

**Trefwoorden**

- Verpleegkundig model
- Zorgproces

**Verpleegkundig redeneren**

**Het OPT-model**

Voor verpleegkundigen is het een belangrijk proces: gegevens verzamelen, analyseren en er daarna conclusies aan verbinden. Dit proces wordt klinisch redeneren genoemd. In een recent artikel in TvZ constateren Van der Peet en Zwakman (2015) heel terecht dat het verwarrend is dat er voor het begrip klinisch redeneren zoveel verschillende omschrijvingen in omloop zijn. In dit artikel, waarin we een toepassing laten zien van het kort door Van der Peet en Zwakman besproken OPT-model, spreken we liever over verpleegkundig redeneren omdat dit veel beter de inhoud van het proces dekt.

Verpleegkundig redeneren is het hart van verplegen (Pesut & Herman, 1999) en moet daarom zowel in de opleiding tot verpleegkundige als in de bij- en nascholing van verpleegkundigen veel aandacht krijgen. Verpleegkundigen ontwikkelen hun redeneervaardigheden door het leren analyseren en begrijpen van de verhalen van hun patiënten. Een ontmoeting met een patiënt biedt mogelijkheden om te redeneren en iedere keer dat de verpleegkundige denkt en redeneert naar aanleiding van een patiëntverhaal, kan ze haar mogelijkheden tot effectief redeneren (en daardoor effectief verplegen) uitbreiden.

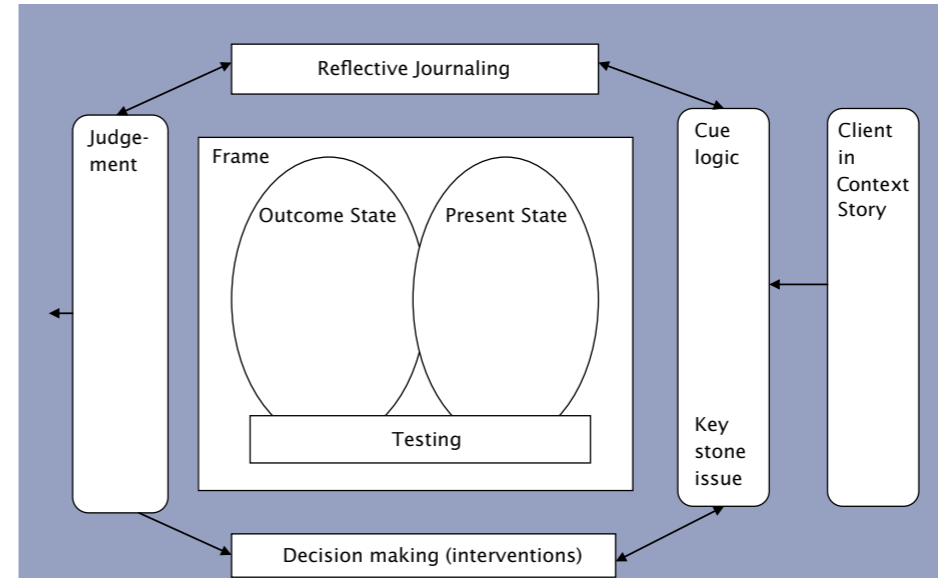
**OPT-model**

Pesut en Herman (1999) ontwikkelden een hulpmiddel voor verpleegkundig redeneren, het zogenaamde Outcome-Present State-Test Model (OPT-model). Zij hebben de stappen in het verpleegkundig redeneren uitgezet in het OPT-werkblad (zie figuur 1). De essentie van het model is dat de verpleegkundige gegevens verzamelt, deze vervolgens interpreteert en de huidige toestand van de patiënt vergelijkt

met de gewenste toestand. Daarna kiest zij interventies met als doel de gewenste situatie te bereiken. Het OPT-model is uitstekend toepasbaar in de opleiding tot verpleegkundige en tijdens bijscholing van verpleegkundigen in verpleegkundig redeneren. We bespreken enkele belangrijke elementen van het model.

