

ÉÉN TOOL, VEEL CLASSIFICATIESYTEMEN EN NOG MEER WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

ONDERZOEKSRAPPORT



(LaPenseuse, 2014)

Aantal woorden Inleiding tot Bijlagen: 5991
Aantal woorden samenvatting: 533

Eén tool, veel classificatiesystemen en nog meer wijkverpleegkundigen.

ONDERZOEKSRAPPORT

Christelijke Hogeschool Windesheim
Opleiding Verpleegkunde

Rianne Bult en Nikki Duijst
S1090884 en S1087587

Klas	:	VPMIPOZ03
Aard van het werkstuk	:	Onderzoeksrapport
Vak	:	Minor Praktijkgericht Onderzoek in de Zorg
Studierichting	:	Verpleegkunde
Onderwijsinstelling	:	Christelijke Hogeschool Windesheim
Opdrachtgever	:	Lectoraat ICT- innovaties in de Zorg
Onderzoek begeleiders	:	Margreet van der Cingel en Loes Bulle
LWG docent	:	Hilco Prins
SLB-er	:	Maaïke Koning
Datum van voltooiing	:	15-06-2017

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	5
Voorwoord	6
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemanalyse	7
1.3 Verpleegkundige en maatschappelijke relevantie	8
1.4 Probleemstelling.....	9
1.5 Hoofdvraag	9
1.6 Deelvragen.....	9
1.7 Begripsbepaling	9
1.8 Doelstelling.....	9
Hoofdstuk 2 Onderzoeksontwerp	10
2.1 Aard en design	10
2.2 Dataverzameling methoden	10
2.2.1 Deskresearch	10
2.2.2 Think aloud	11
2.3 Kwaliteit van het onderzoek bevorderen	12
2.3.1 Betrouwbaarheid.....	12
2.3.2 Validiteit	13
2.3.3 Bruikbaarheid	13
2.4 Juridisch en ethische aspecten.....	13
2.5 Data Analyse.....	13
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	15
3.1 Desk Research	15
3.1.1. Overzicht classificatiesystemen.....	15
3.2 Think Aloud Sessies	18
3.2.1 Beschrijving clusters	18
Hoofdstuk 4 Discussie en Conclusie	22
4.1 Discussie	22
4.2 Conclusie	23
Hoofdstuk 5 Aanbevelingen	25
Literatuurlijst	26
Bijlage 1 Tabel classificatiesystemen.....	29
Bijlage 2 Data extractie formulier	30
Bijlage 3 Draaiboek Think Aloud sessies	32
Bijlage 4 Brief uitnodiging wijkverpleegkundigen	33
Bijlage 5 Voorbeeldzorgplannen	34

Bijlage 6 Deskresearch	38
Bijlage 7 Codeboom	44
Bijlage 8 Beoordelingsformulier Onderzoeksrapportage.....	45

SAMENVATTING

Inleiding

Het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, de projectgroep eHealth in de Wijk in het bijzonder, streeft naar de ontwikkeling van een ondersteunende tool voor wijkverpleegkundigen bij het indiceren van eHealth. Deze tool moet mogelijk aansluiten op de verschillende classificatiesystemen die gebruikt worden door de wijkverpleegkundigen bij het indiceren van zorg. Het is voor de projectgroep onbekend hoe er door de wijkverpleegkundige gewerkt wordt met de verschillende classificatiesystemen. Dit leidde tot de volgende hoofdvraag: *“Hoe worden de meest voorkomende verpleegkundige classificatiesystemen binnen Nederland in het zorgproces van alledag toegepast door de individuele wijkverpleegkundige?”*

Methode

Bij dit onderzoek is er een beschrijvend/explorerend vraagtype gesteld. Het onderzoek heeft een kwalitatief karakter. De hoofdvraag is beantwoord d.m.v. een deskresearch en het afnemen van Think Aloud sessies bij wijkverpleegkundigen.

Resultaten

Het Omaha System is de meest gebruikte classificatiesysteem binnen de wijkzorg. Ook de NNN wordt regelmatig ingezet. Deze systemen zijn zeer verschillend van elkaar. Ze hanteren verschillende werkwijzen, terminologie en beschrijving van interventies. Ook de meningen over deze systemen zijn zeer uiteenlopend, zo wordt het Omaha systeem geregeld gezien als voorgekauwd en de NNN als een goed hulpmiddel voor het klinisch redeneerproces. Ook is het afhankelijk van de softwareaanbieder hoe het systeem gepresenteerd wordt. Buiten deze systemen wordt er ook geregeld gewerkt met het handboek Verpleegkundige Diagnoses van Carpenito. Omdat door het gebruik van verschillende systemen uitwisseling bemoeilijkt wordt is V&VN bezig met de ontwikkeling van de Nationale Kernsets dit is geen classificatiesysteem maar dient gebruikt te worden als een vertaalprogramma die een eenheid creëert in de verschillende systemen.

Discussie

Het feit dat merendeel van de deelnemers aan de Think Aloud sessies mannelijk en ambassadeur van de wijkverpleging is zou dit een vertekend beeld kunnen geven van de gehele beroepsgroep. Een aantal wijkverpleegkundigen geven aan de systemen erg voorgekauwd te vinden, ze worden in een bepaalde richting gestuurd en het maakt ze lui. Hierbij geven ze aan de druk van de organisatie en zorgverzekeraar te voelen om het systeem te volgen. Terwijl uit de literatuur blijkt dat een classificatiesysteem dient als geordend kader. Het hoort de wijkverpleegkundige te ondersteunen in het gestructureerd documenteren van gegevens, maar vervangt nooit het klinisch redeneren.

Conclusie

Het gebruik van de classificatiesystemen zoals Omaha en NNN door de wijkverpleegkundigen is zeer uiteenlopend. De een gebruikt het als hulpmiddel om zijn eigen theorie te testen, de andere wijkverpleegkundige geeft aan het als afvinklijst te gebruiken. Ook het Carpenito boekje wordt binnen sommige organisaties toegepast om de wijkverpleegkundige te ondersteunen, dit boekje is mede gebaseerd op het NNN. Omdat organisaties met verschillende systemen werken en het uitwisselen van informatie dus bemoeilijkt wordt is V&VN bezig met het ontwikkelen van de Nationale Kernsets. Dit systeem is gebaseerd op SNOWMED CT en kan een vertaalslag maken tussen de systemen.

Aanbevelingen

Wanneer de tool gekoppeld zou worden aan de classificatiesystemen zou er meer onderzoek gedaan moeten worden naar classificatiesystemen die in dit onderzoek niet behandeld zijn. Om de meeste wijkverpleegkundige te bereiken zou de tool gekoppeld kunnen worden aan de gecodeerde onderdelen binnen NNN en Omaha. Echter wordt het Omaha System erg verschillend toegepast door de wijkverpleegkundigen. Het advies is om eerst een eenheid van gebruik te creëren voordat er een koppeling gemaakt wordt met een tool.

VOORWOORD

Beste lezer,

Het onderzoeksrapport wat nu voor u ligt is naar aanleiding van de minor Praktijkgericht Onderzoek in de Zorg (POZ), onderdeel van de opleiding Verpleegkunde van Hogeschool Windesheim geschreven. Het rapport is geschreven in opdracht van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, projectgroep eHealth in de wijk. Deze projectgroep streeft onder andere naar het toenemende gebruik van eHealth toepassingen binnen de zorg.

Het doel van het schrijven van dit rapport was voor de studenten het ontwikkelen van de competentiegebieden EBP-professional, professioneel kwaliteitsbevorderaar en samenwerkingspartner, behorende bij het beroep van verpleegkundige.

Graag willen wij onze dank uitspreken naar onze opdrachtgevers Loes Bulle en Margreet van der Cingel, voor de ondersteuning en begeleiding omtrent dit onderzoek. Daarnaast willen wij Hilco Prins bedankt voor de ondersteuning vanuit school.

Uiteraard zijn wij de wijkverpleegkundige die hun tijd beschikbaar hebben gesteld om geïnterviewd te worden ook dankbaar.

Dankzij alle hulp is het mogelijk geweest om dit onderzoek tot stand te brengen en zijn wij tot aanbevelingen gekomen om, hopelijk, de projectgroep te kunnen helpen met hun verdere onderzoek.

Veel leesplezier gewenst namens,
Rianne Bult en Nikki Duijst
15-06-2017

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

Dit onderzoeksrapport beschrijft het praktijkgericht onderzoek naar de wijze waarop wijkverpleegkundigen classificatiesystemen gebruiken bij het indiceren van zorg.

Dit eerste hoofdstuk bevat de inleiding tot het onderzoek. Hierin wordt de aanleiding met de probleemanalyse weergegeven evenals de vraagstelling, doelstelling en de deelvragen. In Hoofdstuk 2 worden de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. In Hoofdstuk 3 worden de resultaten die verkregen zijn met het onderzoek weergegeven. Hoofdstuk 4 bestaat uit de conclusie en discussie en tot slot zijn de aanbevelingen te vinden in Hoofdstuk 5.

1.1 AANLEIDING

In 2015 heeft Windesheim nascholingslessen verzorgd over indiceren aan wijkverpleegkundigen. Uit deze lessen en de daaropvolgende interviews met diezelfde wijkverpleegkundigen is naar voren gekomen dat zij op dit moment nauwelijks ervaring hebben met het inzetten van eHealth toepassingen (Janssen & Hettinga, 2015). EHealth is het gebruiken van nieuwe informatie en communicatietechnologie om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Cordia, 2014). Er wordt verwacht dat eHealth kan worden ingezet als ondersteuning in de gezondheidszorg en het moet een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van zorg in het algemeen en zorg thuis (NIVEL, 2016).

Het gebrek aan ervaring van wijkverpleegkundigen met het inzetten van eHealth leidde tot het onderzoeksproject eHealth in de Wijk van het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg. Eén van de opbrengsten die deze projectgroep wil leveren is een tool (hulpmiddel) waarmee wijkverpleegkundige ondersteund kunnen worden in hun indicatieproces m.b.t. het inzetten van eHealth toepassingen. Er zou bijvoorbeeld een relatie gelegd kunnen worden tussen een verpleegkundige interventies en de bijpassende eHealth toepassing (Janssen & Hettinga, 2015).

In de zorg wordt momenteel gebruik gemaakt van verschillende verpleegkundige classificatiesystemen om de wijkverpleegkundige te ondersteunen in het indiceren van zorg (V&VN, 2014a). Vanuit gesprekken met de projectgroep kwam de vraag naar voren hoe er momenteel gewerkt wordt met de verschillende classificatiesystemen.

1.2 PROBLEEMANALYSE

Sinds de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) in 2015 is vervangen door de Zorgverzekeringswet (ZVW) is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor het stellen van de indicaties (Straalen & Bont, 2014). Dit wil zeggen dat de wijkverpleegkundige bepaalt wat de zorgvrager nodig heeft, gezien zijn individuele situatie (V&VN, 2014b). Dit indiceren is niet een opzichzelfstaande actie, maar is onderdeel van het klinisch redeneren. Van der Cingel omschrijft klinisch redeneren als volgt; *“Klinisch redeneren is een methode die moet leiden tot het vaststellen van de meest geschikte verpleegkundige diagnoses en het kiezen van de juiste zorgresultaten en interventies in nauwe samenwerking met een individuele zorgvrager”* (Cingel van der, 2014). Het bevorderen van zelfmanagement en eigen regie van de zorgvrager wordt hierin door de wijkverpleegkundige centraal gesteld (Rosendal & van Dorst, 2015).

Om ervoor te zorgen dat de juiste zorg wordt geïndiceerd bij de zorgvrager, baseert de wijkverpleegkundige zich tijdens het klinisch redeneren op een classificatiesysteem (V&VN, 2016b). Een verpleegkundige classificatie is een lijst met beschrijvingen van verpleegkundige diagnoses, resultaten en/of interventies die wetenschappelijk zijn onderbouwd (Cingel van der, 2014). Een classificatiesysteem wordt ook gebruikt zodat er binnen één organisatie dezelfde “taal” wordt gebruikt, dit heeft als voordeel dat er sneller en beter gecommuniceerd kan worden tussen zorgverleners en organisaties. Daarnaast wordt door het gebruik van classificatiesystemen de zorg

transpanter en worden de gegevens vergelijkbaarder. Belangrijk hierbij is dat de classificaties het vak van de wijkverpleegkundige ondersteunen en professionaliseren (Vilans, 2014).

In Nederland bestaan er meerdere classificatiesystemen voor verpleegkundigen (Graaf & Speksnijder, 2014). Voor welk systeem gekozen wordt is verschillend per thuiszorgorganisatie (V&VN, 2016b). Dit zorgt ervoor dat wijkverpleegkundigen in verschillende “talen” spreken (Eliens, 2015). Zo kunnen verpleegkundigen die gebruik maken van verschillende classificatiesystemen het bij decubitus over “wond/decubitus”, “huiddefect” of “problemen met de beschermende functie van de huid” hebben, terwijl ze allemaal mogelijk hetzelfde bedoelen (Kieft, 2015).

