Training*
- 2a De patiënt ondersteunen in het leren omgaan met geïdentificeerde beïnvloedende factoren.
- 2b Aanleren van probleemoplossende methoden.
- 2c De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2d Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2e De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2f Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2g Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2h Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2i Het sociale systeem van de patiënt ondersteunen door uitleg te geven over de betekenis van de wanen en de gehanteerde benaderingswijzen.
- 2j Voorlichting geven omtrent het gebruik van medicatie (inname, werking, eventuele bijwerkingen).
- 2k Met de patiënt bespreken welke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden om hem in staat te stellen autonoom regie te voeren over het eigen gedrag.
- 3 *Beoordeling*
- 3a Observeren en rapporteren van het optreden van wanen en de gevolgen daarvan, zoals angst, stress en contacten met anderen.
- 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de wanen toe- of afnemen.
- 3c Het denkpatroon van de patiënt bespreekbaar maken. In individuele gesprekken toetsen in hoeverre de patiënt in de realiteit staat.
- 3d Observeren en rapporteren van de inname en het effect van medicatie.
- 4 *Management van persoonlijke zorg*
- 4a Zorgen dat de patiënt fysiek en emotioneel de ruimte krijgt om zich te uiten.
- 4b Situaties die voor een toename van wanen zorgen proberen te voorzien en te voorkomen.
- 4c Creëren van een veilig, beschermend en gestructureerd leefmilieu.
- 4d Ervoor zorgen dat de omgeving beperkingen van de patiënt accepteert indien de wanen aanwezig blijven.

6.2.3.1 Verstoring in het kortetermijngeheugen (ICIDH s 15.2)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Onvermogen om recente gebeurtenissen of nieuwe informatie in te prenten en te reproduceren.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b CVA
- c hersentumor
- d chorea van Huntington
- e hersenvliesontsteking
- f Korsakoff-syndroom
- g dementie
- h shock
- i verslaving aan alcohol of drugs
- j hypnotische staat
- k sedatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 inprentingsstoornissen
- 2 geen herkenning van personen
- 3 geen herkenning van ontvangen informatie
- 4 ontkenning
- 5 desoriëntatie in tijd, plaats, en/of persoon
- 6 onrust
- 7 confabulaties
- 8 boosheid
- 9 verwardheid
- 10 incoherentie
- 11 angst
- 12 zonder aanwijzingen begonnen activiteiten niet kunnen afmaken

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Is in staat dagelijks terugkerende zaken te onthouden en als zodanig te verwoorden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Geeft aan zich ondanks beperkingen in het geheugen prettig en comfortabel te voelen.

2b Geeft blijk van een verbetering van het kortetermijngeheugen.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Kan met behulp van hulpmiddelen regelmatig terugkerende handelingen reproduceren.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Ondersteuning bieden bij onjuiste handelingen, deze niet bekritisieren.

1b Het gebruik van hulpmiddelen en trainingsvaardigheden bij de patiënt ondersteunen en stimuleren.

1c Positief bekrachtigen van juiste handelingen.

1d De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1e De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1f Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1g Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

2a Richtlijnen geven aan de patiënt en diens familieleden omtrent vaardigheden die de verstoring in het kortetermijngeheugen compenseren zoals gebruik van een kalender, agenda, notities, hanteren van een medicatiedoos.

2b Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

2c In overleg met patiënt en psycholoog een trainingsprogramma opstellen.

3 *Beoordeling*

3a Beoordelen van de gevolgen van deze verstoring voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen en de contacten met familie en omgeving, en hierop de interventies afstemmen.

3b Beoordelen van de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt en hierop de interventies afstemmen.

3c Inzicht verwerven in de gemoedstoestand van de patiënt door middel van observatie en toetsende gesprekken.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Creëren van een rustige, veilige, stabiele en vertrouwde omgeving.

4b Opstellen van een gestructureerd, duidelijk en eenvoudig dagprogramma, in overleg met de patiënt.

6.3.1 Beperking in het spreken (ICIDH b 21)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* De beperking om hoorbare gesproken boodschappen te produceren of de betekenis daarvan door middel van spraak over te brengen.

Dit is inclusief beperkingen in symbolisch woordgebruik, verscheidenheid aan woorden en het vinden van de juiste woorden. De definitie is exclusief beperkingen in het begrijpen van het gesproken woord en andere beperkingen in het spreken zoals het begrijpen van andere hoorbare boodschappen en beperkingen in de uitingmogelijkheid door middel van vervangende taalcodes.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b psychose
- c stoornis bij het voortbrengen van stemgeluid
- d stoornis in de stemfunctie
- e gehoorstoornis
- f hallucinaties
- g andere stoornis in de waarneming
- h wanen
- i ernstige stress
- j paniek
- k ernstige boosheid
- l depressie
- m verstoorde zelfbeleving
- n gebrekkige communicatievaardigheden
- o psychotrauma
- p taalbarrière
- q ontwikkelings- en leeftijdsgebonden factoren

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 niet kunnen praten
- 2 niet willen praten
- 3 stamelen
- 4 brabbelen
- 5 onduidelijk articuleren
- 6 non-verbaal spraakproblemen aangeven (de patiënt geeft op non-verbale manier aan dat hij niet kan praten)
- 7 moeite hebben met het vormen van woorden en zinnen
- 8 vermijden van sociale contacten
- 9 een gesprek niet gaande kunnen houden

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Selecteert en organiseert de woorden zodat de boodschap voor de ontvanger duidelijk is.

2 *affektieve/sociale verpleegdoelen*

2a Toont acceptatie van de beperkingen in het spreken.

3 *psychomotorische verpleegdoelen*

3a Spreekt duidelijk en coherent.

3b Maakt op non-verbale wijze boodschappen aan de ander duidelijk.

3c Maakt gebruik van alternatieve communicatiemiddelen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Voldoende geduldig zijn en tijd nemen om naar de patiënt te luisteren.

1b Zeer geduldig zijn en voldoende tijd nemen om erachter te komen wat de patiënt wel en niet wil, en dit vervolgens verifiëren.

1c Voor zover mogelijk onuitgesproken behoeften van de patiënt inschatten en hiervoor zorg dragen.

1d Samen met de patiënt en de logopedist een spraakprogramma opstellen.

1e Met de patiënt en eventuele andere hulpverleners het volgende programma uitvoeren: (omschrijving van het spraakprogramma)...

1f De patiënt begeleiden in situaties die om een duidelijke, gesproken communicatie vragen (zoals huisartsbezoek, ziekenhuisbezoek, communicatie met andere hulpverleners) en - met instemming van de patiënt -intermediair of tolk zijn.

1g Het woord doen namens de patiënt; maar slechts met continue instemming van en in het bijzijn van de patiënt.

1h De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1i De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1j Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1k Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



6.3.1 Beperking in het spreken (ICIDH b 21)

2 *Training*

2a Ondersteuning bieden in het herkennen van spanning, stress of andere factoren die het spreken beïnvloeden.

2b De patiënt leren om te gaan met spraakhulpmiddelen.

2c De patiënt leren om een spraakvervangende manier van communiceren te gebruiken (zoals gebarentaal, het schrijven van boodschappen, spreken door middel van een computer).

2d Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

2e De sociale omgeving van de patiënt leren om met de beperking in het spreken en alle consequenties daarvan om te gaan.

3 *Beoordeling*

3a Observeren van en rapporteren over vorderingen en terugslagen met betrekking tot het spreken.

3b Proberen de beperking in het spreken in kaart te brengen om er zo patronen in te ontdekken.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Zorgen voor een omgeving die de patiënt uitdaagt om te oefenen met het spreken of met het gebruik van alternatieve vormen van communicatie.

7.1.1 Depressieve stemming (ICIDH s 26.1)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoring in het gevoelsleven beheerst door somberheid en gebrek aan levensvreugde.

* *Beïnvloedende factoren*

- a lichamelijke aandoening
- b neurologische aandoening
- c Korsakoff-syndroom
- d psychose
- e persoonlijkheidsstoornis
- f bipolaire stemmingsstoornis
- g dementie
- h alcoholgebruik
- i druggebruik
- j sociaal isolement
- k ouderdom in combinatie met andere factoren
- l hormonale stoornis
- m posttraumatische situatie
- n emotionele stress
- o identiteitsproblematiek
- p scheiding (van levenspartner en/of kinderen)
- q verandering in de ouderschapsrol
- r disfunctioneel familiesysteem
- s overlijden van naasten
- t verandering van woon- en/of verblijfssituatie
- u verandering in sociale rol

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verdriet
- 2 lusteloosheid
- 3 bedroefd uiterlijk
- 4 vlak stemgeluid
- 5 gevoelens van hopeloosheid
- 6 gevoelens van hulpeloosheid
- 7 vermijding van contacten
- 8 vermijding van oogcontact
- 9 huilbuien
- 10 suïcidale gedachten
- 11 geen vertrouwen in de toekomst
- 12 concentratieproblemen
- 13 inactiviteit
- 14 zelfverwaarlozing
- 15 verstoord zelfbeeld
- 16 verminderde eetlust
- 17 obstipatieklachten
- 18 slaapproblemen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Geeft aan kenmerken van de depressieve stemming bij zichzelf te herkennen.
- 1b Toont inzicht in factoren die geleid hebben tot de depressieve stemming door deze te verwoorden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Ervaart en verwoordt een toename van het eigen welbevinden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Toont een toename in activiteiten en contacten met de omgeving.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie door het toewijzen van patiënten en door het voeren van ondersteunende, individuele gesprekken.
- 1b Gebruikmaken van een niet-oordelende, maar stimulerende aanpak (via reflectie, *validation*, enzovoort).
- 1c Initiëren van veelvuldige, korte contacten met de patiënt.
- 1d De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1e De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1f Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1g Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 1h Samen met de patiënt een duidelijk gestructureerd dagprogramma opstellen met de mogelijkheid tot voldoende afleiding en ontspanning.
- 1i Stimuleren tot het zelfstandig uitvoeren van (zelfzorg)activiteiten.
- 1j Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1k De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1l Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1m De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1n Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.