**Het verhaal van de patiënt**

Het OPT-model is een evolutie van het procesmatig denken in de verpleegkunde. Daar waar bij het gebruik van het verpleegkundig proces het formuleren van problemen centraal staat en acties gericht zijn op het oplossen daarvan, start het verpleegkundig redeneren in het OPT-model bij het verhaal van de patiënt. Bij het eerste contact met de patiënt ligt de nadruk op het verkrijgen van een zo accuraat, volledig en specifiek mogelijk beeld van de patiënt en de context waarin het verhaal zich afspeelt. De centrale vraag is: wat is hier aan de hand? Vanuit dit totaalbeeld bepaalt de verpleegkundige wat er (eerst) moet gebeuren om de patiënt te helpen. Zij vormt zich een beeld



Figuur 1. OPT-werkblad: Outcome Present State Test (OPT) Model, Pesut & Herman 1999.

- Frame: gezichtspunten die het verhaal van de patiënt beïnvloeden zoals specifieke informatie over leeftijd, omgeving, waardesysteem, geslacht en burgerlijke status.
- Client in context: samenvatting van alle gegevens verzameld over de patiënt die het verhaal van de patiënt duidelijk weergeven.
- Cue logic: doordachte structurering van gegevens die een patroon of weg vormen.
- Keystone: de meest belangrijke diagnose op dat moment.
- Present State: beschrijvende kenmerken of bewijs dat de belangrijkste diagnose ondersteunt.
- Outcome State: doel voor de patiënt.
- Testing: meting die laat zien of de gewenste uitkomst of doel is bereikt.
- Judgment: mate waarin de gewenste uitkomst of doel is bereikt.
- Reflective Journaling: op papier of elektronisch vastleggen van activiteiten of ervaringen om deze te reflecteren, ervan te leren en professioneel te groeien.

van de uitkomst die ze voor ogen heeft bij deze patiënt in deze specifieke situatie. Door het naast elkaar leggen en definiëren van de huidige situatie en de beoogde toekomstige situatie bepaalt de verpleegkundige in overleg met de patiënt wat de interventies zullen zijn. Tijdens en na de uitvoering van de interventies 'test' de verpleegkundige de accuraatheid en effectiviteit ervan door de situatie waarin de patiënt verkeert te vergelijken met wat ze beoogt te bereiken.

Vanuit die test wordt besloten de ingeslagen weg te vervolgen of een nieuw pad in te slaan. Reflectie voor, tijdens en na het handelen (Eliens & Strybol, 2009; Marks-Maran & Rose, 1997; Schön, 1987) ondersteunt hier het klinisch redeneren.

**Een redeneerweb spinnen**

De belangrijkste en meest uitdagende stap in het verpleegkundig redeneren is om vanuit het verhaal van de patiënt te begrijpen wat er aan de hand is en wat om actie

vraagt. Dit proces wordt ondersteund en vergemakkelijkt door het maken van een 'redeneerweb'. Tijdens het spinnen en weven van het web wordt het verhaal van de patiënt geanalyseerd, worden verbanden gelegd tussen de verschillende aspecten/klachten en kan de verpleegkundige identificeren welk probleem het eerst aangepakt moet worden. Het redeneerweb wordt tijdens het redeneren op papier gezet als weergave van het kritische en reflectieve denkproces. In het web schrijft de verpleegkundige op basis van het verhaal van de patiënt (achtergronden en symptomen) verpleegkundige diagnoses, de verbanden tussen deze diagnoses en het medische probleem. We illustreren het klinisch redeneerproces aan de hand van een casus.