De meest voorkomende classificatiesystemen in Nederland zijn North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcome Classification (NOC) en Omaha System (Oelen, 2015a) Door ongeveer 65% van de thuiszorgorganisaties (augustus 2016) wordt gebruik gemaakt van het Omaha system en is daarmee de meest gebruikte classificatiesysteem binnen de wijkzorg (Kleverlaan, 2016). Daarnaast zijn er ook nog andere classificatiesystemen zoals het International Classification of Functioning (ICF). Of de InterRAI, dit is een beoordelingsformulier en classificatie naar zorgcategorieën, -behoefte en -zwaarte (Vilans, 2014). De classificatiesystemen staan verder gespecificeerd in Bijlage 1.

Staatssecretaris Martin van Rijn heeft in een brief aan de Tweede Kamer vermeld dat alle thuiszorgorganisaties vanaf 1 januari 2017 moeten werken met een geautomatiseerd classificatiesysteem (Rijn van, 2017). Volgens de staatssecretaris draagt deze automatisering bij aan de professionalisering van het wijkverpleegkundige vak. Daarnaast eisen zorgverzekeraars naar aanleiding van een brief van Staatssecretaris van Rijn (Rijn van, 2017) dat inzet van eHealth verweven moet zijn in het zorgproces, en dat wijkverpleegkundige dit gaan indiceren (Dohmen, 2016).

De projectgroep wil een tool gaan ontwikkelen die voor alle wijkverpleegkundigen bruikbaar is. De tool moet een keuzehulp worden waarmee wijkverpleegkundigen toegang hebben tot de benodigde informatie over eHealth-toepassingen en die aansluit bij de manier waarop wijkverpleegkundigen zorg indiceren, bijvoorbeeld door relaties te leggen tussen eHealth-toepassingen en bijvoorbeeld de NIC-classificatie (Janssen & Hetinga, 2015). Om achter de eisen te komen die gesteld moeten worden aan de tool wil de opdrachtgever onderzocht zien hoe er momenteel gewerkt wordt met de verschillende classificatiesystemen, zodat dit bij het ontwikkelen van de tool meegenomen kan worden.

1.3 VERPLEEGKUNDIGE EN MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Technologie helpt om de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren. Ook ondersteunt technologie het werken aan een doeltreffender en efficiënter zorgproces in veel organisaties (Treffers, 2016). Het biedt snelheid, gemak en een betere samenwerking tussen disciplines (Schuurmans, Lambregts, V&V Projectgroep 2020, Grotendorst, & Merwijk, 2012).

Daarnaast is de zelfmanagement van de zorgvrager een belangrijke indicator waarom eHealth een belangrijke factor gaat spelen binnen de dagelijkse zorg van de zorgvrager (Timmer, 2011). De patiënt van 2020 is autonoom, mondig, thuis op het internet en vaardig met sociale media. Dat geldt ook voor de ouderen van straks. Het is de burger die zorg aan huis, dicht in de buurt en zorg op maat vraagt (Schuurmans et al., 2012). Doordat de zorg efficiënter ingedeeld moet worden krijgt de verpleegkundige een meer coördinerende rol.

Het stimuleren en aanleren van zelfmanagement, met eventuele ondersteunende toepassingen, maakt integraal onderdeel uit van de zorg voor cliënten (Keurhorst, Kusters, & Laurant, 2011).

1.4 PROBLEEMSTELLING

Het lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, en de projectgroep eHealth in de Wijk in het bijzonder, streeft naar de ontwikkeling van een ondersteunende tool voor wijkverpleegkundigen bij het indiceren van eHealth. Het indiceren van eHealth gebeurt o.a. door kennistekort, nog te weinig. De tool moet mogelijk aansluiten op de verschillende classificatiesystemen die gebruikt worden door de wijkverpleegkundigen bij het indiceren van zorg. Het is tot dusver voor de projectgroep onbekend hoe er momenteel door de wijkverpleegkundige gewerkt wordt in de dagelijkse zorgpraktijk met de verschillende classificatiesystemen. Dit zorgt ervoor dat de projectgroep nog niet weet hoe zij de tool kunnen laten aansluiten op de concrete werkwijze van de wijkverpleegkundige.

1.5 HOOFDVRAAG

Hoe worden de meest voorkomende verpleegkundige classificatiesystemen binnen Nederland in het zorgproces van alledag toegepast door de individuele wijkverpleegkundige?

1.6 DEELVRAGEN

- Wat is de huidige opbouw van de verschillende verpleegkundige classificatiesystemen die in de wijk worden gebruikt?
- Hoe passen de wijkverpleegkundigen de verschillende classificatiesystemen toe tijdens het indiceren van zorg?

1.7 BEGRIPSBEPALING

- **Classificatiesystemen:** Een classificatiesysteem is een systeem waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld (Vilans, 2014).
- **Indiceren van zorg:** Bepalen wat de cliënt nodig heeft, gezien zijn individuele situatie (V&VN, 2016b).

1.8 DOELSTELLING

Het doel van het onderzoek is om kennis te vergaren d.m.v. een kwalitatief onderzoek over het gebruik van de verschillende soorten verpleegkundige classificatiesystemen binnen de wijkverpleging. Om vervolgens tot aanbevelingen te komen met betrekking tot mogelijke eisen waaraan de nog te ontwikkelen tool van projectgroep "eHealth in de wijk" aan zou moeten voldoen.

HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSONTWERP

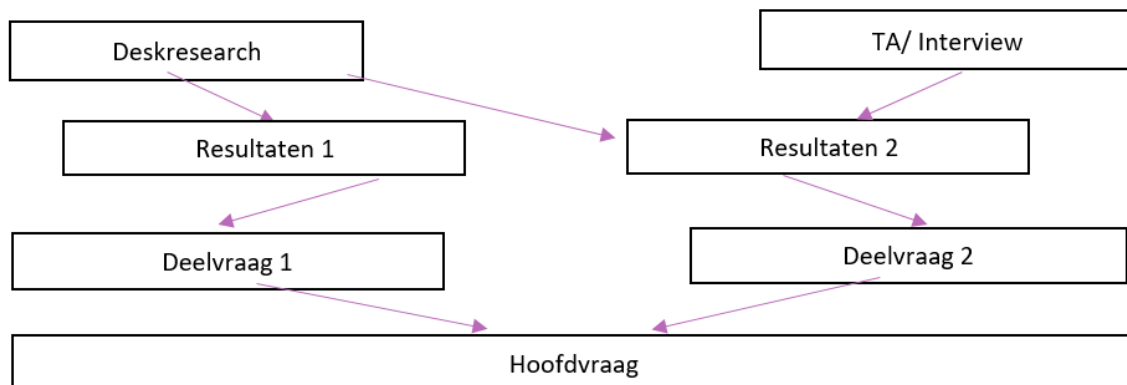
2.1 AARD EN DESIGN

Bij dit onderzoek is er een beschrijvend/explorerend vraagtype gesteld, aangezien er onderzoek gedaan wordt naar de huidige situatie (Verhoeven, 2014). Het onderzoek had een kwalitatief karakter omdat er gekeken werd naar de betekenis en belevingen die de individuele wijkverpleegkundige zelf aan de situatie geeft. Er werd niet gewerkt met cijfermatige of numerieke uitkomsten (Verhoeven, 2014).

De deelvraag “*Wat is de huidige opbouw van de verschillende verpleegkundige classificatiesystemen die in de wijk worden gebruikt?*” is beantwoord door het houden van een deskresearch onder secundaire literatuur (Verhoeven, 2014). Er is uiteengezet hoe de verschillende classificatiesystemen zijn opgebouwd. Daarnaast is er gekeken naar de huidige praktijken in het gebruik van de verschillende verpleegkundige classificatiesystemen.

De deelvraag “*Hoe passen de wijkverpleegkundigen de verschillende classificatiesystemen toe tijdens het indiceren van zorg?*” is beantwoord d.m.v. het houden van Think Aloud sessies in combinatie met een desk research. Een Think Aloud (TA) sessie is een strategie waarbij een persoon de instructies krijgt om hardop te denken tijdens het uitvoeren van een toegewezen taak (Burbach, Barnason, & Thompson, 2015). Door de gehouden TA sessies konden de onderzoekers een kijkje nemen in het hoofd van de wijkverpleegkundige.

Het onderzoek is uitgevoerd in het voorjaar van 2017. In Figuur 1 wordt de opzet van dit onderzoek weergegeven.



Figuur 1: Opzet onderzoek

2.2 DATAVERZAMELING METHODODEN

2.2.1 DESKRESEARCH

Om deelvraag 1 en 2 te kunnen beantwoorden is er een systematisch literatuurstudie verricht onder secundaire literatuur (Verhoeven, 2014).

In overleg met de opdrachtgever is er voor gekozen om de deskresearch te richten op: Omaha, NNN, Carpenito en de Kernsets. Er is voor deze systemen gekozen, omdat er verwacht wordt dat de onderzoeksgroep en dienst partners het meeste baat hebben bij de resultaten van deze onderzochte systemen. Dit omdat deze systemen of verreweg het meest gebruikt worden in Nederland, of er een belangrijke rol in de toekomst van wordt verwacht.

Er is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode en systematische methode, waarbij literatuurverwijzingen in de gevonden artikelen gebruikt zijn als aanknopingspunten voor de verdere zoekopdrachten (Baarda et al., 2013). In eerste instantie is gezocht bij de volgende databanken: HBO-kennisbank, Google, Google Scholar, Springerlink, Pubmed. Er is met van tevoren geselecteerde zoektermen gezocht (zie Tabel 1). Om gericht te kunnen zoeken, zijn er veel zoektermen gecombineerd.

Zoektermen
Actiepunten Omaha
Beleid classificatiesystemen
Domeinen Omaha
Classificatiemodel
Classificatiesystemen
Kernsets
Omaha
Oorsprong Omaha
Policy
Nationale Kernsets
NIC NOC NANDA
Richtlijnen
SNOWMED

Tabel 1: Gebruikte zoektermen

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria, wat zorgt voor een hogere relevantie en bruikbaarheid van de geselecteerde artikelen (zie Tabel 2).

Inclusiecriteria/ exclusiecriteria
Het artikel is niet ouder dan 10 jaar.
Het betreft verpleegkundige classificatiesystemen
In Nederlands of Engels geschreven
De artikelen die gevonden zijn via de elektronische databanken als volledige tekst beschikbaar
De artikelen gaan over classificatiesystemen die in Nederland worden gebruikt.

Tabel 2: In- en exclusiecriteria

Tijdens de deskresearch is een data-extractie formulier gebruikt om de relevantie van de literatuur te kunnen beoordelen (Universiteit Utrecht, 2016) en om weer te geven wat er uit de desbetreffende literatuur is gehaald. Het formulier is zo samengesteld dat het een helder beeld geeft betreffende de inhoud van de geselecteerde literatuur. Het gebruikte data-extractie formulier is te vinden in Bijlage 2.

2.2.2 THINK ALOUD

Tijdens deze Think Aloud (TA) sessies stond het gebruik van de classificatiesystemen in combinatie met het klinisch redeneren door de wijkverpleegkundige centraal. Omdat dit onderzoek een deelonderzoek is van een groter geheel zijn de sessies niet alleen gericht geweest op bruikbare resultaten voor dit onderzoek, maar zijn er ook onderwerpen aan bod gekomen die bruikbaar waren voor het hele onderzoek zoals het onderwerp eHealth .

Er werd aan de wijkverpleegkundigen gevraagd om voor de start van de sessie een eigen casus in gedachten te houden die ze kortgeleden hadden meegemaakt. Tijdens de sessie werd de wijkverpleegkundige gevraagd de onderzoekers inzicht te geven in het indiceerproces dat doorlopen was bij deze casus.

De wijkverpleegkundige gebruikte het classificatiesysteem waar normaliter mee gewerkt werd. De sessies werden bij zeven wijkverpleegkundigen, verspreid door het land en afkomstig van

verschillende instellingen, afgenomen. Deze sessies zijn opgenomen middels een video en audio recorder. Het draaiboek dat voor deze sessie gebruikt werd, is opgesteld door de projectgroep eHealth in de wijk te Windesheim. Dit draaiboek staat in Bijlage 3. Er is gekozen voor dit draaiboek om aan te sluiten bij het gehele onderzoek. Dit draaiboek is tot stand gekomen in overleg met ervaren onderzoekers over het uitvoeren van TA sessies.

Tijdens deze sessie waren er twee onderzoekers aanwezig. Onderzoeker 1 gaf een introductie en nam de sessie af, de facilitator. Onderzoeker 2 speelde de rol van observator tijdens de TA sessie en stelde naderhand vragen over onduidelijkheden die de observator tegenkwam. Dit betrof een niet gestructureerd interview (Verhoeven, 2014).