7.1.1 Depressieve stemming (ICIDH s 26.1)

2 Training

- 2a De patiënt stimuleren om zijn ervaringen, gedachten en gevoelens met anderen te delen.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2g Inzichtgevende gesprekken voeren op vooraf vastgestelde tijdstippen, over beïnvloedende factoren en kenmerken van de depressieve stemming.
- 2h De patiënt helpen met het vergroten van zijn zelfwaardering.
- 2i De patiënt leren om negatieve gedachten en negatieve zelfwaardering om te zetten in positieve gedachten en zelfwaardering, door onder andere activiteiten en capaciteiten positief te labelen.
- 2j Voorlichting geven omtrent het gebruik van antidepressiva en andere geneesmiddelen (over inname, werking, bijwerkingen).
- 2k Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2l De patiënt leren in te schatten met welke persoon of personen contact wel of niet goed is voor zijn/haar welzijn.
- 2m De patiënt ondersteunen in het krijgen van inzicht in zijn eigen rolgedrag en in adapteren van nieuw rolgedrag.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de depressieve stemming toe- of afneemt.
- 3b Observeren en rapporteren van activiteiten die kunnen wijzen op mogelijke suïcidaliteit.
- 3c Observeren en rapporteren van de inname en het effect van medicatie.
- 3d Observeren en rapporteren van de mate waarin de patiënt contact heeft met anderen.
- 3e Observeren en rapporteren van het rolgedrag van de patiënt.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Creëren van een veilig en beschermend leefmilieu.
- 4b Situaties die tot toename van de depressieve stemming leiden, proberen te voorzien en te voorkomen.
- 4c Een prikkelende omgeving creëren.

7.1.2 Manische stemming (ICIDH s 26.3)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een stoornis in het gevoelsleven door een onbedwingbare lust zich te uiten.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b psychose
- c bipolaire stemmingsstoornis
- d persoonlijkheidsstoornis
- e alcoholgebruik
- f druggebruik
- g hormonale stoornis
- h slaapdeprivatie
- i emotionele stress

* *Bepalend kenmerk*

- 1 ontremd zijn
- * *Aanwijzingen*
- 2 overdreven reageren
- 3 overmatig transpireren
- 4 oggewonden zijn
- 5 gejaagd zijn
- 6 spreekdrang hebben
- 7 hard praten, schreeuwen
- 8 snel afgeleid zijn
- 9 verstoorde realiteitszin hebben
- 10 verstoord zelfbeeld hebben
- 11 hyperactief zijn
- 12 emotioneel labiel zijn
- 13 overwaardige ideeën hebben (het idee hebben dat je alles kunt; God zijn)
- 14 versneld denken
- 15 chaotisch denken/handelen
- 16 geagiteerd zijn
- 17 grensoverschrijdend gedrag vertonen
- 18 een verminderde slaapbehoefte hebben
- 19 uitgeput zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent kenmerken van de manische stemming bij zichzelf en kan deze verwoorden.
- 1b Geeft aan inzicht te hebben in factoren die geleid hebben tot de manische stemming.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont aan meer controle te hebben over eigen uitingsvormen.
- 2b De uiting van het gevoelsleven komt overeen met de realiteit waarin hij/zij zich bevindt.

3 *psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Functioneert zodanig dat de manische stemming geen belemmering vormt voor zichzelf en omgeving.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Met de patiënt een zeer duidelijk en gestructureerd dagprogramma opstellen inclusief rusttijden.
- 1b Heldere, eenduidige en concrete afspraken maken; duidelijk de grenzen aangeven ten aanzien van (niet-)toelaatbaar gedrag.
- 1c Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1d De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1e Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1f De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1g De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1h De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1i Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1j Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 1k De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1l Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.
- 1m Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig maar niet meer of langer dan noodzakelijk.
- 1n Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en Beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag.
- 1o De patiënt de gelegenheid geven zich te uiten en te ontladen.
- 1p Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie en indien nodig de patiënt motiveren tot inname ervan.



7.1.2 Manische stemming (ICIDH s 26.3)

2 Training

- 2a De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2b Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2c De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2d Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2e Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2f Met de patiënt bespreken welke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden om hem in staat te stellen autonoom regie te voeren over het eigen gedrag.
- 2g Inzicht geven in kenmerken die als voorbodes van de manische stemming gelden.
- 2h De patiënt ondersteunen in het ontwikkelen van alternatieve gedragspatronen bij het gewaarworden van de voorbodes.
- 2i De patiënt helpen gedragspatronen te ontwikkelen om controle te krijgen over zichzelf.
- 2j Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2k De patiënt voorlichting geven omtrent het gebruik van medicatie (inname en effect).

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de manische stemming toe- of afneemt.
- 3b Observeren en rapporteren van (mogelijke) voorbodes van de manische stemming.
- 3c Observeren en rapporteren van inname en effect van medicatie.
- 3d Observeren en rapporteren van contacten en relaties met anderen.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Zorgen voor een veilige leefomgeving (materieel).
- 4b Situaties die tot toename van de manische stemming leiden, proberen te voorzien en te voorkomen.
- 4c Hanteren van strikte toewijzing van patiënten: begeleiding door één verpleegkundige per dienst.
- 4d Aanbieden van een rustige prikkelarme omgeving (bijvoorbeeld een eenpersoonskamer).
- 4e Voorzover mogelijk voorkomen dat de patiënt onverantwoorde activiteiten onderneemt.

7.2.1 Emotionele labiliteit (ICIDH s 26.6)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Stoornis die leidt tot de neiging tot het omslaan van stemmingen en vatbaarheid voor periodes met afwisselend depressie en opwinding.

* *Beïnvloedende factoren*

- a ziekte van Parkinson
- b chorea van Huntington
- c andere neurologische aandoeningen
- d andere lichamelijke aandoeningen
- e schizoaffectieve aandoening
- f dementie
- g verstoorde hormoonhuishouding
- h stofwisselingsstoornis
- i bipolaire stemmingsstoornis
- j borderline-persoonlijkheidsstoornis
- k neurotische persoonlijkheidsstoornis
- l stress
- m verdriet
- n afhankelijkheid van alcohol
- o afhankelijkheid van drugs
- p pijn
- q traumatische ervaring

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 abrupte en onvoorspelbare stemmingswisselingen
- 2 eufore stemming afgewisseld door somberheid
- 3 lachen afgewisseld door huilen
- 4 angst of agitatie afgewisseld door kalme en gelatenheid
- 5 vijandigheid, kwaadheid en sarcasme afgewisseld door volgzzaamheid
- 6 plotseling in huilen uitbarsten
- 7 plotselinge onverklaarbare agitatie
- 8 bezorgdheid over eigen labiliteit
- 9 geen besef van eigen labiliteit

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en benoemt de eigen emotionele labiliteit.
- 1b Identificeert factoren die leiden tot toe- en/of afname van de emotionele labiliteit.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Accepteert grenzen die aangegeven worden door de sociale omgeving als reactie op de kenmerken van de emotionele labiliteit.
- 2b Ervaart (en demonstreert) bij de situatie passende emoties.
- 2c Toont zich ontspannen in situaties die voorheen leidden tot toename van emotionele labiliteit.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Toont alternatieve vaardigheden om met emoties om te gaan.
- 3b Heeft de emotionele labiliteit zichtbaar onder controle.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Samen met de patiënt en de psycholoog of een andere therapeut een programma opstellen om zicht te krijgen op de gevoelens en reacties van de patiënt.
- 1b Samen met de patiënt en de betrokken therapeut (...) het programma (...) uitvoeren.
- 1c Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1d De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1e Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1f De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1g De patiënt stimuleren om adequate *coping*-vaardigheden te gebruiken.
- 1h Contact blijven houden (visueel en fysiek) met de patiënt.
- 1i De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1j De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1k Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1l Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



7.2.1 Emotionele labiliteit (ICIDH s 26.6)

2 Training

- 2a Inzichtgevende gesprekken voeren met de patiënt omtrent factoren die de emotionele labiliteit beïnvloeden.
- 2b Proberen bij de patiënt stemmingsomslagen bespreekbaar te maken.
- 2c De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2d Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2e De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2f Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2g Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2h De patiënt leren om voor zichzelf doelen te stellen die realistisch (dat wil zeggen wenselijk en haalbaar) zijn.
- 2i De patiënt leren om op een succesvolle manier alternatief expressief gedrag te gebruiken.
- 2j De patiënt leren zich van zijn eigen gevoelens en reacties bewust te worden.
- 2k Met de patiënt vorderingen en/of terugslagen bespreken.
- 2l Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 Beoordeling

- 3a Observeren van en rapporteren over vorderingen en/of terugslagen.
- 3b Proberen de emotionele labiliteit in kaart te brengen om er zo patronen in te ontdekken.
- 3c Nauwlettend de werking van medicatie in de gaten houden (met name indien middelen als lithium en Leponex® worden gebruikt).