**Casus: een redeneerweb maken**

Het maken van een redeneerweb is een belangrijk hulpmiddel om zicht te krijgen op de verpleegkundige diagnoses en de verbanden ertussen. Hoe gaat dit in zijn werk? (zie figuur 2). De medische diagnose wordt centraal in het web geplaatst. De patiënt in de casus heeft COPD met toenemende benauwdheidsklachten. Door de diagnose in het centrum van het web te plaatsen kan de verpleegkundige de verpleegkundige diagnoses die zij afleidt uit het verhaal, rondom deze diagnose plaatsen. De volgende verpleegkundige diagnoses worden vastgesteld: ineffectief ademhalingspatroon, gestoorde gasuitwisseling, verminderd activiteitsvermogen, voedingstekort, angst, ineffectief omgaan met behandeling en leefregels, verstoord slaappatroon en kennistekort. Eerst worden alle verpleegkundige diagnoses in het web gezet. Onder de labels van de diagnoses worden de bij de diag-

**Casus: de heer Kees**

Personalia: de heer Kees, geb. 28-04-1944  
 Sociale status: gehuwd, echtgenote bekend met reuma; 2 kinderen uitwonend, contact goed.  
 Woonsituatie: appartement, aanpassing in badkamer; lift aanwezig.  
 Diagnose: COPD GOLD III

**Klachtenpatroon**

Sinds enkele weken heeft de heer Kees last van toegenomen dyspneu d'effort-klachten, en nachtelijke dyspneuklachten. Hij is 's nachts veel wakker en voelt zich overdag dan ook moe. Zijn actieradius is afgenomen, hij komt de deur bijna niet uit. Via huisarts heeft hij 1x een prednisonkuur en antibioticumkuur voorgeschreven gekregen. Deze hebben echter geen afname van de genoemde klachten gegeven. Hij meldt zich vervroegd bij de COPD-verpleegkundige. Door de vermoeidheid is de eetlust slecht en is hij in één maand vier kilo afgevallen.

**Gegevens uit de anamnese**

Klachten: - afwezig; +/- enigszins aanwezig; + aanwezig; ++ ernstig aanwezig. Op moment van consult zijn de toegenomen klachten nog steeds aanwezig.  
 Dyspneu de repos +; dyspneu d'effort ++; nachtelijk dyspneu +  
 Nycturie -; orthopneu -  
 Vermoeidheid ++  
 Sputum +, kleur: wit, taai door vermoeidheid moeilijk ophoestbaar.  
 Haemoptoe -  
 Hoest +; Koorts -; Pijn -

Eetlust - vanwege vermoeidheid en dyspneu, ongewenst gewichtsverlies +  
 De door de diëtiste voorgeschreven aanvullende voeding is niet gebruikt vanwege benauwdheidsklachten. Meneer geeft aan angstig te zijn wanneer zijn benauwdheid niet afneemt en dan bang te zijn te stikken. Inspanningstolerantie afgenomen van circa 500 naar maximaal 40 meter. Meneer heeft een nicotinelucht bij zich. Volgens hem komt dit doordat hij bij zijn kaartclub (3x pw) aan rook wordt blootgesteld. Hij ontkent zelf te roken.

**Medicatie**

Foradil 12 mcg: 2x dd 1 inh  
 Pulnicort 200 mcg: 2x dd 2 inh  
 Spiriva 18 mcg: 1x dd 1 inh  
 Ventolin 100 mcg: zo nodig tot max 6x dd 2 inh; gebruik 2x dd 2 inh  
 De heer heeft rescuemedicatie (ventolin), ondanks afspraak dit te verhogen bij toename dyspneuklachten, niet verhoogd. Hij geeft aan niet te veel medicatie te willen gebruiken.