2.2.2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN WERVING

De populatie waar uitspraken over gedaan worden betreft wijkverpleegkundigen die zorg indiceren. De wijkverpleegkundigen zijn geworven middels een oproep op de site van de beroepsvereniging voor verzorgenden en verpleegkundigen (V&VN). Deze oproep was voor aanvang van dit onderzoek geplaatst door de projectgroep. De site wordt bekeken door verpleegkundig specialisten, verzorgende en verpleegkundigen die lid zijn van V&VN. De projectgroep had geen bepaalde verwachting wat respons betreft. Middels een mail, zie Bijlage 4, is er vervolgens door de onderzoekers contact met de wijkverpleegkundigen opgenomen die zich hadden aangemeld.

2.3 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK BEVORDEREN

2.3.1 BETROUWBAARHEID

Onder betrouwbaarheid van onderzoek wordt de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten verstaan (Verhoeven, 2014).

Doordat er met twee onderzoekers aan het onderzoek gewerkt is, is de betrouwbaarheid vergroot (Verhoeven, 2014). Daarnaast heeft de opdrachtgever, die tevens onderzoeker is, tijdens het onderzoek regelmatig peer feedback gegeven (Verhoeven, 2014).

De onderzoekers stelden zich objectief en onafhankelijk op, door de onderzoeksopzet en -resultaten niet aan te passen op eventuele belangen van de opdrachtgever als geld verdienen, status en dergelijke (Verhoeven, 2014). Dit is tot zijn recht gekomen doordat de onderzoekers regelmatig evalueerden en op deze manier doordachte keuzes konden maken.

Voorafgaand aan de TA/interviews werd het draaiboek van de TA sessies doorgenomen door de onderzoekers en besproken met de ontwerpers. De ontwerpers van dit draaiboek zijn twee onderzoekers uit de projectgroep. Naast het doornemen en bespreken van het draaiboek, is er ook een pilot sessie bijgewoond door de onderzoekers. Op deze manier konden de onderzoekers observeren hoe de ontwerpers van het draaiboek de TA sessies uitvoerden. Voor de deskresearch is gebruik gemaakt van een data-extractie formulier. Door gebruik te maken van het draaiboek en een data-extractie formulier vindt er standaardisering plaats en is er sprake van transparantie, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Verhoeven, 2014).

De TA interviews zijn opgenomen middels een video en audio recorder. Hierdoor wordt het onderzoek transparanter, doordat het kan worden ingezien door andere onderzoekers. Daarnaast draagt het bij aan een zorgvuldiger en meer objectieve analyse (Verhoeven, 2014).

2.3.2 VALIDITEIT

Onder validiteit van onderzoek wordt de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten verstaan. Hiermee wordt de geldigheid en de zuiverheid van de onderzoeksresultaten onderbouwd (Verhoeven, 2014).

De validiteit van de TA sessies is gewaarborgd, door voorafgaand aan de sessies twee pilots te houden. Op deze manier kon het draaiboek worden bijgesteld wanneer bleek dat niet het juiste doel werd behaald met de sessies.

Om een systematische vertekening door sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen is van tevoren duidelijk aangegeven dat alles anoniem wordt verwerkt en dat er geen goede of foute antwoorden zijn. (Verhoeven, 2014)

2.3.3 BRUIKBAARHEID

Onder bruikbaarheid wordt verstaan, de mate waarin de opdrachtgever werkelijk iets aan de resultaten heeft (Verhoeven, 2014).

Het onderzoek droeg bij aan een instrumentele bruikbaarheid voor de projectgroep “eHealth in de wijk” (Verhoeven, 2014). Dit omdat in dit onderzoek werd gekeken welke eisen aan de tool gesteld moesten worden ten aanzien van de verschillende classificatiesystemen. Het onderzoek ondersteunt bij de beslissingen over de eisen die aan de tool gesteld moeten worden.

Door wekelijks contact met de opdrachtgever is zij nauw betrokken geweest bij het onderzoek. Tijdens het contact is overlegd, zijn afspraken gemaakt en dacht de opdrachtgever mee over het onderzoek. Door dit contact werd de bruikbaarheid voor de opdrachtgever vergroot (Verhoeven, 2014).

2.4 JURIDISCH EN ETHISCHE ASPECTEN

Bij aanvang van de sessie werd er aan de deelnemend wijkverpleegkundige toestemming gevraagd voor het opnemen en gebruiken van het materiaal binnen de projectgroep eHealth in de wijk. Deze toestemming werd nogmaals herhaald op camera zodat dit vastgelegd werd. In overleg met de projectgroep hoeft deze toestemming, omdat het geen zorgvrager betreft, niet op papier vastgelegd te worden (informed consent).

Al het materiaal dat verzameld is, is anoniem verwerkt door middel van codes in plaats van namen van de wijkverpleegkundige te gebruiken. Ook wordt er wanneer er een video fragment afgespeeld wordt binnen de projectgroep of zijn partners, gebruik gemaakt van Photoshop om de persoon in kwestie onherkenbaar te maken.

Wanneer er gewerkt werd met een eigen ingebrachte casus zijn er geen namen van cliënten genoemd, maar is gesproken over dhr. of mw. Ook zijn geboortedata en adres gegevens in de uitwerking weggelaten.

2.5 DATA ANALYSE

De geluidsfragmenten zijn uitgetypt in ‘InqScribe’¹. Deze transcripten zijn opgedeeld in fragmenten en deze fragmenten zijn open gecodeerd. Het eerste transcript is door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen. De zes andere transcripten zijn verdeeld tussen de onderzoekers. Vervolgens is er over gegaan op axiaal coderen. Dit houdt in dat de onderzoekers opzoek gingen naar verbanden en hiërarchieën tussen de

¹ InqScribe is een programma die toegepast kan worden tijdens het proces van coderen.

begrippen. De verbanden en volgorde zijn tenslotte in een model samengebracht. Het gevonden model is ten slotte in verband gebracht met de probleemstelling door de clusters te beschrijven in Hoofdstuk 3 Resultaten. Tijdens de data-analyse is er gebruik gemaakt van het programma QDA Miner. In het belang van de projectgroep eHealth in de wijk zijn de transcripten volledig gecodeerd. Echter zijn (in overleg) alleen de bruikbare onderdelen voor dit onderzoek verwerkt in de codeboom.

HOOFDSTUK 3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten die voortvloeien uit het onderzoek beschreven. Er is voor gekozen om de resultaten onder te verdelen in Desk Research en de Think Aloud sessies. Deze keuze is gemaakt omdat er voor één deelvraag soms meerdere methoden toegepast zijn.

3.1 DESK RESEARCH

In dit hoofdstuk worden de resultaten in een beknopte weergave weergegeven, die verzameld zijn door middel van een deskresearch. In bijlage 5 worden naar aanleiding van de gevonden literatuur voorbeeldzorgplannen weergegeven om de informatie toepasbaar te maken, ook is de Nationale Kernset voor zover nu beschikbaar in beeld gebracht. In bijlage 6 vindt u alle verzamelde informatie wat heeft geleid tot deze tabel.

3.1.1. OVERZICHT CLASSIFICATIESYSTEMEN

In tabel 3 vindt u een beknopte weergave van de verschillende classificatiesystemen. In Bijlage 6 is de volledige deskresearch terug te vinden en in Bijlage 2 het extractie formulier dat gebruikt is.

De vier systemen die hieronder behandeld zijn verschillen behoorlijk van elkaar. Dit zowel in terminologie, opbouw en werkwijze. Zo is het Omaha systeem een systeem waarbij verschillende niveaus bewandeld worden door de wijkverpleegkundige, terwijl er bij NNN voor gekozen is om 3 verschillende classificatiesystemen elkaar te laten aanvullen. Ook is het bij Omaha het idee om een vrij invulling te geven om het zorgplan te specificeren voor de zorgvrager, terwijl bij NNN vrij invulling eigenlijk niet gewenst is. Carpenito is een zakboek wat verpleegkundige diagnoses weergeeft, deels gebaseerd op het NNN, hier haalt de wijkverpleegkundige zelf de stukken uit die van belang zijn voor de zorg. Omdat al deze verschillende systemen bestaan probeert V&VN met de ontwikkeling van de Kernsets om de gegevens uitwisselbaar te maken.

Voor alle systemen geldt dat de classificatie waar de wijkverpleegkundige mee werkt dient als geordend kader. Het systeem ondersteunt de wijkverpleegkundige in het gestructureerd documenteren van gegevens, maar vervangt nooit het klinisch redeneren (Haaren & Mast, 2017).

Aspecten	Classificaties			
	Omaha	Nanda/NIC/NOC	Carpenito	Kernsets
	<i>Bronnen: (Omaha System Support, 2017), (Haaren & Mast, 2017), (BTSG bibliotheek, 2017) (Martin, Leak, & Aden, 1992), (Kleverlaan, 2016) .</i>	<i>Bronnen: (Haaren & Mast, 2017), (Nictiz, z.d.) (Skipr, 2015) (NandaNetwerk) .</i>	<i>Bronnen: (Haaren & Mast, 2017), (Carpenito-Moyet, 2012).</i>	<i>Bronnen: (Oelen, 2015b) (V&VN, 2016a), (Kieft, 2015), (NICTIZ, 2017).</i>
Opbouw systeem	<p>Omaha is opgebouwd door middel van een aantal niveaus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ niveau 1: de domeinen bestaande uit 4 domeinen. ▪ niveau 2: de aandachtsgebieden De 4 domeinen zijn uitgesplitst in 42 aandachtsgebieden. ▪ niveau 3: de kenmerken Aan de gebieden kunnen kenmerken gekoppeld worden. Er wordt weergegeven voor wie het een probleem is en of het probleem actueel is. ▪ niveau 4: signalen/ symptomen Per gebied zijn er meerdere signalen en symptomen die hieraan gekoppeld kunnen worden. Er wordt gescoord op het gedrag, kennis en signalen van het probleem. Binnen dit niveau wordt er een actie omschreven. ▪ Aanvullend zo nodig nog vrij tekst Ruimte om de acties verder te specificeren. 	<p>Nanda-I, NOC en NIC zijn ieder afzonderlijke kenniskaders, samen wordt deze combinatie gebruikt onder de noemer NNN-classificatie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NANDA: Op basis van 235 diagnostische concepten (versie 2015-2017) is de NANDA-I geordend in 13 domeinen en 47 klassen. De domeinen zijn gebaseerd op de gezondheidspatronen van Gordon. De diagnostische concepten zijn ontstaan vanuit 7 assen. ▪ Nursing Intervention Classification (NIC): De hoofdlijn bestaat uit de 7 domeinen, welke zijn opgedeeld in 30 klassen. De klassen zijn verder gedefinieerd in interventies, die weer verder zijn gespecificeerd in activiteiten. De naam van de interventie is een gezamenlijk label voor een groep activiteiten. ▪ Nursing Outcome Classification (NOC): NOC bestaat ook uit 7 domeinen, welke zijn opgedeeld in 32 klassen. 	<p>Carpenito is een zakboek voor verpleegkundige diagnoses, dat voor de meeste diagnoses gebruik maakt van NANDA geaccepteerde diagnoses en verwijst naar NIC en NOC. Het boek biedt bij elk diagnostisch label de omschrijving, verschijnselen of risicofactoren oorzaak (beïnvloedende factoren). Ook geeft het bij elke verpleegkundige diagnose naast de NIC en NOC ook beoogde resultaten en interventies weer, waarmee kort aangegeven wordt welke verpleegkundige zorg relevant kan zijn.</p>	<p>De nationale Kernset is geen classificatie maar biedt de mogelijkheid om gegevens uit classificaties of zorgdossiers aan elkaar te linken. Gegevens kunnen hierdoor uitgewisseld en vergeleken worden. De nationale kernsets zijn gebaseerd op de terminologie SNOMED CT.</p> <p>Momenteel is het eerste deel van de Kernsets ontwikkeld, de verpleegkundige diagnoses/problemen. Deze Kernset is het eerste onderdeel van de totale Nationale Kernsets die uit interventies, resultaten, observaties en meetinstrumenten gaat bestaan. Via SNOMED CT wordt het mogelijk om koppelingen te maken met classificaties.</p>

		De klassen zijn verder gespecificeerd in 490 zorgresultaten. De indicatoren geven aan welke onderwerpen gemeten moeten worden om het zorgresultaat weer te geven. De 19 meetschalen hebben een score bereik van 1 tot 5.		
Werkwijze	<p>Wanneer de wijkverpleegkundige op intake gaat beschrijft ze de 4 domeinen van Omaha om een holistisch beeld van de cliënt te krijgen. Hierna kiest ze de gebieden die van toepassing zijn en koppelt hier kenmerken aan. Voor wie is het een probleem? En is het probleem actueel? Wanneer het probleem actueel is wordt het gedrag, kennis en de signalen van de cliënt gescoord tevens wordt er een streefscore beschreven als zorgdoel.</p> <p>Tot slot wordt er overgegaan op de acties. De eerste 2 delen hiervan - de soort actie en het actievlak - zijn standaard gecodeerd. Hierna kan de wijkverpleegkundige kiezen vrije tekst toe te voegen om de actie te specificeren op de situatie van de cliënt.</p>	<p>Vaak gebruikt de wijkverpleegkundige de domeinen van Nanda als leidraad bij het indicatiegesprek. Tijdens het gesprek krijgt de wijkverpleegkundige zicht op de functionele en niet functionele gezondheidspatronen. Waarna er door middel van klinisch redeneren, de PES-methodiek en de gestandaardiseerde Nanda diagnoses een verpleegkundige diagnose gesteld kan worden. Er wordt hierbij gekeken naar de definitie van de diagnose die het meest overeenkomt met de praktijk.</p> <p>Hierop volgend wordt het doel en zorgresultaat vastgesteld. Deze zijn al in relatie gebracht met de Nanda diagnoses.</p> <p>Daarna wordt er overgegaan op de interventies. Uit standaard lijsten kunnen de meeste geschikte acties en zorgresultaten voor de cliënt gekozen worden. En kunnen ze voor de individuele cliënt worden aangepast, zolang ze maar binnen de definitie blijven passen.</p>	De verpleegkundige kan door gebruik te maken van dit handboek een voorlopige diagnose bevestigen of ontkennen. Daarnaast kan de verpleegkundige inzien welke interventies en hierbij beoogde resultaten horen. De verpleegkundige dient niet letterlijk de standaard verpleegplannen over te nemen, maar deze aan te passen op de cliënt.	De Nationale Kernsets worden nog niet in de dagelijkse praktijk gebruikt. Er wordt in de toekomst een grote opkomst van het systeem verwacht. Dit systeem wordt waarschijnlijk door de wijkverpleegkundige als hulpmiddel toegepast bij de uitwisseling van gegevens van de cliënt.