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Zorgen voor een rustgevende en veilige omgeving.
- 4b Proberen mensen, die voor de patiënt belangrijk zijn, in te schakelen bij de leermomenten (items uit training).
- 4c In de trainingsfase beginnen met heel kleine 'veilige' situaties, en die volledig begeleiden en doorspreken.

7.2.2 Machteloosheid (ICIDH s 26.86)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld):* Stoornis in het gevoelsleven die zich uit in het idee dat eigen acties niet of nauwelijks van invloed zijn op de uitkomst van gebeurtenissen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a chronische lichamelijke aandoening
- b depressie
- c lage zelfwaardering
- d herhaaldelijk gevoel van persoonlijk falen
- e angst
- f gebrek aan deelname in besluitvorming
- g gebrek aan kennis en/of vaardigheden
- h lichamelijke handicap
- i sociaal isolement
- j eenzaamheid
- k hospitalisatie
- l stigma vanwege psychiatrisch verleden
- m verlies van een significante ander
- n misbruik van autoriteit door derden
- o misbruik van straf en beloning door derden

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 het idee uitspreken geen invloed te kunnen uitoefenen op een situatie
- 2 geen betrokkenheid tonen in beslissingen ondanks gelegenheid daartoe
- 3 verwoorden van frustraties en ontevredenheid over het onvermogen om taken te vervullen
- 4 uiten van wanhoop
- 5 geen progressie zien in het verloop van eigen problematiek
- 6 zich afhankelijk opstellen ten opzichte van anderen, resulterend in schuldgevoelens
- 7 niet voor eigen belangen opkomen
- 8 apathisch zijn
- 9 passief zijn
- 10 agressief gedrag naar zichzelf of anderen uiten
- 11 rusteloos zijn
- 12 fatalistische uitspraken doen
- 13 neerslachtig zijn
- 14 negativistische uitspraken doen
- 15 boos zijn
- 16 geïrriteerd zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Herkent factoren en/of situaties die leiden tot de machteloosheid en is in staat die te verwoorden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Ervaart en verwoordt een toename van controle op situaties en uitkomsten.

2b Ervaart en verwoordt positieve gevoelens over de toename van macht en controle.

2c Accepteert situaties waarover geen controle uitgeoefend kan worden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Formuleert doelen en onderneemt activiteiten om deze te bereiken.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a De patiënt zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid bieden in de dagelijkse activiteiten.

1b De patiënt overtuigen van de meerwaarde van zijn inbreng bij het opstellen van een programma of bij andere activiteiten.

1c Belonen van zelfstandig genomen beslissingen met positieve feedback.

1d Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.

1e De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.

1f Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.

1g De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.

1h De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1i De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1j Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1k Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



7.2.2 Machteloosheid (ICIDH s 26.86)

2 Training

- 2a Samen met de patiënt analyseren waarin de machteloosheid zich uit en door welke factoren deze mogelijk beïnvloed wordt.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2g De patiënt helpen bij het opstellen van realistische doelen.
- 2h De patiënt ondersteunen in het onderkennen van zijn eigen behoeften, waarden, normen en voorkeuren en hem aanmoedigen deze in de praktijk te brengen.
- 2i De patiënt helpen na te gaan op welke situaties hij wél grip heeft en de gevoelens bespreken die daarbij naar boven komen.
- 2j Samen met de patiënt gedrag identificeren dat wél leidt tot het gewenste resultaat.
- 2k Zoeken naar mogelijkheden voor de patiënt om iets te bereiken of te leren en hem/haar hierin stimuleren.
- 2l Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2m De patiënt informeren over zaken die van belang zijn voor hem/haar.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van situaties waarin de machteloosheid toe- of afneemt.
- 3b Observeren en rapporteren van het functioneren van de patiënt binnen de patiëntengroep.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Zorgen voor een steunende en motiverende omgeving.

7.3.1 Lage zelfwaardering (ICIDH s 23.38)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Stoornis in de zelfbeleving door negatieve gevoelens omtrent eigenwaarde, zelfvertrouwen en het inschatten van eigen mogelijkheden.

* *Beïnvloedende factoren*

- a lichamelijke aandoening
- b borderline-persoonlijkheidsstoornis
- c nihilistische waan
- d depressie
- e identiteitsproblematiek
- f disfunctioneel familiesysteem
- g herhaalde negatieve ervaringen, zoals...
- h fysieke mishandeling
- i emotionele mishandeling
- j seksuele mishandeling
- k afwezigheid van personen om op terug te vallen na een traumatische ervaring

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 voortdurend kritiek hebben op zichzelf
- 2 zich hulpeloos voelen
- 3 het gevoel hebben tekort te schieten
- 4 onredelijke en wisselende eisen aan zichzelf stellen
- 5 zelfdestructief gedrag vertonen
- 6 zich ambivalent opstellen
- 7 niet kunnen omgaan met positieve feedback
- 8 schuldgevoelens hebben
- 9 schaamtegevoelens hebben
- 10 negatieve verwachtingen van zelf te ondernemen activiteiten hebben
- 11 besluiteloos zijn
- 12 bagatelliseren van eigen prestaties
- 13 introvert zijn
- 14 vermijden van oogcontact
- 15 gepreoccupeerd zijn met eigen falen
- 16 weerstand tonen tegen nieuwe situaties
- 17 om bevestiging vragen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent factoren die geleid hebben tot een lage zelfwaardering en kan deze als zodanig verwoorden.
- 1b Verwoordt de eigen behoeften op een assertieve wijze.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont een positieve ontwikkeling in het zelfbeeld.
- 2b Toont een reëel beeld van de eigen mogelijkheden en onmogelijkheden.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Komt op voor zichzelf binnen een sociale context.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Een therapeutische relatie opbouwen door middel van aanpassing aan het niveau waarop de patiënt zich comfortabel voelt.
- 1b Opstellen van kortetermijn- en uitdagende doelen.
- 1c Positieve feedback geven en de patiënt het gevoel geven nodig en gewaardeerd te zijn.
- 1d De patiënt de mogelijkheid geven om gevoelens van lage zelfwaardering te bespreken.

2 *Training*

- 2a Inzichtgevende gesprekken voeren ten aanzien van factoren die de lage zelfwaardering beïnvloed hebben en de gevoelens die hiermee samengaan.
- 2b Ondersteuning bieden in het herkennen van eigen sterke kanten of positieve aspecten, en zwakke kanten of tekortkomingen.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van situaties waarin de lage zelfwaardering meer op de voorgrond treedt.
- 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de lage zelfwaardering toe- of afneemt.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Creëren van een rustige en ondersteunende omgeving waarin de patiënt zich op zijn gemak voelt.

7.3.2 Verstoring in de eigen identiteit (ICIDH b 10.8)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gestoord vermogen om onderscheid te maken tussen zichzelf en de ander of de omgeving, en daarnaar te handelen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b psychose
- c borderline-persoonlijkheidsstoornis
- d depressie
- e hallucinaties
- f identiteitsstoornis
- g angst
- h wanen
- i sociaal isolement
- j emotioneel, lichamelijk of seksueel misbruik
- k ontwrichting van de levensstijl
- l verandering in de omgeving
- m gebrek aan een ondersteunende omgeving
- n onverwerkt rouwproces

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- *milde vorm:*
- 1 verwardheid over eigen normen en waarden
- 2 moeite met het afbakenen van eigen gevoelens en gedachten
- 3 machteloosheid
- 4 verwardheid over langetermijndoelen
- 5 geen beslissingen kunnen nemen
- 6 instabiele relaties
- *ernstige vorm:*
- 7 het idee andere personen of objecten binnen de eigen ik-grenzen te hebben
- 8 geen erkenning van eigen grenzen (lichamelijk en/of psychisch)
- 9 dramatische en tegenstrijdige veranderingen van emoties
- 10 *splitting* (uitspelen van passie)
- 11 projectie als afweermechanisme