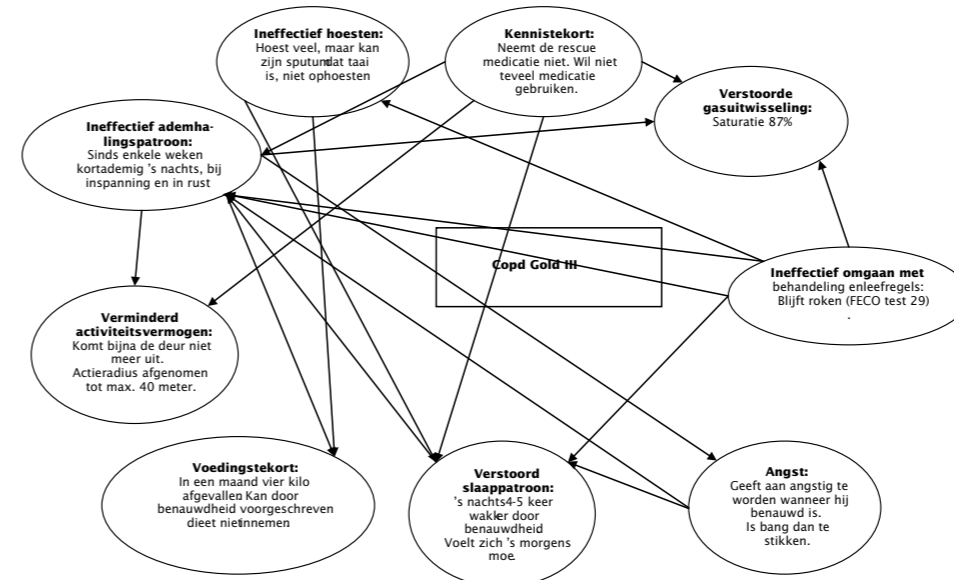
**Gegevens uit onderzoek**

Pulmonaal: sonore percussie; zacht vag met verlengd piepend experium over alle longvelden  
 Longfunctie: EV1 1.07 l/m (34%), tiffeneau 32; VC max 3.33l/m (77%)  
 Saturatie: 87%  
 FECO test (test om te meten of patiënt rookt): 29 (21-39 = roker)  
 Bio impedantie: gewicht 69,2 kg; BMI 20.22; VVM-I 12.6

nose behorende verschijnselen (symptomen) geplaatst. Daarna worden de diagnoses die in het verhaal van de patiënt

een mogelijke relatie met elkaar hebben, door lijnen verbonden. Zo is er een verband tussen het ineffectieve ademha-

lingspatroon en angst. Daarnaast is er een duidelijke relatie te veronderstellen tussen het ineffectief ademhalingspatroon en de gestoorde gasuitwisseling. Verder kan er een relatie zijn tussen het ineffectief omgaan met behandeling en leefregels en het verstoorde slaappatroon. Immers, wanneer meneer er niet in slaagt om met de COPD om te gaan, wordt hij bang en kan hij niet slapen. Ook het ineffectief hoesten kan verband houden met het niet goed omgaan met de behandeling en de leefregels. Er is eveneens een relatie tussen kennistekort en verstoorde slapen, verstoorde gasuitwisseling en ineffectief ademhalingspatroon. We weten ook dat wanneer iemand niet goed kan ademen dit tot een verstoorde gasuitwisseling leidt, waardoor de weefsels onvoldoende zuurstof krijgen en vermoeidheid en een verminderd activiteitsvermogen ontstaan. Uit het verhaal van de heer Kees blijkt ook een relatie tussen het ineffectief ademhalingspatroon en voedingsstekort en tussen voedingsstekort en vermoeidheid. Uit de opmerkingen van de heer Kees kunnen we een relatie afleiden tussen het ineffectief omgaan met behandeling en leefregels en het kennistekort. Wanneer alle verbindinglijnen getekend zijn komt de huidige situatie (afgeleid vanuit het verhaal) van de patiënt in beeld. In het web van de heer Kees gaan vele verbindinglijnen van en naar ineffectief ademhalingspatroon. Het is de diagnose waaruit vele andere diagnoses voortkomen. De eerste interventies die gepland worden zijn dan ook gericht op het opheffen van het ineffectief ademen. De verpleegkundige kan hierbij kiezen uit een aantal handelingen, zoals zuurstoftoediening, meneer ondersteunen en begeleiden bij het goed ademen en/of toedienen van medicijnen. In eerste instantie zal de 'test' bestaan uit het controleren van de



Figuur 2. Redenerweb bij de casus van de heer Kees.