3.2 THINK ALOUD SESSIES

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die verkregen zijn door middel van het houden van Think Aloud sessies. De wijkverpleegkundigen zijn geworven middels een oproep op de site van de beroepsvereniging voor verzorgenden en verpleegkundigen (V&VN) die de projectgroep hierop geplaatst heeft. Op deze oproep hebben in totaal negen wijkverpleegkundige gereageerd waarvan er zeven daadwerkelijk hebben geparticipeerd aan het onderzoek. Twee wijkverpleegkundigen zijn afgevallen wegens langdurige ziekte en persoonlijke omstandigheden. Binnen de respondenten zijn er twee wijkverpleegkundige die ook de functie als casemanager hebben. Daarnaast is het grootste deel man, dit zou kunnen zorgen voor een vertekend beeld.

Wijkverpleegkundige	Geslacht	Extra functie	Classificatie
Wvk 1	M		Omaha
Wvk 2	M		Omaha
Wvk 3	M		Eigen systeem
Wvk 4	V	Casemanager Dementie	Omaha
Wvk 5	V		Omaha
Wvk 6	V	Casemanager Dementie	Omaha
Wvk 7	M		NNN

Tabel 4: Respondenten

De bevindingen hiervan worden per cluster uitgewerkt met behulp van de bijbehorende codes en citaten. De hiervoor ontwikkelde codeboom is te vinden in Bijlage 7.

3.2.1 BESCHRIJVING CLUSTERS

Omaha

Sinds Omaha is overgekomen naar Nederland gaan steeds meer thuiszorgorganisaties met dit systeem werken, zijn dit van plan of overwegen het.

“wij gaan ergens dit jaar, maar ja dat is een heel technische verhaal met leveranciers...” wvk 3

Dit heeft mede te maken met de digitalisering van de zorg in Nederland dit omdat organisaties gedwongen worden om een keuze te maken voor een digitaal systeem. Met het digitale systeem is het voor de wijkverpleegkundige mogelijk om ook buiten het kantoor het dossier van de cliënt in te kijken. Ook kan de verpleegkundige werken op verschillende devices, zo hebben de meeste wijkverpleegkundige de beschikking over een eigen tablet of smartphone. Zo kan tijdens een intake de informatie direct worden ingevoerd in het systeem. Wanneer het Omaha systeem binnen een organisatie geïntegreerd wordt is het vaak wel even wennen voor de wijkverpleegkundige en het team en wordt het gezien als een grote verandering ten opzichte het werken op papier.

“Ja inderdaad sinds vanwege het digitale werken is het inderdaad toch beetje echt even, even anders denken hoor” wvk 1

Dit omdat er opeens gewerkt wordt met een “doorklikstelsysteem” waarbij de wijkverpleegkundige gedwongen wordt om volgens een bepaalde volgorde door het systeem te gaan.

Wanneer er gevraagd wordt naar de mening van de wijkverpleegkundige over het systeem wordt meerdere malen benoemd dat het vrij voorgekauwd is, ze geven aan dat ze zelf eigenlijk niet meer na hoeven te denken en worden er soms zelf wat lui van.

“nou ja wat ut uh... het voordeel is van Omaha is dat uh het voor je denkt dus eigenlijk hoef je ja, een beetje kort door de bocht gezegd hoef je eigenlijk niet zo veel meer te denken” wvk 2

Maar aan het digitaal werken worden ook zeker voordelen ondervonden. Omdat de wijkverpleegkundige vanuit kantoor de rapportage van een cliënt kan inzien heeft zij een beter beeld van de situatie. Maar er worden ook punten gemist. Zo zijn de signalen en symptomen in het systeem vrij standaard, maar een cliëntsituatie kan heel specifiek zijn. Het gevolg is dat de wijkverpleegkundigen niet altijd hun verhaal kwijt kunnen bij de gestandaardiseerde gedeeltes van Omaha en vaak het vakje overig of toelichting volschrijven.

“.. het is allemaal aankruisen en uh afvinken dus daar heb ik soms wel een beetje moeite mee ik eindig vaak in het overig patroon waar ik mijn eigen verhaal neerzet” wvk 1

Ook hebben de wijkverpleegkundigen moeite met de nieuwe methode van doelen beschrijven. Ze zijn gewend om SMART doelen te beschrijven met duidelijke uitkomsten.

“ .. je hebt niet echt een duidelijk plek zeg maar war je uh.. om je doel te omschrijven” wvk 2

Een deel van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen ziet het Omaha systeem als een hulpmiddel, of leidraad die gebruikt kan worden binnen het verpleegkundig proces, met name het klinisch redeneerproces. In dit proces wordt zelden nog gebruik gemaakt van de PES-structuur door de wijkverpleegkundigen.

De verschillende gebieden van Omaha zijn ondergebracht in vier domeinen. Deze domeinen kunnen ingevuld worden naar aanleiding van de intake om een compleet beeld (ofwel holistisch) van de persoon te schetsen. Tijdens de intake kan de informatie direct in de verschillende domeinen in het systeem uitgewerkt worden, maar niet iedere wijkverpleegkundige kiest ervoor om meteen volgens dit systeem te werken. Vaak maken ze tijdens de intake aantekeningen en werken ze dit later op kantoor uit.

Wanneer de domeinen van Omaha zijn beschreven kan de wijkverpleegkundige een keuze maken uit de verschillende gebieden door deze aan te klikken. Er zijn 42 verschillende gebieden onderverdeeld in de 4 domeinen die de wijkverpleegkundige kan kiezen, afhankelijk van de situatie van de cliënt. Vaak zijn er verschillende gebieden van belang in de casus, maar kiest de wijkverpleegkundige ervoor om informatie die bij meerdere gebieden hoort onder één gebied te plaatsen. Dit wordt gedaan omdat het zorgplan anders erg uitgebreid wordt en daarmee onoverzichtelijk.

“[...] daar ja om niet al te veel uh hoe hete deze, gebieden te kiezen, omdat dat anders ook heel onoverzichtelijk wordt voor de verzorgende” wvk 6

Wanneer de gebieden gekozen zijn kan de wijkverpleegkundige hier kenmerken aan koppelen, wanneer in een gebied een kernmerk actueel is, wordt het zichtbaar in het zorgplan, wanneer deze potentieel is, is het niet direct zichtbaar.

“Oh ja, nou ja dus dit vind ik in ieder geval wel actueel, is wel de vraag van ga ik dit nou weer opnemen in mijn uh.. (zucht)” wvk 2

Bij ingewikkelde casuïstiek kan het dus gebeuren dat het zorgplan erg uitgebreid of groot wordt.

Om het gebied specifiek te maken kunnen er signalen en symptomen die de cliënt presenteert aangevinkt worden. Echter gebeurt het soms dat het systeem al ingevuld wordt als de wijkverpleegkundige de cliënt nog niet gezien heeft. Dit komt omdat de wijkverpleegkundige de zorg soms al moet starten voordat er een moment is ingepland voor de intake, het team moet immers wel weten wat ze bij de cliënt moeten doen.

Tot slot worden de acties ingevuld die uitgevoerd moeten worden tijdens de zorg aan de cliënt. Deze acties zijn deels gecodeerd en deels vrije tekst. Afhankelijk van de aanbieder (bijvoorbeeld Nedap of Ecare) kan het Omaha systeem zich verschillend presenteren. Zo kan bij het Nedap systeem de wijkverpleegkundige zelf de relevante gebieden aanklikken en wordt de wijkverpleegkundige bij het Ecare systeem gedwongen om elk gebied bij langs te gaan.

NNN

Eén van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen werkte met de classificatie NNN in het digitale systeem van Nedap. De organisatie wilde eerst overgaan op Omaha. Nadat de wijkverpleegkundige hadden kenbaar gemaakt met NNN te willen werken, omdat zij hier in geschoold waren, zijn ze overgegaan op NNN.

De wijkverpleegkundige ziet heel wat voordelen van het digitale systeem ten opzichte van de papieren versie. Zo vindt hij het handig dat alles is opgeslagen in het systeem en hij niet alle papieren bij zich hoeft te houden. Maar ook dat hij van zijn collega's alles kan lezen.

Het systeem is opgebouwd met eerst een leeg tekstvlak waar de wijkverpleegkundige zijn eerste bevindingen kwijt kan. De wijkverpleegkundige geeft aan dat de ene collega het invult bij de cliënt thuis en de andere collega het eerst op papier schrijft en het later op kantoor digitaal invult. De wijkverpleegkundige gaat in zijn hoofd dan verschillende punten bij langs.

"[...] de risicosignalering de onderwerpen, medicatie, incontinentie, depressie uh al dat soort onderwerpen ga je al bij langs er is een complete vraag vaak als we komen dus daar heb je het over uh en een beetje de, de mantelzorg en netwerk er op heen om in kaart te brengen." Wkv 7

Ook vraagt hij aan de cliënt wat het grootste probleem van dat moment voor haar is en waar zij naar toe zou willen werken. Daarna gaat de wijkverpleegkundige de PES bij langs. De wijkverpleegkundige probeert zo te achterhalen wat het daadwerkelijke probleem is.

"Het probleem is dan zelfstandigheid te kort in wassen nee omdat iemand zich niet kan wassen. Nee dat is niet het probleem dat is de interventie. Ik ga ondersteunen bij het wassen. Het probleem is eigenlijk die pijn." Wkv 7

Daarna komen de dertien domeinen. Door ervaring met Nanda hoeft de wijkverpleegkundige niet alle domeinen bij langs. Hij weet wat onder welk domein staat en gaat alleen die domeinen bij langs die van toepassing zijn op de casus. Bij elke verpleegkundige diagnose staan een aantal indicatoren. Wanneer 50% of meer van die indicatoren van toepassing zijn, dan geeft het systeem aan dat de diagnose inderdaad gesteld kan worden. De wijkverpleegkundige ziet dit als een check voor zichzelf of hij de juiste diagnose heeft gesteld.

Vervolgens wordt er overgegaan op de interventies. De verpleegkundige diagnoses die eerder al gesteld zijn, zijn aangevinkt. Aan de diagnose zijn interventies en uitkomsten gekoppeld, vanuit de NIC en NOC. Er wordt een doel SMART geformuleerd, hierbij wordt de eerder opgestelde PES gebruikt. De wijkverpleegkundige doet dit zodat het voor de verzorgende duidelijk is waarom zij zorg komen leveren. Hij wil duidelijk maken wat het probleem achter de zorgvraag is.

"[...] een zorgplan is leuk collega's die lezen van oh ik moet douchen nou, ik ga iemand douchen maar waarom moet je iemand douchen. En dat is juist het belangrijke. Want dat ja, of dat vanwege een knieoperatie of vanwege geheugenproblemen is, ja dat is een heel ander, een heel groot verschil."
Wkv 7

Vervolgens wordt gekeken welk zorgresultaat vanuit NOC hierbij past, aan deze zorgresultaten zijn verschillende interventies vanuit de NIC gekoppeld. De wijkverpleegkundige neemt de zelfredzaamheid van de cliënten mee in de keuze voor een NIC-interventie, door eerst te observeren wat de cliënt zelf kan.

Bij de zorgresultaten en interventies is mogelijkheid tot vrije tekst, maar de voorkeur gaat uit naar de standaard vanuit de NIC en NOC om zo de methodiek niet los te laten. Wanneer het niet duidelijk is welke diagnose gesteld moet worden, of wanneer de wijkverpleegkundige geen tijd heeft om het zorgplan in te vullen, wordt er weleens uitgeweken naar vrije tekst. Zodat de collega's wel zorg kunnen gaan leveren.