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en benoemt kenmerken van de verstoring (in de eigen identiteit).
- 1b Herkent en benoemt het onderscheid tussen zichzelf en de omgeving.
- 1c Neemt beslissingen waaruit afleidbaar is dat er een toename is van herkenning van het eigen ik.
- 1d Beleeft en beschrijft de eigen normen en waarden ook echt als de zijne/hare.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Demonstreert een positieve identificatie en acceptatie van zichzelf.
- 2b Reageert op persoonlijke veranderingen of veranderingen in de omgeving zonder verlies van de eigen identiteit.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Onderneemt activiteiten gebaseerd op eigen normen en waarden.
- 3b Functioneert ondanks de verstoring optimaal in een aangepaste omgeving.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen, door de patiënt in zijn/haar waarde te laten en eventuele meerdere persoonlijkheden in de patiënt te erkennen.
- 1b De patiënt helpen om gevoelens uit te drukken.
- 1c Met de patiënt over zijn gevoelens praten.
- 1d De patiënt ondersteunen en begeleiden in stresssituaties of bij het voorkomen van situaties die de verstoring beïnvloeden.
- 1e Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1f De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1g Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1h De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1i De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1j Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.
- 1k Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig, maar niet meer of langer dan noodzakelijk.
- 1l Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag.
- 1m De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1n De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1o Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1p Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

7.3.2 Verstoring in de eigen identiteit (ICIDH b 10.8)

2 Training

- 2a Ondersteunen van het krijgen van inzicht in het eigen gedrag en de eigen gevoelens (zelfkennis).
 - 2c De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
 - 2d Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
 - 2e De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
 - 2f Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
 - 2g Met de patiënt een signaleringsplan maken.
 - 2h Met de patiënt bespreken welke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden om hem in staat te stellen autonoom regie te voeren over het eigen gedrag.
 - 2i Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
 - 2j De patiënt ondersteunen in het herformuleren van de eigen identiteit onder de condities van zijn ziekte (in relatie tot het behandelplan).
 - 2k Met de patiënt vorderingen en/of terugslagen bespreken.
 - 2l De patiënt leren om vaardigheden te ontwikkelen die te maken hebben met het nemen van besluiten.
 - 2m De patiënt leren sociale en interactionele vaardigheden te ontwikkelen.
 - 2n De patiënt leren om voor zichzelf normen, waarden en persoonlijke doelen helder te krijgen en te formuleren.
- #### 3 Beoordeling
- 3a Observeren en rapporteren van de mate van zelfbewustzijn van de patiënt en zijn persoonlijke stijl bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten.
 - 3b Observeren van en rapporteren over vorderingen en terugslagen.
- #### 4 Management van persoonlijke zorg
- 4a Zorgen voor een rustgevende en veilige omgeving.
 - 4b Proberen mensen, die voor de patiënt belangrijk zijn, in te schakelen bij de leermomenten (items uit training).
 - 4c In de trainingsfase beginnen met heel kleine 'veilige' situaties waarin beslissingen genomen moeten worden, en die volledig begeleiden en doorspreken, daarbij uitgaand van wenselijkheid en haalbaarheid.

7.3.3 Verstoring in het eigen lichaamsbeeld (ICIDH b 10.1)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Verstoorde gevoelens over of beleving van eigenschappen, functies of beperkingen van het eigen lichaam of lichaamsdelen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b psychose
- c neurologische aandoening
- d wanen
- e hallucinaties
- f lage zelfwaardering
- g misvorming
- h groei- en ontwikkelingsstoornissen
- i emotionele verwaarlozing in de jeugd
- j afwijzing door de omgeving
- k gebrek aan aanpassingsvermogen aan veranderingen van het eigen lichaam
- l verlies van een lichaamsdeel
- m afhankelijkheid van apparatuur
- n andere handicaps

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 weigeren zichzelf te bekijken of aan te raken
- 2 verbergen of juist extra benadrukken van bepaalde lichaamsdelen
- 3 ontkennen van lichamelijke beperkingen
- 4 een beperking in de lichaamsverzorging hebben
- 5 veranderingen van het lichaam niet kunnen accepteren
- 6 negatieve gevoelens over het eigen lichaam hebben
- 7 gepreoccupeerd zijn met het verlies van lichaamsfuncties
- 8 verwoorden van (niet-objectieve) veranderingen of afwijkingen van het eigen lichaam
- 9 verwoorden van gevoelens van hopeloosheid
- 10 vermijden van sociale contacten
- 11 gedepersonaliseerd zijn
- 12 bang zijn door anderen afgewezen te worden
- 13 weigeren eventuele veranderingen in het eigen lichaam te verifiëren
- 14 een ontbrekend lichaamsdeel, depersonificatie (denken dat iets niet van jou is of in een andere vorm eruitziet als...)

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en benoemt verstoorde gevoelens of belevingen omtrent het eigen lichaamsbeeld.
- 1b Benoemt factoren die leiden tot verstoring in het eigen lichaamsbeeld.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Ervaart een toename van acceptatie van het eigen lichaam waardoor de kenmerken van een verstoring in het eigen lichaamsbeeld afnemen.
- 2b Participeert in sociale activiteiten zonder bepaalde lichaamsdelen te verbergen of te benadrukken.
- 2c Toont gevoelens die passen bij een situatie van verandering of verlies.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Onderneemt (ADL-)activiteiten waaruit een toename van acceptatie van het eigen lichaam afleidbaar is.
- 3b Functioneert ondanks de verstoring optimaal in een aangepaste omgeving.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Opbouwen van een therapeutische relatie die gebaseerd is op vertrouwen.
- 1b Met de patiënt een zelfzorgprogramma opstellen.
- 1c De patiënt begeleiden/helpen met de uitvoering van het zelfzorgprogramma: (...).
- 1d Begeleiden van het rouwproces ten aanzien van veranderingen in/aan het eigen lichaam, gerelateerd aan de verstoring in het eigen lichaamsbeeld.
- 1e Geen speciale aandacht schenken aan een blijvende preoccupatie van de patiënt met de verstoring van het eigen lichaamsbeeld.
- 1f De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1g De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1h Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1i Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



7.3.3 Verstoring in het eigen lichaamsbeeld (ICIDH b 10.1)

2 *Training*

- 2a De patiënt helpen eigenschappen, functies, mogelijkheden en beperkingen van het eigen lichaam of lichaamsdelen te verwoorden en bespreekbaar te maken.
- 2b Bespreekbaar maken van factoren die de verstoring in het eigen lichaamsbeeld beïnvloeden.
- 2c De patiënt aanmoedigen om gevoelens te bespreken die te maken hebben met pijnlijke situaties in het verleden, of met een rouwproces.
- 2d Met de patiënt vorderingen en/of terugslagen bespreken.
- 2e Met patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren over de mate van de verstoring in het lichaamsbeeld.
- 3b Observeren van en rapporteren over vorderingen en terugslagen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Proberen om mensen die voor de patiënt belangrijk zijn in te schakelen bij de leermomenten (items uit training).
- 4b Zorgen voor een zeer veilige omgeving.
- 4c In de trainingsfase beginnen met heel kleine 'veilige' situaties waarin beslissingen genomen moeten worden, en die volledig begeleiden en doorspreken, daarbij uitgaand van wenselijkheid en haalbaarheid.

8.1 Sociaal isolement (ICIDH s 29.1)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gedragsstoornis die zich uit in actieve vermijding van verbale en non-verbale interacties met andere mensen.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b lichamelijke aandoening
- c dementie
- d alcohol- en drugsmisbruik
- e angst
- f depressie
- g achterdocht
- h spraakstoornissen
- i gehoorstoornissen
- j visusstoornissen
- k tekortkoming in communicatieve vaardigheden
- l verstoord zelfbeeld
- m verminderde mobiliteit
- n socio-culturele afzondering
- o afwezigheid van ondersteunende personen
- p disfunctionele gezinssituatie in de jeugd

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 apathisch/leeg overkomen
- 2 mijden van de gebruikelijke contacten buitenshuis
- 3 mijden van de fysieke aanwezigheid van anderen
- 4 zich alleen voelen
- 5 zich afzonderen
- 6 vijandigheid naar anderen uitstralen
- 7 een lage zelfwaardering hebben
- 8 weinig of geen vertrouwen hebben in de ander
- 9 inadequaat aangaan van sociale contacten als overcompensatie

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Herkent factoren die geleid hebben tot het sociale isolement en kan deze benoemen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Toont een voor zichzelf bevredigende ontwikkeling in het aangaan en instandhouden van interpersoonlijke contacten.

2b Accepteert beperkingen die niet te veranderen zijn in de sociale situatie en toont dit door middel van een berustende houding.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Gaat sociale contacten aan.

3b Onderhoudt bestaande sociale contacten op een adequate wijze.

C Verpleegkundige interventie

1 *Directe zorg*

1a Opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door het bieden van duidelijkheid en het schenken van individuele aandacht, aangepast aan de behoefte van de patiënt.

1b Bespreken van gevoelens, belevingen en gedachten die gerelateerd zijn aan onprettige sociale interacties.

1c De patiënt betrekken bij groepsactiviteiten.

1d Bevorderen van activiteiten buiten het ziekenhuis.