saturatie. Als deze verbetert zal de heer Kees zich beter voelen, zal de angst om te stikken verminderen en kan hij tot rust komen. De verpleegkundige heeft daarmee nog niet aan alle diagnoses aandacht geschonken. Uit het verhaal komt immers naar voren dat de heer Kees zijn rescuemedicatie niet inneemt en uit onderzoek blijkt dat hij nog rookt (ineffectief omgaan met behandeling en leefregels). De verklaringen die meneer daarvoor geeft wijzen op een kennistekort. Na het opheffen van het ineffectief ademhalingspatroon zal de verpleegkundige zich moeten richten op het opheffen van dat kennistekort. Mogelijke interventies hierbij zijn onder andere voorlichting, informatie, educatie. De 'test' hierbij is het nagaan of meneer in staat is adequaat met zijn aanpak om te gaan.

**Redenerfouten**

Tijdens scholing van studenten verpleegkunde en verpleegkundigen in het OPT-model, signaleerden we enkele steeds terugkomende redenerfouten. Bij het maken van een redenerweb zien we dat er veel verpleegkundige diagnoses

worden neergezet in het web en dat bij veel verpleegkundige diagnoses dezelfde symptomen staan. Die diagnoses kunnen meestal samengevoegd (geclusterd) worden: dit leidt tot een reductie van het aantal diagnoses en tot diagnoses met een aantal samenhangende symptomen. We zien ook dat symptomen die heel kenmerkend zijn voor het bestaan van een verpleegkundige diagnose, niet als symptoom in het redenerweb zijn geschreven. Bijvoorbeeld het vermelden van de saturatie die naar een ineffectief ademhalingspatroon verwijst. Vaak worden de symptomen ook niet in termen van gedrag beschreven. Bijvoorbeeld 'gewicht verloren' in plaats van 'is in een maand vier kg. afgevallen' of 'is angstig', zonder dat de waarneembare symptomen van angst zijn beschreven. Het probleem hier is dat evaluatie van zorg zonder precies te weten hoeveel gewicht iemand heeft verloren of de symptomen van de angst te kennen, niet goed mogelijk is. Een ander bespreekpunt met studenten en verpleegkundigen is steeds het beredeneren van oorzaak en gevolg of het kip-ei-verhaal. Het gaat bij de heer Kees bijvoorbeeld om

de vraag of hij vermoeid is door zijn matige voedingspatroon of dat hij er door zijn vermoeidheid niet aan toe komt om de voorgeschreven aanvullende voeding te nemen. Als uit de 'test' blijkt dat de gewenste situatie bereikt is, kan de verpleegkundige het zorgproces afsluiten. Als de gewenste uitkomst echter niet of slechts gedeeltelijk bereikt wordt, moet het 'klinisch redeneren' verder gaan, waarbij dezelfde stappen weer gezet worden. Kritisch denken en reflecteren zijn hierbij een essentiële voorwaarde.

**Bruikbaar hulpmiddel**

Het is onze ervaring dat het OPT-model een bruikbaar hulpmiddel is om het redenervermogen van studenten verpleegkunde te helpen bevorderen. Ook bij nascholing van verpleegkundigen is het OPT-model geschikt om het verpleegkundig redeneren naar een hoger niveau te tillen. ■

**Referenties**

Eliens, A.M. & Strybol, N.C.M. (2009). Klinisch redeneren. In: Bours, G.J.J.W., Eliens, A.M. & Strybol, N.C.M. *Effectief Verplegen 0.*, 53-74. Dwingeloo: Kavanah.  
 Marks-Maran, D. & Rose, P. (1997). 'Thinking and caring: new perspectives on reflection'. In: Marks-Maran, D. & Rose, P. *Reconstructing Nursing: Beyond Art and Science*. London: Boiler Tidal.  
 Peet, R. van der & Zwakman, E. (2015). Klinisch redeneren. *TvZ*, 125 (2), 12-16.  
 Pesut, D. & Herman, J. (1999). *Clinical Reasoning. The Art & Science of Critical & Creative Thinking*. New York: Delmar Publishers.  
 Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.