Voor het zorgplan kan een geldigheidstermijn en evaluatiemoment worden ingesteld. Dit kan per doel of voor het hele zorgplan zijn. Het systeem geeft een melding wanneer er een evaluatie gepland moet gaan worden. Tijdens de evaluaties wordt bekeken of het zorgplan nog klopt of dat het aangepast moet worden. De wijkverpleegkundige streeft er naar de doelen zo SMART mogelijk te formuleren zodat tijdens een evaluatie duidelijk blijkt of een doel behaald is of niet.

Overig classificatiesysteem/ systeem

Veel thuiszorgorganisaties werken of werkten met behulp van de Gordon patronen ter ondersteuning van het invullen van de anamnese. Gordon heeft een classificatiesysteem ontwikkeld van functionele gezondheidspatronen en het gebruik daarvan voor de verpleegkundige anamnese en diagnostiek. De wijkverpleegkundige hebben het structuur van Gordon vaak nog goed in het hoofd zitten omdat dit een veelgebruikte structuur is die ook al in de opleiding aangeleerd wordt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Omaha. Vaak werd Gordon gebruikt in combinatie met het Carpenito boekje om op die manier PES-structuren te beschrijven en een zorgplan op te bouwen. Echter stappen organisaties nu over van deze methode naar een systeem digitaal veel wordt toegepast.

'Gordon voor de anamnese en daarnaast gewoon de, de PES-structuur zeg maar dus uh. Met Carpenito. Maar uiteindelijk zijn we toch overgegaan op Omaha'' wvk 1

Behalve de veelgebruikte classificatiesystemen zoals NNN en Omaha was er ook een wijkverpleegkundige tussen de geïnterviewde die binnen de organisatie met hun eigen opgestelde format werkte.

'Ja wij hebben, anderhalf jaar geleden is er voor gekozen om dus eindelijk de overstap te maken naar een digitalisering van ons. Dat is nu allemaal in een systeem wat gewoon door de hele organisatie breed gebruikt wordt op de iPad en de computer. Dat is eigenlijk redelijk soort van last minute in elkaar geflanst'' wvk 3

In dit systeem worden er hulpvragen beschreven bij het domein waar dit onder valt. Vervolgens worden de interventies beschreven en het doel. Dit eigen systeem werd gebruikt omdat er nog geen keuze was gemaakt voor een bestaand digitaal systeem, maar er wel digitaal gewerkt moest gaan worden. De plannen om toch over te stappen naar het Omaha systeem lagen in deze situatie al klaar.

HOOFDSTUK 4 DISCUSSIE EN CONCLUSIE

4.1 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken naar de sterke en zwakke punten van dit onderzoek.

Tijdens het onderzoek is de opdrachtgever actief op de hoogte gehouden door de onderzoekers. Ook heeft de opdrachtgever regelmatig feedback gegeven. Dit heeft ertoe geleid dat het rapport aansluit op de behoeften van de opdrachtgever (Verhoeven, 2014).

Think Aloud sessies.

Het was voor beide onderzoekers de eerste keer dat ze TA-sessies afnamen. De onderzoekers zijn dus geen deskundigen, ondanks de voorbereiding en zorgvuldigheid kan het zijn dat de methode niet volledig juist is uitgevoerd.

De TA-sessies zijn gehouden met zeven wijkverpleegkundigen die zijn aangesloten bij de V&VN. Het merendeel was ambassadeur van de wijkverpleging. Het is dus een kleine groep wijkverpleegkundigen die zeer actief zijn binnen hun vakgebied. Daarnaast hebben er meer mannen dan vrouwen meegedaan aan de sessies. De resultaten zouden hierdoor een vertekend beeld kunnen geven van de populatie, wat maakt dat de resultaten niet volledig generaliseerbaar zijn voor de complete beroepsgroep (Verhoeven, 2014).

Tijdens de sessies werkten vijf wijkverpleegkundigen met Omaha, één met NNN en één met een eigen classificatiesysteem. Omaha is dus het meest uitgebreid in de praktijk onderzocht, waardoor hierover ook meer bevindingen zijn opgedaan. Binnen dit onderzoek worden Carpenito en de Kernsets alleen onderzocht middels deskresearch, doordat deze systemen niet aan de orde zijn gekomen bij de TA-sessies.

Uit de TA-sessies blijkt dat wijkverpleegkundigen gebieden binnen het Omaha systeem samenvoegen. Dit om ervoor te zorgen dat het zorgplan overzichtelijk blijft. Echter is deze werkwijze niet terug te vinden in de literatuur.

Een aantal wijkverpleegkundigen geven aan Omaha voorgekauwd te vinden, ze worden in een bepaalde richting gestuurd en het maakt ze lui. Hierbij geven ze aan de druk van de organisatie en zorgverzekeraar te voelen om het systeem te volgen. Terwijl uit de literatuur blijkt dat een classificatiesysteem dient als geordend kader. Het hoort de wijkverpleegkundige te ondersteunen in het gestructureerd documenteren van gegevens, maar vervangt nooit het klinisch redeneren (Haaren & Mast, 2017).

De wijkverpleegkundige die werkte met NNN was tevreden over het systeem. En vind het prettig om met de PES-structuur te werken. Dit is iets wat binnen Omaha regelmatig gemist wordt aldus deze wijkverpleegkundige.

Deskresearch

Bij de deskresearch waren er genoeg bronnen om een compleet beeld te vormen van de Omaha, NNN en Carpenito.

De Nationale Kernsets als geheel zijn momenteel nog in ontwikkeling door V&VN (Kieft, 2015). Er wordt verwacht dat dit systeem in de toekomst door de wijkverpleegkundige toegepast wordt om de cliënt gegevens uitwisselbaar te maken. Echter wordt dit systeem momenteel nog niet toegepast

door de individuele wijkverpleegkundige. Omdat alleen de theorie en niet de praktijktoepassing in dit onderzoek in beeld is gebracht zijn de gegevens hoogstwaarschijnlijk onvolledig.

Er is voornamelijk gebruik gemaakt van het boek 'Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties' (Haaren & Mast, 2017). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de deskresearch te veel is onderbouwd op basis van één bron. Echter is het boek van het jaartal 2017 waardoor het een zeer recente bron is. Ook is het geschreven door een onafhankelijke auteur. Tijdens de deskresearch hadden de onderzoekers nog gestructureerder te werk kunnen gaan. En was er mogelijke meer internationale literatuur te vinden over de verschillende classificatiesystemen.

In de uitgewerkte zorgplannen is te zien dat bij Omaha de interventies in steekwoorden worden weergegeven en er gesproken wordt over acties. In de specificatie wordt dit in eigen woorden verder uitgewerkt. Bij NNN wordt er gesproken over activiteiten en zijn de interventies meer gedetailleerd weergegeven en is er geen gebruik gemaakt van vrijetekst.

4.2 CONCLUSIE

Tijdens dit onderzoek stond de volgende hoofdvraag centraal:

“Hoe worden de meest voorkomende verpleegkundige classificatiesystemen binnen Nederland in het zorgproces van alledag toegepast door de individuele wijkverpleegkundige?”

Binnen de wijkzorg worden er verschillende systemen gebruikt om de wijkverpleegkundigen te ondersteunen in het indicieerproces. Sinds de digitalisering van het documenteren van zorg zijn veel organisaties (sinds kort) overgestapt op NNN en het Omaha systeem, omdat deze systemen digitaal beschikbaar zijn.

Het Omaha Systeem en NNN zijn zeer verschillend van elkaar. Ze hanteren verschillende werkwijzen, terminologie en beschrijving van interventies. Ook is het afhankelijk van de softwareaanbieder hoe het systeem gepresenteerd wordt.

Het Omaha systeem bestaat uit 4 niveaus die door de wijkverpleegkundige doorlopen moeten worden. De meeste onderdelen zijn hier gecodeerd weergegeven. Aan het eind kan de wijkverpleegkundige bij de acties met een vrije invulling van tekst het zorgplan specifiek op de situatie van de cliënt afstemmen.

Het NNN-systeem bestaat uit 3 verschillende classificatiesystemen die elkaar ondersteunen. Uit dit systeem wordt een geheel gecodeerd zorgplan weergegeven. Er is mogelijkheid tot vrijetekst, maar dit is niet wenselijk.

Uit de TA-sessies is gebleken dat Omaha door de individuele wijkverpleegkundigen zeer uiteenlopend wordt gebruikt. Zo geeft de ene wijkverpleegkundige aan het als hulpmiddel te gebruiken tijdens het klinisch redeneerproces en de ander zegt door het systeem minder na te hoeven denken en vinkt alles gewoon af. Daarnaast wordt de manier van doelen beschrijven binnen het Omaha Systeem vaak niet begrepen.

De PES binnen het NNN-systeem vindt de wijkverpleegkundige van grote waarde, deze wordt binnen het Omaha systeem vaak gemist. Een enkeling benoemt dat nog altijd de PES-structuur toepassen en deze te “testen” door het Omaha systeem te gebruiken. Daar in tegen vinden ze het werken met een digitaal systeem erg prettig omdat ze overal de planning en rapportage in kunnen zien en hierdoor beter op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt.

Vanuit de literatuur blijkt dat bij het kiezen van een diagnose binnen het NANDA-systeem de definitie van de diagnose bepaalt of deze van toepassing is of niet. Echter het digitale systeem waar de wijkverpleegkundige mee werkt, scoort op de meest bepalende kenmerken en gerelateerde factoren. Dit laat zien dat de literatuur van NNN niet geheel overeenkomt met de praktijk.

Behalve het Omaha Systeem en NNN wordt er door een aantal organisaties ook met Carpenito gewerkt. Carpenito is een zakboek voor verpleegkundigen en dient als hulpmiddel bij het opstellen van een zorgplan. Voor de meeste diagnoses is er gebruik gemaakt van NANDA geaccepteerde diagnoses en verwijst naar NIC en NOC. Dit systeem is tijdens dit onderzoek niet in de praktijk gezien.

Omdat organisaties met verschillende systemen werken en de uitwisseling van gegevens hierdoor bemoeilijkt wordt, is V&VN bezig met de ontwikkeling van de Nationale Kernsets. De nationale Kernset is geen classificatiesysteem maar biedt de mogelijkheid om gegevens uit classificatiesystemen of zorgdossiers aan elkaar te linken. Het is gebaseerd op de terminologie SNOMED CT. Dit systeem is in opkomst en wordt nog niet in de dagelijkse praktijk toegepast door de individuele wijkverpleegkundige. Momenteel is V&VN in de ontwikkelfase van het gehele systeem. De verwachting is dat wijkverpleegkundige dit systeem gaan toepassen in de dagelijkse praktijk om zorgplannen uitwisselbaar te maken bij bijvoorbeeld overname op opname van een cliënt.

HOOFDSTUK 5 AANBEVELINGEN

Dit hoofdstuk bevat aanbevelingen die de projectgroep kan meenemen bij het ontwikkelen van de tool:

- In de wijkverpleging is het gebruik van een digitaal classificatiesysteem met ingang van 1-1-2017 verplicht. Hiervoor geeft het V&VN normenkader de keuze uit 4 systemen, te weten: ICF, RAI, Omaha of NANDA/NIC/NOC. Binnen dit verslag is onderzoek gedaan naar vooraf afgesproken systemen. Wanneer de tool gekoppeld zou worden aan de classificatiesystemen zou mogelijk meer onderzoek gedaan moeten worden naar classificatiesystemen die in dit onderzoek niet behandeld worden. Dit zijn onder andere ICF en RAIVIEW.
- Het grootste deel van de thuiszorg werkt met het Omaha systeem of is bezig met de overgang naar dit systeem. Ook wordt de NNN geregeld gebruikt. Wanneer een tool gekoppeld zou worden aan digitale classificatiesystemen zouden de meeste wijkverpleegkundigen bereikt worden door de tool aan een van deze systemen te koppelen.
- Binnen het digitale systeem van Omaha en NNN zijn gecodeerde standaarden opgenomen. Een mogelijke tool zou hieraan gekoppeld kunnen worden, omdat wijkverpleegkundigen deze standaarden bij langs gaan tijdens het indiceren en dan naast de standaard interventies ook getriggerd worden aan eHealth te denken. Zo zijn bij het Omaha systeem de gebieden, signalen en symptomen en de eerste twee onderdelen van de acties gecodeerd (voor de acties zie Bijlage 5). En zijn bij NNN alle NIC-interventies gecodeerd.
- Afhankelijk van de aanbieder (bijvoorbeeld Ecare of Nedap) van Omaha kan het systeem zich zeer verschillend presenteren, zo kan er binnen Nedap zelf gekozen worden welke gebieden van belang zijn, en ga je binnen Ecare alle gebieden bij langs. Hier dient rekening mee gehouden te worden wanneer een mogelijke tool gekoppeld zou worden aan verschillende systemen. Volgens de literatuur blijft het basisprincipe van Omaha hetzelfde, hier dient dus vanuit gegaan te worden.
- De wijkverpleegkundigen werken zeer uiteenlopend met het Omaha systeem of begrijpen bepaalde onderwerpen van het systeem niet. Wanneer een tool afgestemd wordt op het Omaha systeem is eerst een eenheid van gebruik nodig onder de wijkverpleegkundigen. Hiervoor zou scholing ingezet kunnen worden of hebben de wijkverpleegkundigen meer tijd nodig om het systeem te begrijpen.
- Momenteel zijn de Nationale Kernsets als geheel in ontwikkeling. Er wordt verwacht dat dit systeem in de toekomst een rol gaat spelen in de dagelijkse praktijk van de individuele wijkverpleegkundige bij het uitwisselen van gegevens bij bijvoorbeeld overname of opname. Advies is om verder onderzoek te verrichten naar dit systeem wanneer het daadwerkelijk wordt toegepast in de praktijk om dit mee te kunnen nemen in de koppeling voor de tool.