1e De patiënt stimuleren tot het aangaan en onderhouden van sociale contacten, en hem begeleiden daar waar nodig.

1f Initiatieven in het aangaan van sociale contacten positief bekrachtigen.

1g De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1h De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1i Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1j Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

2a Inzichtgevende gesprekken voeren over potentiële reacties van anderen op de patiënt.

2b Verduidelijken van sociale interacties door middel van inzichtgevende gesprekken of rollenspelen.

2c Instrueren van vaardigheden die het aangaan van sociale interacties vergemakkelijken.

2d Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.



8.1 Sociaal isolement (ICIDH s 29.1)

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van het aangaan en onderhouden van interpersoonlijke contacten binnen en buiten het ziekenhuis.
- 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat het sociale isolement toe- of afneemt.
- 3c Observeren en rapporteren van problematische aspecten in sociale interacties.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Creëren van een omgeving waarin de patiënt zich veilig voelt en tegelijkertijd geprikkeld wordt om zich te ontplooiën.

8.1.1 Eenzaamheid (ICIDH s 26.88)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Stoornis in het gevoelsleven waardoor een individu zich leeg, verlaten en alleen voelt.

* *Beïnvloedende factoren*

- a neurologische aandoening
- b lichamelijke aandoening
- c schizofrenie
- d persoonlijkheidsstoornis
- e bipolaire stemmingsstoornis
- f depressie
- g dementie
- h alcoholgebruik
- i druggebruik
- j introversie
- k identiteitsproblematiek
- l ouderdom (in combinatie met andere factoren)
- m communicatiebeperkingen
- n sociaal isolement
- o handicap in de mobiliteit
- p ontbreken van sociale vaardigheden
- q overlijden van een naaste
- r verandering in woon-en/of verblijfssituatie
- s verandering in de sociale rol

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verwoording van gevoelens van leegheid en verlatenheid
- 2 vervreemding
- 3 somberheid
- 4 wanhoop
- 5 verwoording van het gevoel alleen te zijn
- 6 gevoelens van afzondering
- 7 lage zelfwaardering
- 8 apathie
- 9 weinig of geen sociale contacten
- 10 weinig of geen vertrouwen in anderen
- 11 solistische activiteiten
- 12 verdriet

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Geeft aan inzicht te hebben in factoren die hebben geleid tot eenzaamheid.
 - 1b Toont aan op een voor hem/haar passende wijze oplossingen te zoeken voor de eenzaamheidsproblematiek.
- 2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*
- 2a Toont acceptatie van de voor hem/haar niet meer te veranderen eenzaamheid.
 - 2b Toont een toenemende tevredenheid over de eigen mogelijkheden wat betreft interpersoonlijke relaties.
 - 2c Ervaart en verwoordt vermindering van gevoelens van eenzaamheid, of vermindering van de kenmerken daarvan.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Het functioneren wordt niet belemmerd door gevoelens van eenzaamheid, of door de kenmerken en gevolgen daarvan.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Stimuleren van deelname aan groepsactiviteiten.
- 1b Het zelfstandig ondernemen van activiteiten ondersteunen en stimuleren.
- 1c Ondersteuning bieden in situaties waarin de patiënt zich eenzaam voelt.
- 1d Ondersteuning bieden in het aangaan van sociale contacten.
- 1e Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1f De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1g De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1h De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1i Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1j Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

- 2a Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent de factoren die leiden tot eenzaamheid en de gevolgen daarvan.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Bespreekbaar maken van belevingen, ervaringen, gedachten en gevoelens die te maken hebben met eenzaamheid.
- 2d De patiënt door middel van bijvoorbeeld rollenspelen helpen bij het aanleren van nieuw rolgedrag ter vervanging van het oude.
- 2e Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2f Stimuleren van het bespreken van de ideeën en verwachtingen van de patiënt omtrent relaties en (situationele) invloeden daarop.
- 2g De patiënt leren inzicht te krijgen in zijn huidige relaties en contacten, en de mogelijkheden tot verdieping daarvan.

8.1.1 Eenzaamheid (ICIDH s 26.88)

3 *Beoordeling*

- 3a Observeren en rapporteren van veranderingen in de kenmerken van eenzaamheid.
- 3b Observeren van en rapporteren over uitingen die wijzen op een mogelijke depressieve stemming of suïcidaliteit.
- 3c Analyseren van het sociale netwerk van de patiënt.
- 3d Observeren en rapporteren van contacten met anderen.

4 *Management van persoonlijke zorg*

- 4a Zorgen voor ondersteunende relaties en contacten (eventueel het sociale netwerk aanspreken).
- 4b Zorgen voor een prikkelend leefmilieu.

8.2.1 Beperking in de sociale rolvervulling (CDV 800.4-800.5, ICDH b 19.2)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gedragsbeperking die zich uit in de verstoring van de intermenselijke verhoudingen buiten het gezin (met superieuren, collega's, klanten, burens, docenten, medestudenten, medebewoners, of andere personen uit de omgeving).

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b dementie
- c depressie
- d antisociale persoonlijkheidsstoornis
- e afhankelijkheid van alcohol of drugs
- f bipolaire stemmingsstoornis
- g verlies van controle over het eigen leven
- h identiteitsproblematiek
- i gebrek aan kennis en vaardigheden
- j scheiding van levenspartner of kinderen
- k verstoord *coping*-patroon
- l verstoring in de sociale vaardigheden
- m sociaal isolement
- n conflictueuze omgeving
- o afwezigheid van personen om op terug te vallen
- p situationele crisis
- q klinische behandeling
- r financiële problemen

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 ontkennen van de sociale rol
- 2 openlijk conflicten oproepen
- 3 arrogant zijn
- 4 zich onacceptabel (niet binnen de rol passend) gedragen
- 5 sterke geïrriteerdheid tonen naar anderen buiten het gezin
- 6 zich passief of apathisch opstellen ten opzichte van de sociale omgeving
- 7 geen rekening houden met andermans grenzen
- 8 niet kunnen voldoen aan taken of rolverwachtingen
- 9 niet willen voldoen aan taken of rolverwachtingen
- 10 uiten van onvrede over contacten met anderen
- 11 voortdurend beschuldigen van de omgeving
- 12 veelvuldig betrokken raken bij misverstanden
- 13 een afwijzende houding naar de omgeving aannemen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en verwoordt beperkingen in de sociale rolvervulling.
- 1b Herkent factoren die geleid hebben tot deze beperking.
- 1c Benoemt gedragingen die noodzakelijk zijn voor het succesvol veranderen van de sociale rolvervulling.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont sociaal passend gedrag in verhoudingen buiten het gezin.
- 2b Toont aan op de hoogte te zijn van gangbare sociale normen en waarden en maakt keuzes in het al dan niet vervullen van bepaalde rollen hierin.
- 2c Verwoordt gevoelens die samenhangen met het al dan niet slagen in het vervullen van sociale rollen.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Zoekt hulp bij het ontwikkelen van een adequaat sociaal netwerk.
- 3b Toont gedrag dat nodig is om de op dat moment gewenste sociale rol te vervullen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Een therapeutische vertrouwensrelatie opbouwen waarin duidelijkheid en openheid centraal staan; duidelijk maken dat de patiënt geaccepteerd wordt, los van zijn gedrag dat niet acceptabel is.
- 1b Samen met de patiënt een dagprogramma opstellen waarin verschillende rollen naar voren komen.
- 1c De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1d De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1e Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1f Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



8.2.1 Bepanking in de sociale rolvervulling (CDV 800.4-800.5, ICIDH b 19.2)

2 Training

2a Leer de patiënt gepast sociaal rolgedrag door middel van:

- samen met andere disciplines en de patiënt inventariseren welke sociale rollen de patiënt normaliter vervult en waar fricties ontstaan zijn;
- samen met de patiënt inventariseren welke rollen hij/zij nu vervult en de wijze waarop hij/zij deze gestalte geeft;
- samen met de patiënt inventariseren welke factoren de verstoring in het sociale rolgedrag beïnvloeden;
- met de patiënt inventariseren welke gedragingen binnen de rollen passend zijn;
- deze oefenen in een rollenspel;
- vervolgens de patiënt stimuleren om in relevante groepsinteracties de nieuwe rollen te oefenen.

2b Bespreken wat het gedrag van de patiënt oproept bij anderen.

2c Positief bekrachtigen van adequaat gedrag in sociale interacties en confronteren met inadequaat gedrag.

2d In overleg met de patiënt significante anderen betrekken bij het leerproces.

2e Met patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 Beoordeling

3a Observeren en rapporteren van het functioneren van de patiënt binnen de groep.

3b Observeren en rapporteren van wijzigingen in de oorspronkelijke rollen.

3c Beoordelen van de mate van inzicht die de patiënt toont in sociaal rolgedrag.

4 Management van persoonlijke zorg

4a Een duidelijke structuur bieden in het dagelijks milieu, waarbij grenzen van toelaatbaar gedrag bekend zijn.

4b Voorbeeldgedrag tonen bij het vervullen van rollen binnen de leefomgeving en bij het nakomen van afspraken.

8.2.2 Beperking in de ouderrol (ICIDH b 17.3)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een beperking in de interesse voor de eigen kinderen en in het opnemen en uitvoeren van de verzorgings- en opvoedingstaak passend bij de positie in het gezin.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b schizofrenie
- c verstandelijke handicap
- d afhankelijkheid van alcohol of drugs
- e antisociale persoonlijkheidsstoornis
- f borderline-persoonlijkheidsstoornis
- g afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- h bipolaire stemmingsstoornis
- i verties van controle over het eigen leven
- j depressie
- k identiteitsproblematiek
- l gebrek aan kennis of vaardigheden
- m scheiding van levenspartner of kinderen
- n onvolledige ouder-kindbinding
- o verstoord *coping*-patroon
- p verstoring in de sociale vaardigheden
- q sociaal isolement
- r conflictueuze omgeving
- s afwezigheid van personen om op terug te vallen
- t situationele crisis
- u noodzaak tot isolering van het kind door een bepaalde behandelingsprocedure
- v verantwoordelijkheid voor de verzorging van een kind met speciale behoeften
- w verstoring van het gezinsleven
- x rouw
- y klinische behandeling

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 een verandering in de gebruikelijke verzorging van het kind
- 2 niet in staat zijn tegemoet te komen aan de behoeften van het kind
- 3 geen belangstelling tonen voor het kind
- 4 geen betrokkenheid tonen bij beslissingen over het kind
- 5 verwoorden van onvermogen ten opzichte van het kind
- 6 uiten van bezorgdheid ten opzichte van een verandering van de ouderrol
- 7 geen activiteiten samen met het kind uitvoeren
- 8 verwaarlozen van het kind
- 9 tonen van agressie ten opzichte van het kind
- 10 mishandelen van het kind
- 11 incest plegen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en verwoordt de eigen beperkingen in de ouderrol.
- 1b Verwoordt factoren die geleid hebben tot deze beperking.
- 1c Benoemt activiteiten en gedragingen die noodzakelijk zijn voor het succesvol veranderen van deze beperking.
- 1d Stelt zichzelf haalbare doelen en verwachtingen naar het kind toe.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Toont meer vertrouwen in zichzelf om de taken van het ouderschap te vervullen.
- 2b Toont meer belangstelling voor het kind.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Demonstreert een toename van passende vaardigheden in de omgang met het kind.
- 3b Zoekt hulp bij de opvoeding van het kind.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a De patiënt begeleiden in de dagelijkse verzorging van het kind.
- 1b Stimuleren van het ondernemen van activiteiten samen met het kind.
- 1c Positieve feedback geven bij adequaat gedrag zodat het zelfvertrouwen van de patiënt toeneemt.
- 1d De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1e De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1f Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1g Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



8.2.2 Beperking in de ouderrol (ICIDH b 17.3)

2 Training

- 2a Ondersteunen van de patiënt in het bespreken van factoren en daarmee samenhangende gevoelens die de beperkte ouderrol beïnvloeden.
- 2b De patiënt helpen te ontdekken wat wel en wat niet goed gaat.
- 2c Bespreken van de wenselijke rol vanuit de optiek van de patiënt, en beoordelen of deze reëel is.
- 2d Ondersteuning bieden bij het in praktijk brengen van de wenselijke rol, in kleine en overzichtelijke stappen zodat het voor de patiënt haalbaar is.
- 2e Informatie verstrekken over instanties die hierin (bijvoorbeeld het opvoeden van kinderen) gespecialiseerd zijn.
- 2f Met patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van de wijze waarop de patiënt met het kind omgaat en mogelijke veranderingen daarin.
- 3b Observeren en rapporteren van normen- en waardenpatronen binnen de familie.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Een gepaste situatie creëren voor bezoekmogelijkheden van het kind.
- 4b Garanderen van de veiligheid van het kind.

9.1 Verstoring in het seksuele welbevinden (CDV 900, ICDH s 25.2 – s 25.4)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld)*: Verstoring in het seksuele functioneren (dat wordt als onbevredigend en inadequaat ervaren).

* *Beïnvloedende factoren*

- a lichamelijke aandoening
- b stoornis van het bewegingsapparaat
- c depressie
- d angst voor zwangerschap
- e angst voor seksueel overdraagbare ziektes
- f geblokeerde behoeften en verlangens
- g organische persoonlijkheidsstoornis
- h identiteitsproblematiek
- i een handicap
- j afhankelijkheid van apparatuur en/of hulpmiddelen
- k niet kunnen aangaan van relaties
- l verkrachting of seksueel misbruik
- m psychosociale mishandeling
- n lichamelijke mishandeling
- o waardeconflict
- p afwijzing door de omgeving
- q gebrek aan privacy
- r relatieproblemen
- s (emotionele) stress
- t onverwerkt rouwproces
- u negatieve effecten van medicatie

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verwoording van seksueel functioneren als onbevredigend/inadequaat
- 2 verwoording van problemen met seksuele relaties
- 3 wijziging in de vervulling van de seksuele rol
- 4 feitelijke of vermeende beperking in het seksuele functioneren ten gevolge van een ziekte en/of behandeling
- 5 gebrek aan belangstelling voor zichzelf en anderen
- 6 onvermogen om tot de gewenste seksuele bevrediging te komen
- 7 ejaculatio praecox
- 8 verwoording van gevoelens van afgrijzen of angst wat betreft seksueel contact
- 9 veelvuldig vragen om bevestiging van de eigen aantrekkelijkheid
- 10 uiting van gevoelens van tekortschieten in het seksuele functioneren
- 11 vermijding van seksuele relaties
- 12 fixatie op seksualiteit

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en benoemt factoren die geleid hebben tot de verstoring in het seksuele welbevinden.
- 1b Verwoordt een toename van kennis over en inzicht in seksuele behoeften en mogelijkheden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Verwoordt een toename van welbevinden rondom seksueel functioneren.
- 2b Toont meer vertrouwen in zichzelf met betrekking tot seksualiteit.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Voert eventuele suggesties uit om het seksuele functioneren als prettiger te ervaren en evalueert deze.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Een therapeutische vertrouwensrelatie opbouwen met behulp van toewijzing van patiënten.
- 1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1c De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1d De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1e De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1f Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1g Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

2 *Training*

- 2a Samen met de patiënt inventariseren welke factoren van invloed zijn op zijn/haar seksuele welbevinden.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2d Informatie geven over factoren die het seksuele welbevinden beïnvloeden, bijvoorbeeld medicatie of stress.
- 2e De patiënt ondersteunen bij het praten over het seksuele functioneren en de gevoelens daarbij.
- 2f Feitelijke informatie verstrekken over seksuele mythen en misvattingen die de patiënt eventueel ter sprake brengt.
- 2g Seksuele uitingsvormen bespreken die voor de patiënt aanvaardbaar zijn.
- 2h Betrekken van de partner bij de gesprekken, mits de patiënt het hiermee eens is.
- 2i Informatie geven over externe instanties waar de patiënt terecht kan na zijn ontslag.

9.1 Verstoring in het seksuele welbevinden (CDV 900, ICDH s 25.2 – s 25.4)

3 Beoordeling

3a Beoordelen van het kennisniveau van de patiënt omtrent seksualiteit en seksuele relaties.

3b De waarden en normen van de patiënt betreffende seksualiteit inventariseren.

3c Observeren en rapporteren van de wijze waarop de patiënt omgaat met zijn/haar partner.

4 Management van persoonlijke zorg

4a Zorgen voor een omgeving waarin de patiënt zich veilig genoeg voelt om over zijn seksuele problemen te praten met de aan hem/haar toegewezen verpleegkundige.

4b Zorgen voor voldoende privacy, waarbij het mogelijk is voor de patiënt om seksuele contacten te hebben met zijn/haar partner.

10.1 Manipulatief gedrag (ICIDH s 29.88)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gedragsstoornis die zich uit in het sturen of beïnvloeden van anderen zonder rekening te houden met hun gevoelens of rechten.

* *Beïnvloedende factoren*

- a borderline-persoonlijkheidsstoornis
- b een andere persoonlijkheidsstoornis
- c alcohol- of druggebruik, of -onthouding
- d angst
- e machteloosheid
- f geblokkeerde behoeften en verlangens
- g gevoelens van vijandigheid
- h identiteitsproblematiek
- i gebrek aan ziekte-inzicht
- j gebrek aan zelfinzicht
- k beperking in de sociale rolvervulling
- l niet kunnen aangaan van relaties
- m aangeleerd gedrag
- n autoriteitsconflict
- o conflictueuze omgeving

* *Bepalend kenmerk*

- 1 moeite hebben met het accepteren van grenzen en regels
- #### * *Aanwijzingen*
- 2 gebrek aan empathie vertonen
 - 3 anderen bespelen
 - 4 aangaan van opportunistische relaties
 - 5 proberen een speciale behandeling te krijgen
 - 6 gedrag vertonen dat gericht is op eigen voordeel
 - 7 zich claimend gedragen
 - 8 voorbijgaan aan andermans rechten
 - 9 verstoorde communicatiepatronen vertonen
 - 10 oneerlijk zijn
 - 11 dreigen
 - 12 regels negeren
 - 13 zich egocentrisch opstellen
 - 14 gebruikmaken van de zwakheden van anderen
 - 15 verstoorde waarden en normen hebben
 - 16 veelvuldig vragen om bevestiging
 - 17 veelvuldig krachtmetingen met anderen aangaan

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Is in staat de eigen manipulatieve gedragingen te benoemen.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Is in staat te praten over gevoelens die geleid hebben tot manipulatief gedrag.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

3a Demonstreert adequaat en bij de situatie passend gedrag.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door middel van een duidelijke benadering en open communicatie.