LITERATUURLIJST

- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Velden, T. v. d. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. In (Vol. 3). Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers.
- BTSG bibliotheek. (2017). Het Omaha System. Retrieved from <https://www.btsg.nl/infobulletin/Omaha.html>
- Bulechek, G. (2016). *Verpleegkundige interventies* (4 ed.): Springer Media.
- Burbach, B., Barnason, S., & Thompson, S. A. (2015). Using 'Think Aloud' to Capture Clinical Reasoning during Patient Simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 1-7. doi:10.1515/ijnes-2014-0044
- Carpenito-Moyet, L. J. (2012). *Zakboek verpleegkundige diagnoses* (4 ed.): Noordhoff.
- Cingel van der, M. (2014). Klinisch redeneren: Denken en doen! *Bijzijn XL*, 7(6), 12-15. doi:10.1007/s12632-014-0073-2
- Cordia, A. (2014). Ehealth voor zorgprocesinnovatie volgens Design for Lean Six Sigma en ISO 9001. In *Ontwerp van eHealth technologie voor urgentiebeoordeling en communicatie, inclusief praktijkbeschrijvingen* (pp. 16). Rotterdam: University Press van Hogeschool Rotterdam.
- Dohmen, D. (2016). Financiering van eHealth in de wijkverpleging: alle ins en outs voor 2017. Retrieved from <https://www.focuscura.com/nl/kennisontwikkeling/blog/financiering-van-ehealth-in-de-wijkverpleging-alle-ins-en-outs-voor-2017>
- Eliens, A. (2015). Worstelen met eenheid van taal. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13(3), 24-24. doi:10.1007/s12468-015-0033-2
- Graaf, d.-W., Helen I., & Speksnijder, H. T. (2014). Instrumenten voor het verpleegproces. In *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening* (pp. 41-67). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haaren, v. E., & Mast, J. (2017). Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties. In d. H. Graaf-Waar (Ed.), *Werken met Omaha System, Nanda-I/ NIC/NOC* (Vol. 1). Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janssen, R., & Hettinga, M. (2015). eHealth in de wijk (voorstel). In *Ondersteuning voor de wijkverpleegkundige bij het indiceren van eHealth* (1.0 ed.). Zwolle: Windesheim Zwolle.
- Keurhorst, M., Kusters, S., & Laurant, M. (2011). De wijkverpleegkundige van de toekomst. In Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Kieft, R. (2015). De Nationale Kernset. In *De beroepsstandaard voor het vastleggen van zorggegevens*. Utrecht: V&VN.
- Kleverlaan, E. (2016). Eenduidige interpretatie over de cliënt. *Zorgvisie ICT*, 17(4), 32-33. doi:10.1007/s41186-016-0053-9
- LaPenseuse. (2014). Retrieved from http://4.bp.blogspot.com/-7g82AWM6BtQ/UyQj1mF_jwI/AAAAAAAAAKmU/8FIVRYtetFA/s1600/download+%25281%2529.jpg
- Martin, K. M., RN, FAAN, Leak, G. P., & Aden, C. M., RN. (1992). The Omaha System: A Research-Based Model for Decision Making. In (Vol. 22). *Jona the journal of nursing administration*: Wolters Kluwer.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2017). *Verpleegkundige zorgresultaten* (3 ed.): Bohn Stafleu van Loghum.

- NandaNetwerk. NANDA-I, NIC en NOC digitaal in Nederland. Retrieved from <http://www.nandanetwerk.nl/index.php/informatie/45-nanda-i-nic-en-noc-digitaal-in-nederland>
- NICTIZ. (2017). Nationale Kernset. Retrieved from <https://www.nictiz.nl/Paginas/nationale-kernset.aspx>
- Nictiz. (z.d.). NANDA. Retrieved from <https://www.nictiz.nl/standaarden/nanda>
- NIVEL. (2016). Technologie in de zorg en eHealth. Retrieved from <http://www.nivel.nl/nl/technologie-in-de-zorg-en-ehealth>
- Oelen, M. (2015a). Gebruik classificatie verplicht voor wijkverpleging. Retrieved from Nursing.nl website: <https://www.nursing.nl/verpleegkundigen/nieuws/2015/5/gebruik-classificaties-verplicht-voor-wijkverpleging-1764887w/>
- Oelen, M. (2015b). Wat wil V&VN met de Nationale Kernset? Retrieved from <https://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Achtergrond/2015/7/Wat-wil-VVN-doen-met-een-Nationale-Kernset-1915399W/>
- Omaha System Support. (2017). Over Omaha System. Retrieved from <http://www.omahasystem.nl/omaha/over-omaha-system.html>
- Rijn van, M. J. (2017). *Bekostiging wijkverpleging 2017*. Rijksoverheid: Rijksoverheid.
- Rosendal, H., & van Dorst, J. (2015). Indiceren in het verpleegproces. *Bijzijn XL*, 8(5), 11-16. doi:10.1007/s12632-015-0061-1
- Schuurmans, P. d. M., Lambregts, D. J., V&V Projectgroep 2020, Grotendorst, D. A., & Merwijk, v. C. (2012). Beroepsprofiel verpleegkundige3, 16. Retrieved from http://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profieel%20verpleegkundige_def.pdf
- Skipr. (2015). Classificatiesysteem Nanda Nic Noc gaat digitaal. Retrieved from Skipr website: <https://www.skipr.nl/actueel/id24730-classificatiesysteem-nanda-nic-noc-gaat-digitaal-.html>
- Straalen, v. L., & Bont, d. M. (2014). Wijkverpleegkundig indiceren kan niet zonder klinisch redeneren14, 6/7. Retrieved from http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/2014_2%20klinisch%20redeneren.pdf
- Timmer, S. (2011). eHealth in de praktijk. In *Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Treffers, H. (2016). Hoe past u met succes technologie toe in uw zorgorganisatie? Retrieved from <http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-hoe-past-u-met-succes-technologie-toe-in-uw-zorgorganisatie.html>
- Universiteit Utrecht. (2016). Training Master ASW Jeugdstudies: Opdracht 6.
- Data-extractie. Retrieved from <http://libguides.library.uu.nl/c.php?g=401886&p=2733856>
- V&VN. Classificatie. Retrieved from <http://vzi.venvn.nl/Standaarden/Classificatie>
- V&VN. (2014a). Standpunt V&VN over classificatiesystemen. Retrieved from <http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/20250/Standpunt-VVN-over-classificatiesystemen>
- V&VN. (2014b). Verpleegkundige indicatiestelling: het normenkader. Retrieved from <http://mgz.venvn.nl/Verpleegkundige-indicatiestelling>
- V&VN. (2016a). De Nationale Kernset. In.
- V&VN. (2016b). Indiceren en classificeren. Retrieved from <https://www.zorgleefplanwijzer.nl/nieuws/item/indiceren-en-classificeren.html>

- Verhoeven, N. (2014). Wat is onderzoek? In *Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Vilans. (2014). Zoeken naar de gouden standaard. In *Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Vilans.

BIJLAGE 1 TABEL CLASSIFICATIESYSTEMEN

In onderstaand tabel worden de verschillende classificatiesystemen die bruikbaar zijn voor de wijkverpleegkundige weergegeven (V&VN, 2016b).

Titel	Inhoud	Ontwikkeld door
International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	Ordent op systematische wijze aspecten van de functionele gezondheidstoestand van de mens, die verband houden met gezondheidsproblemen. Er wordt gekeken naar functies, anatomische eigenschappen, stoornissen, activiteiten, beperkingen, participatie, participatieproblemen, externe factoren en persoonlijke factoren.	World Health Organization (WHO)
NANDAInternational (NANDA-I)	Classificeert de labels van de diagnoses. Verpleegkundige diagnoses zijn samengesteld uit een label of naam (P), een definitie, samenhangende factoren of oorzaken (E) en de belangrijkste bepalende kenmerken(S).	North American Nursing Diagnosis Association
Nursing Intervention Classification (NIC)	Classificeert elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen.	McClosky & Bulechek
Nursing Outcome Classification (NOC)	Is een classificatie van zorgresultaten. Verpleegkundige zorgresultaten beschrijven de toestand, gedragingen, opvattingen of belevingen van een patiënt die het gevolg zijn van verpleegkundige interventies.	Johnson & Maas
Omaha System	Gestandaardiseerd classificatiesysteem dat gezondheid en zorg omschrijft vanuit een holistisch perspectief. Het classificatiesysteem kent 4 zorgdomeinen met 42 problemen; 4 interventie categorieën en 75 interventiegebieden. Daarnaast bevat het Omaha een scoremogelijkheid waarmee de zorgproblemen worden beoordeeld en geëvalueerd.	The Visiting Nurse Association of Omaha (located in Nebraska)
RAIview	Een gestructureerde en wetenschappelijk gevalideerde methode om de gezondheidsrisico's en (zorg) behoeftes van kwetsbare mensen te beoordelen en te volgen. Het geeft tevens advies voor passende zorgacties.	Nederlands instituut voor gezondheidszorg en welzijn (NIGW)

BIJLAGE 2 DATA EXTRACTIE FORMULIER

Naam Artikel	Auteur, jaartal	Kwaliteit van publicatie	Belangrijkste resultaten/ conclusie uit literatuur
OmahaSystem	Omaha systeem support, 2017	Doel van de stichting Omaha System Support is informatievoorziening in zorg en welzijn vanuit het perspectief van de cliënt en de professional te verbeteren.	Algemene informatie over de opkomst van Omaha. En korte beschrijvingen over de opbouw en manier van werken met Omaha. Zo worden de scores die wij verpleegkundige aan de situatie van de cliënt geeft duidelijk gedefinieerd.
Boek: Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties	Elly van Haaren, Jennie Mast, Helen de Graaf-Waar, Rens Martijn, 2017	De auteurs van dit boek hebben allemaal na hun HBO-V, verpleegwetenschappen gestudeerd. Het boek is geschreven voor (student) verpleegkundigen die zich het werken met het Omaha System en NNN eigen wil maken.	<p>ALGEMEEN: Klinisch redeneren is een continu en systematisch proces. Het is de basis van het verpleegkundig handelen. Het zorgproces begint bij de patiënt, hiermee vertrouwen winnen, relatie opbouwen en informatie verzamelen. Classificaties dienen als geordend kennis kader. Helpen verpleegkundigen om gegevens gestructureerd te documenteren maar vervangen nooit het klinisch redeneren. Ondersteunt bij de anamnese het bepalen van welke zorg nodig is en helpt niets te vergeten. Elk classificatie grijpt op een ander moment in op het verpleegkundig proces</p> <p>NANDA -Vaststellen van diagnose en evaluatie -Op basis van wetenschappelijk onderzoek is voor iedere diagnose een definitie, etiologische factor en verschijnselen of risicofactoren beschreven -Wordt vaak in combinatie met NIC NOC gebruikt omdat het samen het hele verpleegkundig proces omvat.</p> <p>NIC -Plannen en uitvoeren van de interventies evaluaties</p> <p>NOC -Vaststellen van de gewenste uitkomsten en evaluatie</p> <p>OMAHA De belangrijkste resultaten uit dit boek betreft de opbouw van het Omaha systeem. Hierin komen de domeinen, aandachtsgebieden, scores en acties naar voren en worden beschreven hoe hiermee gewerkt dient te worden door de wijkverpleegkundige. Ook wordt binnen het boek duidelijk aangegeven dat het systeem als ondersteuning dienst voor het verpleegkundig proces en het klinisch redeneren het belangrijkste onderdeel voor de verpleegkundige blijft.</p>
Het Omaha System	Btsg.nl, 2017	Innovatieve site over ouderenzorg	Geschiedenis over de opkomst en herkomst van het classificatiesysteem Omaha.
De Nationale Kernset	V&VN		Samenvatting van belangrijkste voordelen kernsets door middel van een afbeelding.
Kernsets	V&VN		Ontstaan van Kernsets
De nationale Kernset. De beroepsstandaard voor het vastleggen van zorggegevens	V&VN		Document waarin een uitgebreide uitleg van de nationale Kernsets wordt gegeven waaronder het ontstaan, noodzaak en gebruik.
Digitaal zorgdossier	Digitaal zorgdossier, 2017		Hier wordt aangegeven dat Omaha digitaal beschikbaar is.
NANDA-I, NIC en NOC digitaal in Nederland	Nanda Netwerk		Organisatie van digitalisering NNN in Nederland
Nationale Kernset	NICTIZ	Stuk geschreven door NICTIZ, de samenwerkingspartner van V&VN bij de kernsets.	Op deze site wordt inzichtelijk gemaakt hoe ver de ontwikkeling van de Kernsets zijn.