1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.

1c De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.

1d Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.

1e De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.

1f Grenzen afbakenen ten aanzien van gedrag van de patiënt met behulp van eenduidige afspraken.

1g De patiënt confronteren met manipulatief gedrag en consequenties daarvan.

1h Gevoelens van de patiënt bespreekbaar maken.

1i De patiënt confronteren met andere *coping*-mechanismen door middel van het stimuleren van vrijetijdsactiviteiten en van participatie in groepsactiviteiten, en door hem te betrekken bij het therapeutisch milieu.

1j Acceptabele *coping*-mechanismen positief bekrachtigen.

1k De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1l De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1m Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1n Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



10.1 Manipulatief gedrag (ICIDH s 29.88)

2 Training

- 2a Ondersteunen in het herkennen van adequate en inadequate *coping*-mechanismen en factoren die deze beïnvloeden.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2g Ondersteunen in het herkennen van de eigen sterke kanten en talenten.
- 2h Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
- 2i Instrueren van assertief gedrag en ontspanningsoefeningen.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van manipulatief gedrag.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Eenduidig beleid voeren.
- 4b Een voorspelbare omgeving creëren, waarin de patiënt nieuwe vaardigheden kan 'uitproberen'.

10.2 Achterdocht (ICIDH s 29.0)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gedragsstoornis die zich openbaart door het stelselmatig wantrouwen van anderen en de omgeving.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b Korsakoff-syndroom
- c dementie
- d paranoïde wanen
- e hallucinaties
- f alcohol- en drugsmisbruik
- g organische persoonlijkheidsstoornis
- h sociaal isolement
- i traumatische ervaringen

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 zich afzonderen
- 2 verkeerd interpreteren van gebeurtenissen
- 3 vermijdingsgedrag vertonen
- 4 overgevoelig zijn voor kritiek
- 5 bang zijn om iets te eten
- 6 bang zijn om iets aan te raken
- 7 bang zijn om in slaap te vallen
- 8 hyperalert zijn
- 9 vijandigheid uitstralen
- 10 snel geïrriteerd en geagiteerd zijn
- 11 snel in de verdediging schieten
- 12 angstig en onrustig zijn
- 13 beschuldigende opmerkingen naar/over anderen maken
- 14 agressief gedrag vertonen

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

1a Is in staat gedrag dat bepaald wordt door achterdocht te herkennen en als zodanig te verwoorden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

2a Toont vertrouwen in de omgeving door het aangaan van sociale contacten.

3 *psychomotorische verpleegdoelen*

3a Is in staat activiteiten uit te voeren zonder zichtbaar belemmerd te worden door achterdochtige gedachten.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

1a Opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door middel van het toewijzen van patiënten.

1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.

1c De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.

1d Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.

1e De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.

1f De patiënt op een neutrale wijze en met respect voor diens territorium benaderen.

1g De patiënt rustgevend, ondersteunend benaderen.

1h De patiënt zo veel mogelijk de controle over de situatie laten behouden.

1i Gemaakte afspraken nakomen.

1j De aandacht van de patiënt zo veel mogelijk richten op het hier en nu door middel van individuele opdrachten of deelname aan het dagprogramma.

1k De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.

1l De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.

1m Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.

1n Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

1o Positieve feedback geven.

1p Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.

2 *Training*

2a Inzichtgevende vraaggesprekken voeren omtrent het herkennen van en omgaan met achterdochtige gevoelens.

2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.

2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.

2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.

2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.

2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.

2g Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.



10.2 Achterdocht (ICIDH s 29.0)

3 Beoordeling

3a Observeren/rapporteren van situaties waarin de achterdocht duidelijk op de voorgrond treedt.

3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de achterdocht toe- of afneemt.

3c Observeren en rapporteren van de werking van medicatie.

4 Management van persoonlijke zorg

4a Beperken van het aantal verpleegkundigen dat intensiever contact heeft met de patiënt.

4b Respecteren van de behoefte van de patiënt aan eigen ruimte en privacy.

4c Creëren van een stabiele en veilige omgeving.

10.3 Angst (ICIDH s 26.0)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een onbehaaglijk, overheersend en bedreigend gevoel waarvan de bron over het algemeen niet aan te duiden is en niet-specifiek is.

* *Beïnvloedende factoren*

- a schizofrenie
- b psychose
- c lichamelijke aandoening
- d geheugenstoornis
- e wanen
- f hallucinaties
- g alcohol- of drugsmisbruik
- h zich bedreigd voelen
- i verlies van controle over het eigen leven
- j een crisis in de persoonlijke ontwikkeling
- k traumatische ervaringen zoals...
- l afzondering/separatie
- m geconfronteerd worden met de dood
- n een situationele crisis of verandering

* *Bepalend kenmerk*

- 1 gespannenheid
- * *Aanwijzingen*
- *milde angst:*
- 2 verhoogde polsslag
- 3 extra alertheid, externe gerichtheid
- 4 klamheid
- *matige angst:*
- 5 verhoogde polsslag en bloeddruk
- 6 versnelde ademhaling
- 7 enigszins vernauwd gezichtsveld, interne gerichtheid
- 8 aandacht gefixeerd op de desbetreffende situatie
- 9 zweet
- *ernstige angst:*
- 10 vlucht- en vechtgedrag
- 11 negatieve gevoelens
- 12 inadequate reacties ten aanzien van de situatie of het probleem
- 13 aandacht gericht op versnipperde details
- 14 desoriëntatie
- 15 koud zweet
- *paniek:*
- 16 regressie naar primitieve coping-mechanismen
- 17 niet in staat te reageren op externe prikkels
- 18 gevoelens van grote hulpeloosheid/bedreiging
- 19 reacties vanuit ernstige interne nood
- 20 hyperventilatie

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent gevoelens van angst bij zichzelf en kan deze verwoorden.
- 1b Herkent factoren die angst beïnvloeden door deze te verwoorden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Integreert en gebruikt gezondheidsbevorderende en angstreducerende activiteiten binnen zijn levenswijze.
- 2b Is ontspannen in situaties die voorheen angstversterkend waren.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Maakt gebruik van passende en constructieve coping-mechanismen die angst verminderen of afwenden, en kan deze als zodanig benoemen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Een therapeutische vertrouwensrelatie opbouwen door onder andere empathisch inlevingsvermogen te tonen en de patiënt niet te overvragen.
- 1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1c De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1d Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1e De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1f De patiënt stimuleren om over gevoelens van angst te praten en deze te analyseren.
- 1g De patiënt niet alleen laten bij ernstige angst of paniek.
- 1h De patiënt stimuleren tot het zoeken van sociale activiteiten, nieuwe interesses of hobby's en hem begeleiden waar nodig.
- 1i De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1j De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1k Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1l Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.
- 1m Op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.

10.3 Angst (ICIDH s 26.0)

2 Training

- 2a Bespreken en evalueren van gedrag dat angst indiceert, of van gedragingen en/of gevoelens die angst voorspellen.
 - 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
 - 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
 - 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
 - 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
 - 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
 - 2g Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent factoren die angstbevorderend zijn.
 - 2h Instrueren van het probleemoplossend proces en dit oefenen.
 - 2i Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.
 - 2j Instrueren van constructieve wijzen om met angst om te gaan zoals het doen van ontspanningsoefeningen of het zoeken van afleiding.
 - 2k Bespreken van positieve *coping*-mechanismen door middel van discussies of rollenspelen.
- #### 3 Beoordeling
- 3a Observeren en rapporteren van het niveau van angst.
 - 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen waaruit afleidbaar is dat de angst toe- of afneemt.
 - 3c Observeren en rapporteren van de werking van medicatie.
- #### 4 Management van persoonlijke zorg
- 4a Creëren van een rustige, stabiele en veilige omgeving.

10.4 Agressie (ICIDH s 29.7)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie:* Een gedragsstoornis die zich uit in gewelddadige, niet-passende verbale en/of non-verbale acties naar personen en/of materialen.