Wat wil V&VN doen met een Nationale Kernset?	Nursing, 2015	Nursing is een vakblad.	Er wordt een interview gegeven waar de bedoelingen van V&VN duidelijk worden m.b.t. de nationale Kernset.
Verpleegkundige interventies	Bulechek, 2016		Uitwerking van de NIC
Verpleegkundige resultaten	Moorhead & Johnson, 2017		Uitwerking van de NOC
Classificaties	V&VN		Overzicht meest gebruikte classificaties.
Zakboek verpleegkundige diagnoses	Carpenito-Moyet, 2012		Zakboek dat met verpleegkundige diagnoses, interventies, resultaten. Verwijst naar Nanda, NIC, NOC. Ook gebaseerd op eigen inzichten
Classificatiesysteem Nanda, nic, noc gaat digitaal.	Skipr	Site waar nieuws artikelen voor de zorg worden gepubliceerd	Artikel over vormgeving van digitale systeem NNN

BIJLAGE 3 DRAAIBOEK THINK ALOUD SESSIES

Draaiboek	actie voldaan
Voorbereiding TA sessie	
Afspraak met wijkverpleegkundige plannen, aangeven hoe lang de sessie zal duren, welke locatie, aangeven bij voorkeur even niet bereikbaar (telefoon afgeven collega?)	
Ruimte reserveren waar de sessie niet onderbroken wordt	
Ruimte inrichten	
Voicerecorder	
Camera	
Computer indien de wijkverpleegkundigen op de computer het zorgplan opstellen.	
Bepalen welke onderzoekers/observators mee gaan en wie welke taak heeft	
Rolverdeling onderzoekers	
Facilitator/moderator:	
- Introductiegesprek	
- Begeleiding tijdens TA sessie,	
- Vragen beantwoorden over de casus	
Observator:	
- Leidt het aansluitende interview op basis observaties/doorvragen tijdens TA	
- Mag wel inmenging tijdens de TA sessie indien de observator een specifiek onderdeel ziet die niet benoemt wordt door de wijkverpleegkundige??	
Think Aloud sessie	
Fase 1 Introductie (10 minuten)	
- Kennismaken	
- Uitleg onderzoek, TA sessie en interview Wel aangeven doel/rationale onderzoek (ehealth) maar voor pilot nulmeting uitleggen dus zo min mogelijk voorbeelden etc. geven over ehealth en ze vragen zo te indiceren zoals ze normaal ook zouden doen	
Fase 2 Think aloud (20-30 minuten)	
In deze fase wordt de TA sessie uitgevoerd, de wijkverpleegkundige leest de casus en kan eventueel aanvullende vragen stellen. Meteen al tijdens het lezen kunnen we vragen hardop te denken, direct aan te geven wat door het hoofd gaat. Vervolgens zal zij het zorgplan en bijbehorende indicatie opstellen. Dit alles zal zij doen door middel van hardop te denken.	
Hier observatielijst opnemen (of onderaan als bijlage toevoegen)	
Fase 3 Interview (20-30 minuten)	
Interview door de observator, in deze fase zal de observator aan de hand van de topiclijst en de observaties die zij gedaan heeft tijdens de TA sessie doorvragen op de gedachtegang van de participant.	
Afsluiting (10 minuten)	
Evaluëren/nabespreken sessie met wijkverpleegkundige.	
Bedanken	

Beste Wijkverpleegkundige,

Bedankt voor je aanmelding, we vinden het heel fijn dat je mee wil werken aan het onderzoek voor het lectoraat ICT-innovaties in de zorg van Windesheim.

Wij zijn 2 studenten van de hbo-verpleegkunde opleiding van Windesheim te Zwolle. Wij zijn bezig met een deelonderzoek van de projectgroep eHealth in de wijk voor onze minor “praktijkgericht onderzoek”. Op basis van je aanmelding op de oproep die op V&VN is geplaatst willen wij graag de Think Aloud (hardop denken) sessies met je afnemen. Het belang van deze gesprekken is om te kijken hoe het klinisch redeneerproces van de wijkverpleegkundige in zijn werk gaat tijdens het indiceren van zorg. Het mooiste zou hierbij zijn als het mogelijk is dat een van ons mee gaat naar een intake van een nieuwe cliënt zodat je de sessie kan richten op een voor jou relevante casus, wanneer dit niet mogelijk is hebben wij een fictieve casus bij ons.

Graag ontvangen wij een telefoonnummer zodat we contact met jou kunnen leggen om samen een geschikt moment te zoeken dat wij bij je langs kunnen komen.

We zien je reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,
Rianne Bult en Nikki Duijst

BIJLAGE 5 VOORBEELDZORGPLANNEN

In deze bijlage worden zorgplannen weergegeven bijbehorend aan de verschillende systemen die gebruikt worden in de thuiszorg.

Casus:

Mevrouw Jansen is een beginnend dementerende vrouw van 83 jaar oud. Mevrouw is alleenstaand en heeft weinig contacten in de buurt. Mevrouw red zich over het algemeen nog goed in huis maar heeft volgens haar dochter, die aan de andere kant van het land woont, problemen met het overzien van haar medicatie. De wijkverpleegkundige spreekt met de dochter en de cliënt af dat het team mevrouw gaat begeleiden bij dit stukje zorg.

Omaha

Gebied	Soort Actie (gecodeerd)	Actievlak (gecodeerd)	Specificatie (vrije invulling)
Gezondheid gerelateerd gedrag domein			
<i>Medicatie</i>	Behandelen en procedures toepassen	Medicatie Uitzetten	Elke ochtend wordt de medicatie uitgezet voor de dag door de thuiszorgmedewerker volgens de medicatielijst.
<i>Medicatie</i>	Adviseren, instrueren, begeleiden	Medicatioediening	Elke ochtend en avond wordt de cliënt begeleidt door de thuiszorgmedewerker bij de inname van de medicatie.
Psychosociaal			
<i>Sociaal contact</i>	Adviseren, instrueren, begeleiden	Omgeving	De wijkverpleegkundige bespreekt de opties met de cliënt om te ondersteunen op sociaal gebied.

<u>Diagnose</u> <u>Definitie</u>	<u>NIC</u> <u>Definitie</u>	<u>NIC</u> → activiteiten	<u>NOC</u> <u>Definitie</u>
<u>Therapie ontrouw</u> <i>Gedrag van persoon en/of verzorgen dat niet overeenstemt met een van tevoren in overleg tussen een professioneel zorgverlener en individu/familie/gemeenschap opgesteld plan voor gezondheidsbevordering of behandeling. De betrokkene of de verzorger gedraagt zich niet of niet helemaal volgens het overeengekomen plan, waardoor het klinische effect geheel of gedeeltelijk uitblijft.</i>	<u>Medicatie beleid</u> <i>Bevorderen van een veilig en effectief gebruik van vrij en op recept verkrijgbare geneesmiddelen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bepaal in hoeverre de patiënt in staat is tot zelfmedicatie, indien van toepassing ▪ Werp, oude gestaakte of gecontra-indiceerde geneesmiddelen op de juiste wijze weg ▪ Ga na wat de patiënt weet over de medicatie ▪ Ga na welke factoren de patiënt kunnen weerhouden de geneesmiddelenvoorschriften op te volgen ▪ Ontwikkel samen met de patiënt strategieën om de therapietrouw te verbeteren ▪ Ga na welke vrij verkrijgbare geneesmiddelen de patiënt gebruikt en in welke dossering 	<u>Therapietrouw</u> <i>Peresoonlijke acties voor veilig medicijngebruik teneinde een therapeutisch effect voor een bepaalde aandoening te bereiken, zoals aanbevolen door een professionele zorgverlener.</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nooit 2. Zelden 3. Soms 4. Vaak 5. Altijd nvt
<u>Risico op eenzaamheid</u> <i>Verhoogd risico zich oncomfortabel te voelen door een behoefte of noodzaak meer contact te hebben met andere.</i>	<u>Activiteitenbegeleiding</u> <i>Voorschrijven van en helpen bij specifieke lichamelijke, cognitieve, sociale en spirituele bezigheden om de activiteiten van de patiënt of groep patiënten in verscheidenheid, frequentie of duur te doen toenemen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bepaal of de patiënt aan bepaalde activiteiten kan deelnemen. ▪ Ga na in hoeverre de patiënt bereid is om vaker en/of nieuwe activiteiten te ontplooiën. ▪ Help de patiënt activiteiten te selecteren die passen bij zijn lichamelijke, psychische en sociale vermogens. ▪ Stimuleer deelname aan creatieve activiteiten, indien van toepassing. ▪ Help de patiënt zo nodig vervoer te regelen van en naar de plaats waar de activiteit plaatsvindt. 	<u>Mate van eenzaamheid</u> <i>Ernst van emotionele, sociale of existentiële klachten en verschijnselen van een isolement.</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ernstig

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Help de patiënt na te gaan aan welke activiteiten hij de voorkeur geeft. ▪ Verwijs de patiënt zo nodig naar buurtcentra of andere instellingen die een activiteitenprogramma aanbieden. ▪ Help de patiënt zo nodig bij geregeld terugkerende lichamelijke activiteiten (bijvoorbeeld lopen, verplaatsen van bed naar stoel, omdraaien, persoonlijke zorg). ▪ Bied patiënten met dementie zo nodig activiteiten aan die een emotionele herinnering in zich dragen (zoals bepaalde religieuze activiteit) ▪ Pries de patiënt voor deelname aan activiteiten ▪ Help de patiënt zichzelf te motiveren en te bevestigen 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Aanzienlijk 3. Matig 4. Enigszins 5. Niet nvt
--	--	---	---

Carpenito

Probleem	Beoogde resultaten	Interventies	Evaluatiedatum
P: Risico op letsel E: Beginnend dementerend S: Problemen met het overzien medicatie, neemt ze niet in of verkeerd.	Mevrouw overziet haar medicatie en neemt deze op de juiste wijze en tijd in.	-Na gaan welke aspecten een probleem vormen bij het overzien van de medicatie	30-6-2017
P: Risico op eenzaamheid E: -Overlijden van echtgenoot S: Mw. haar dochter woont ver weg, mw. is alleenstaand en heeft weinig contacten in de buurt.	Mw. geeft aan zich minder eenzaam te voelen	-Vaststellen hoe sociaal contact vergroot kan worden.	30-6-2017

Kernsets

Difficulty managing medication (finding)



probleem met het beheer van eigen medicatie



Difficulty managing medication



probleem met het zelfstandig gebruiken en beheren van medicatie

Difficulty complying with treatment (finding)



probleem met therapietrouw



Difficulty complying with treatment



probleem met uitvoerende activiteiten om tegemoet te komen aan therapeutische gezondheidszorgvereisten en het zich conformeren aan de voorgeschreven behandelingskoers van de zorgverlener en de zorgaanbieder

Impaired social interaction (finding)



probleem met sociale interactie



Impaired social interaction



probleem met gedrag van wederzijdse sociale uitwisseling en deelname tussen een of meerdere individu(en)

Social interaction disorder

Social communication disorder

Omaha

Algemene informatie

Momenteel is Omaha uitgegroeid tot het meest gebruikte classificatiesysteem binnen de wijkverpleging in Nederland. Het systeem is ontwikkeld omdat men op zoek was naar een betere manier om de zorg te omschrijven op een eenvoudige en uniforme wijze. Het systeem moet duidelijk maken wat zorgverleners doen, waarom, wat er gebeurt en wat het resultaat is. Het systeem wordt inmiddels in 20 landen toegepast (Omaha System Support, 2017). Buurtzorg heeft samen met Ecare services een ICT-versie gemaakt die al enkele jaren getest en verfijnd is. Het volgt het verpleegkundig proces, is de basis voor het zorgplan en voor de registratie. Het Omaha systeem is open source en in principe door iedereen vrij te gebruiken. De vertaling en de ontwikkelde software zijn belegd bij de Stichting Omaha systems Europe (Vilans, 2014).

De opbouw van het systeem

Omaha is opgebouwd door middel van een aantal niveaus.

- niveau 1: de domeinen
- niveau 2: de aandachtsgebieden
- niveau 3: de kenmerken
- niveau 4: signalen/ symptomen
- een aanvullend zo nodig nog vrij tekst

De verpleegkundige begint tijdens de intake met te groeperen wat er speelt bij de patiënt (de intake/anamnese).