* <i>Beïnvloedende factoren</i>	* <i>Bepalend kenmerk</i>
a organisch psychosyndroom	1 groeiende agitatie
b schizofrenie	* <i>Aanwijzingen</i>
c psychose	2 sarcasme
d intoxicatie	3 verbale dreiging
e hallucinaties	4 fysieke dreiging
f wanen	5 verandering in spraak/stemgeluid
g alcohol- en drugsmisbruik	6 vernederende opmerkingen
h angst	7 gooien met voorwerpen
i manische stemming	8 beschadiging van materiaal
j lage frustratietolerantie	9 fysiek geweld
k dysfore stoornis	10 achterdocht
l geblokkeerde behoeften en verlangens	11 moordgedachten
m explosief gedrag	12 overschrijding van andermans territorium
n woede	13 onrust
o zich onbegrepen voelen	14 groeiende irritatie
p antisociale persoonlijkheidsstoornis	15 verstoord denkpatroon en verstoorde perceptie
q borderline-persoonlijkheidsstoornis	16 verkeerde interpretaties van gebeurtenissen
r andere persoonlijkheidsstoornissen	17 woede die niet in verhouding staat tot de gebeurtenis
s disfunctionele gezinssituatie	
t disfunctioneel sociaal systeem	

B Verpleegdoelen

- 1 *Cognitieve verpleegdoelen*
- 1a Herkent factoren die leiden tot agressief gedrag en kan deze verwoorden.
- 2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*
- 2a Toont emoties op een voor de omgeving acceptabele en passende wijze.
- 2b Toont controle over zichzelf in probleemsituaties.
- 3 *Psychomotorische verpleegdoelen*
- 3a Berokkent geen schade aan personen of materiaal.

C Verpleegkundige interventies

- 1 *Directe zorg*
- 1a Duidelijke grenzen stellen ten aanzien van toelaatbaar gedrag.
- 1b De omgeving van de patiënt aanpassen aan de copingsmogelijkheden/mate waarin de patiënt stress kan hanteren.
- 1c Met de patiënt bespreken wat hij nodig heeft aan ondersteuning of aanpassing in zijn omgeving om de mate van bescherming te verlagen.
- 1d Volgens *stepped care*-principe High Care en Beschermende omgeving aanbieden of opleggen zo veel en zo lang als nodig, maar niet meer of langer dan noodzakelijk.
- 1e Volgens *stepped care*-principe en volgens protocol Middelen en Maatregelen, High Care en Beschermende omgeving opleggen als de patiënt niet autonoom regie kan voeren over eigen gedrag.
- 1f Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1g De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1h Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1i De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1j Stimuleren van verbale expressie van gevoelens.
- 1k Een fysieke uitlaatklep verzorgen door bijvoorbeeld sport.
- 1l Positieve feedback geven bij acceptabel gedrag.
- 1m Beïnvloeden van oplopende spanningen ter voorkoming van agressieve impulsen door middel van het voeren van een individueel gesprek waarin spanning besproken wordt (en eventuele alternatieven voor gedrag) en de mogelijkheid geboden wordt om activiteiten te ondernemen.
- 1n Indien nodig, op voorschrift van een arts verstrekken van medicatie.
- 1o De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1p De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1q Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1r Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.

10.4 Agressie (ICIDH s 29.7)

2 Training

- 2a Instrueren van het probleemoplossend proces.
- 2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.
- 2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.
- 2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.
- 2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.
- 2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.
- 2g Inzichtgevende gesprekken voeren omtrent situaties of omstandigheden die agressief gedrag uitlokken.
- 2h Aanleren van assertieve vaardigheden.
 - 2i Met de patiënt bespreken welke randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden om hem in staat te stellen autonoom regie te voeren over het eigen gedrag.
 - 2j Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 Beoordeling

- 3a Observeren en rapporteren van gedrag en agressieregulatie.
- 3b Observeren en rapporteren van kenmerken en aanwijzingen die kunnen wijzen op een toename van agressie of oplopende spanningen.
- 3c Observeren en rapporteren van de werking van medicatie.
- 3d Invullen van relevante formulieren zoals een M&M-formulier (*Middelen en Maatregelen*), een bijzonder-voorvalformulier, of een schadeformulier.

4 Management van persoonlijke zorg

- 4a Creëren van een veilige, beschermende omgeving.

10.5 Beperking in *coping* -vaardigheden (ICIDH b 8)

A Verpleegkundige diagnostische termen

* *Definitie (samengesteld)*: Beperking in het aanpassingsvermogen en in de probleemoplossende vaardigheden die nodig zijn om in het dagelijks leven te kunnen functioneren.

* *Beïnvloedende factoren*

- a psychose
- b psychische decompensatie
- c schizofrenie
- d schizoaffectieve aandoening
- e depressie
- f alcohol- en druggebruik
- g angst
- h persoonlijkheidsstoornis
- i identiteitsproblematiek
- j gebrek aan kennis en vaardigheden
- k kwetsbare persoonlijkheid
- l ingrijpende gebeurtenis
- m hoge verwachtingen vanuit de omgeving
- n gebrek aan sociale steun
- o stress

* *Kenmerken en aanwijzingen*

- 1 verwoorden van problemen in de desbetreffende *coping* -vaardigheden
- 2 niet in staat zijn hulp te zoeken
- 3 niet in staat zijn om problemen op te lossen
- 4 niet in staat zijn om aan bepaalde verwachtingen te voldoen
- 5 niet in staat zijn om in basale behoeften te voorzien
- 6 zich terugtrekken uit de maatschappelijke rol
- 7 vaak ziek zijn
- 8 zich afhankelijk opstellen ten opzichte van anderen
- 9 hulp afwijzen
- 10 niet adequaat gebruikmaken van afweermechanismen
- 11 snel boos worden
- 12 geïrriteerd zijn

B Verpleegdoelen

1 *Cognitieve verpleegdoelen*

- 1a Herkent en verwoordt de beperking in de *coping* -vaardigheden.
- 1b Verwoordt factoren die geleid hebben tot deze beperking.
- 1c Herkent en benoemt eigen effectieve en ineffectieve *coping* -vaardigheden.

2 *Affectieve/sociale verpleegdoelen*

- 2a Verwoordt gevoelens die gerelateerd zijn aan stressvolle situaties.

3 *Psychomotorische verpleegdoelen*

- 3a Demonstreert adequate vaardigheden om zich aan te passen aan nieuwe of bestaande omstandigheden.
- 3b Voert acties uit om problemen waarmee hij geconfronteerd wordt in het dagelijks leven, op te lossen.

C Verpleegkundige interventies

1 *Directe zorg*

- 1a Begeleiden van de patiënt in voor hem/haar moeilijke situaties.
- 1b Ervaringsdeskundigheid van de patiënt integreren in de verpleegkundige zorg.
- 1c De patiënt vragen naar de aanwezigheid van een crisiskaart.
- 1d Nazien of de patiënt een signaleringsplan heeft.
- 1e De patiënt in contact brengen met lotgenoten/lotgenotengroepen en zelfhulpgroepen.
- 1f De patiënt stimuleren in en positieve bekrachtiging geven bij het aangaan van nieuwe situaties waarin een bepaalde inbreng van hem verwacht wordt.
- 1g De patiënt vragen welke betrokkenheid hij wenst van zijn naasten.
- 1h De naasten vragen op welke wijze zij betrokken willen zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt door middel van de familiekaart.
- 1i Het verstrekken van algemene informatie aan naastbetrokkenen.
- 1j Het verstrekken van persoonsgebonden informatie aan naastbetrokkenen met toestemming van de patiënt.



10.5 Beperking in *coping*-vaardigheden (ICIDH b 8)

2 *Training*

2a In inzichtgevende gesprekken factoren bespreken die geleid hebben tot de beperking in de *coping*-vaardigheden.

2b De patiënt vragen naar ervaringsdeskundigheid ten aanzien van verpleegkundige diagnose.

2c Met de patiënt de crisiskaart doornemen op relevantie.

2d De patiënt de mogelijkheid aanbieden een crisiskaart te maken.

2e Met de patiënt het signaleringsplan doornemen op relevantie.

2f Met de patiënt een signaleringsplan maken.

2g De patiënt probleemoplossende en aanpassingsbevorderende technieken aanleren, aan de hand van herkenbare situaties:

- samen de situatie analyseren;

- de patiënt helpen het doel duidelijk te krijgen;

- samen een beoordeling maken van de mogelijke alternatieven;

- een keuze maken voor het alternatief waar de patiënt zich het meest in kan vinden;

- de patiënt begeleiden in het tot uitvoer brengen van het alternatief.

2h De patiënt assisteren in het herkennen van zijn sterke kanten, eigen waarden en normen en in het gebruiken hiervan bij de technieken.

2i Met de patiënt bespreken van de mogelijkheden en wensen tot participatie in de zorg en behandeling van naasten.

3 *Beoordeling*

3a Observeren en rapporteren van de wijze waarop de patiënt binnen de leefomgeving omgaat met problemen.

3b Observeren en rapporteren van verwachte veranderingen in de *coping*-vaardigheden als gevolg van de interventies.

3c Beoordelen van de mate van inzicht van de patiënt in zijn/haar *coping*-vaardigheden.

4 *Management van persoonlijke zorg*

4a Zorgen voor een veilig milieu, waarin de patiënt zich vertrouwd genoeg voelt om te experimenteren met nieuwe vaardigheden.