Deze groeperingen worden binnen

Omaha domeinen genoemd. Binnen het Omaha systeem zijn er 42 aandachtsgebieden verdeeld in 4 domeinen (Haaren & Mast, 2017). De domeinen zijn:

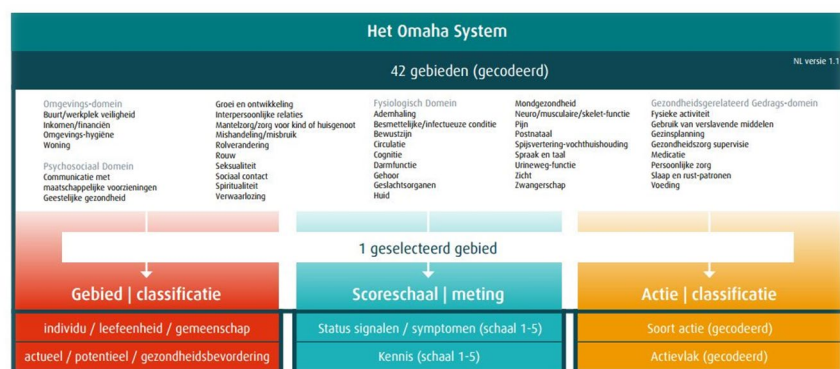
- Het omgevingsdomein (4 gebieden)
- Het psychosociale domein (12 gebieden)
- Het fysiologische domein (18 gebieden)
- Het domein gezondheid gerelateerd gedrag (8 gebieden) (BTSG bibliotheek, 2017).

Wanneer deze 4 domeinen beschreven zijn ontstaat er een compleet beeld van de cliënt (holistische visie). Wanneer de verpleegkundige de domeinen beschreven heeft kan ze zich een beeld vormen van de aandachtgebieden die bij deze cliënt van belang zijn. Deze aandachtgebieden kunnen binnen Omaha geselecteerd worden waarna deze verder gespecificeerd kunnen worden. Wanneer een bepaald aandachtgebied gekozen is kan hier een kenmerk aan gegeven worden. De kenmerken zijn:

- individuele vraag
- vraag van leefbaarheid
- vraag van gemeenschap (Haaren & Mast, 2017).

Vervolgens kan de verpleegkundige nog een kenmerk toezeggen aan het aandachtsgebied. Deze kenmerken zijn:

- actueel
- potentieel
- gezondheidsbevordering (Haaren & Mast, 2017).



Figuur 2: Omaha systeem

Na de keuze voor een aandachtgebieden en het toewijzen van kernmerken hieraan kun je (wanneer het een actueel kenmerk heeft) symptomen en signalen toewijzen. Bij een aandachtsgebied staan standaard signalen en symptomen die de verpleegkundige kan selecteren (bijvoorbeeld: afwijkende ademhalingspatronen, hoesten..). Ook bevat deze lijst altijd het kopje overig. De verpleegkundige kiest welke signalen en symptomen van toepassing zijn, zo wordt de zorg steeds persoonlijker afgestemd. Omdat elke patiënt anders is, en sommige situaties zeer specifiek zijn is er altijd een mogelijkheid tot het invoeren van vrije tekst (Haaren & Mast, 2017).

In het volgende onderdeel kan de verpleegkundige scoreschalen toewijzen aan de aandachtsgebieden. Met deze scores kan het verloop bij de patiënt gemeten worden in relatie tot het gebied. Dit is het onderdeel van het systeem waar de vraag/ behoefte van de patiënt gekoppeld wordt aan het resultaat. Met deze schalen kan de zorg gemakkelijk geëvalueerd worden. De scores zijn numeriek die horen bij drie Likertschalen in relatie tot kennis, gedrag en status van de patiënt (Haaren & Mast, 2017).

- Status
Hoe een cliënt 'is'.
Zijn conditie in relatie tot objectieve en subjectieve kenmerken.
- Kennis
Wat een cliënt 'weet'.
Zijn vermogen om informatie te onthouden en interpreteren.
- Gedrag
Wat een cliënt 'doet'.
Zichtbare reacties, acties of activiteiten van de cliënt, passend bij gelegenheid of doel (Omaha System Support, 2017).

Deze schalen bestaan uit een vijfpunts schaal. Het is de bedoeling dat de verpleegkundige een score toekent bij de drie verschillende onderdelen per aandachtsgebied. Dit gebeurt bij aanvang van de zorgverlening om een beginsituatie te schetsen. Wanneer deze ingevuld zijn scoort de verpleegkundige (in overleg met de patiënt) een streefscore. Dit kan betekenen dat de situatie verbetering wenst, of juist alleen stabiliteit. Deze scores gaan op grond van de kennis, ervaring en situatie zoals de wijkverpleegkundige deze inschat (Haaren & Mast, 2017).

Wanneer dit alles in kaart is gebracht bepaald de verpleegkundige wanneer zij de scores wil evalueren. Dit kan per aandachtsgebied verschillen.

Vervolgens brengt het systeem de verpleegkundige naar de acties. Met de interventies geeft de verpleegkundige aan hoe ze (met de omgeving) van de benoemde aandachtsgebieden naar de gewenste uitkomsten werkt. De actie die de verpleegkundige beschrijft bevat de volgende drie niveaus:

- de soort actie
- Het actievlak
- de patiënten specifieke informatie

Er zijn binnen Omaha vier hoofdgroepen of soorten acties. Deze bieden als kapstok. Deze soorten acties zijn:

- adviseren, instrueren, begeleiden
- behandelen en procedures toepassen
- casemanagen
- monitoren, bewaken (Haaren & Mast, 2017).

Na de hoofdgroepen kom je bij de zogeheten actievlakken. Dit zijn 75 actievlakken die benoemd worden in combinatie met de soorten acties. Dus bijvoorbeeld: Een wond wordt tijdelijk door de verpleegkundige verzorgd, ze kiest dan voor: behandelen en procedures toepassen: specificatie

wondzorg/ verband verschonen. De laatste stap is het specifiek maken van de actie. Omaha biedt hiervoor de basistermen maar nu moet er patiënten specifieke informatie worden toegevoegd. Dit bevat bijvoorbeeld de gemaakte afspraken en benadering van de patiënt (Haaren & Mast, 2017).

Nanda

NANDA-I

North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I) is een internationale vereniging. Deze vereniging houdt zich bezig met het gestandaardiseerd beschrijven van verpleegkundige diagnoses gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Een verpleegkundige diagnose is volgens Nanda-I Think Tank statement: *“een klinisch oordeel over de ervaring/reacties van een individu, gezin, groep of gemeenschap op actuele of potentiële gezondheidsproblemen/levensprocessen en vormt de basis voor selectie van verpleegkundige interventies waarmee zorgresultaten worden bereikt, waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijk draagt.”* Op basis van vordering binnen het wetenschappelijk onderzoek wordt NANDA-I steeds verder ontwikkeld en herzien. Hierom wordt er over een taxonomie gesproken in plaats van een classificatie (Haaren & Mast, 2017).

De opbouw van het systeem

NANDA-I bestaat uit 235 diagnostische concepten (versie 2015-2017), dit is de basis voor de verpleegkundige diagnose. Op basis van deze concepten is de NANDA-I geordend in 13 domeinen en 47 klassen (Nictiz, z.d.). De domeinen zijn gebaseerd op de gezondheidspatronen van Gordon (Vilans, 2014), die ontwikkeld is vanuit een holistische mens visie (Haaren & Mast, 2017). De diagnostische concepten zijn ontstaan vanuit 7 assen (Haaren & Mast, 2017), zie tabel 4.

As	Onderdeel	Definitie	Waarden
1	Focus op het concept	Omschrijft de menselijke reactie. Is het fundamentele onderdeel van de diagnose.	-
2	Onderwerp	Personen voor wie de diagnose is vastgesteld. Wordt niet altijd beschreven omdat het uitgangspunt de patiënt is.	-individu -mantelzorger -familie -groep -gemeenschap
3	Oordeel	Risico op het gezondheidsprobleem	-
4	Lokalisatie	Specifieke lichamelijke lokalisatie. Alleen van toepassing wanneer het lichamenlijk specifiek aanwijsbaar is.	-
5	Leeftijd	Leeftijd van de persoon die onderwerp is van diagnose	-foetus -neonaat -kind -volwassene -oudere
6	Tijd	Duur van het diagnostisch proces	-acuut -chronisch -intermitterend
7	Status	Actualiteit of potentieel van het probleem / syndroom of naar de categorisatie van de diagnose als een gezondheidsbevorderingsdiagnose	-probleemgericht -gezondheidsbevordering -risico -syndroom.

Tabel 4: Assen NANDA-I

Bij ieder diagnostisch concept zijn, etiologische factoren (gerelateerde factor) en verschijnselen (bepaald symptoom) of risicofactor beschreven (Haaren & Mast, 2017). Deze worden indien van toepassing meegenomen in de PES. De PES staat voor:

- P = oordeel/ kwalificatie van verschijnsel/ diagnostisch concept
- E = Etiologie = samenhangende of wel beïnvloedende factoren: predisponerende (kwetsbaar makende), luxerende (uitlokkende) en onderhoudende factoren
- S = Bepalende kenmerken (Nictiz, z.d.).

NIC

Nursing Intervention Classification (NIC) is een uitgebreide gestandaardiseerde classificatie van interventies (Haaren & Mast, 2017). Een interventie is gedefinieerd als: *“elke handeling op basis van klinische beoordeling en kennis die een verpleegkundige uitvoert met als doel de patiëntuitkomsten te bevorderen”* (Bulechek, 2016). De NIC is bruikbaar bij de planning en documentatie van zorg en de communicatie over zorg tussen disciplines en transmuraal (Haaren & Mast, 2017).

De opbouw van het systeem:

NIC bestaat uit:

- 7 domeinen
- 30 klassen
- 558 interventies
- bijna 13.000 activiteiten.

De hoofdlijn bestaat uit de domeinen, welke zijn opgedeeld in klassen. Zo is er bijvoorbeeld een domein “gedrag” binnen dit domein is een van de klassen gedragstherapie. De klassen zijn verder gedefinieerd in interventies, welke weer verder zijn gespecificeerd in activiteiten. De naam van de interventie is een gezamenlijk label voor een groep activiteiten. Uit de lijst van activiteiten bij een interventie kan de wijkverpleegkundige de meeste geschikte voor de cliënt en situatie kiezen. De activiteiten kunnen vervolgens voor de individuele cliënt worden aangepast, zolang ze maar binnen de definitie van de interventie passen (Haaren & Mast, 2017).

NOC

Nursing Outcome Classification (NOC) geeft de verpleegkundig beïnvloedbare zorgresultaten weer (Haaren & Mast, 2017). Dit wordt gedefinieerd als: *“Een toestand, gedraging of perceptie van een individu, gezin of gemeenschap die op een continuüm wordt gemeten als resultaat van (een) verpleegkundige interventie(s)”* (Moorhead & Johnson, 2017). Verpleegkundige zorgresultaten dienen als criterium waarmee het slagen van een verpleegkundige interventie wordt bepaald. Voor het meten van een zorgresultaat moeten specifieke indicatoren worden vastgesteld.

De opbouw van het systeem:

De NOC bestaat uit vijf niveaus:

- 7 domeinen
- 32 klassen
- 490 zorgresultaten
- indicatoren
- 19 meetschalen

De resultaten zijn geclusterd op basis van overeenkomsten, verschillen en relaties tussen de zorgresultaten. De resultaten zijn gericht op de ontvanger van de zorg. Het verwijst naar een feitelijke toestand op een bepaald tijdstip. Als referentie neemt de wijkverpleegkundige iemand van gelijke leeftijd en geslacht. Dit betekent dat wijkverpleegkundigen gebruik maken van hun ervaring en klinische kennis om de vergelijking te kunnen maken. De indicatoren geven aan welke onderwerpen gemeten moeten worden om het zorgresultaat weer te geven. De meetschalen hebben

een score bereik van 1 tot 5. De 1 staat hier voor slechte toestand en de 5 voor optimale toestand. Bij de meeste zorgresultaten wordt één meetschaal gebruikt. Echter zijn er een paar zorgresultaten waar met twee meetschalen gemeten dient te worden. Dit heeft te maken met de complexiteit van het zorgresultaat. De meetinstrumenten kunnen ook in de anamnese fase worden gebruikt, om zo de toestand beter te objectiveren en een veronderstelde diagnose te bevestigen of uit te sluiten. Het advies van het NOC-team is om gevalideerde meetinstrumenten te combineren met de zorgresultaten.

NNN (Nanda, Nic, Noc)

Nanda-I, NOC en NIC zijn ieder afzonderlijke kenniskaders, samen wordt deze combinatie ook wel NNN-classificatie genoemd (V&VN). De drie samen komen overeen met het verpleegkundig proces, wat bestaat uit gegevens verzamelen, problemen/diagnoses vaststellen, doelen/resultaten vaststellen, interventies vaststellen, uitvoeren en evalueren. NNN wordt in verschillende zorgsettingen gebruikt. In de opleiding voor verpleegkundigen wordt het veel gebruikt ter ondersteuning van het klinisch redeneren (Haaren & Mast, 2017).

Werkwijze:

Nanda: Vaak gebruikt de wijkverpleegkundige de domeinen van Nanda als leidraad bij het indicatiegesprek. Primair is Nanda hier niet voor ontwikkeld en het effect van op deze manier gegevens verzamelen is niet getoetst. Tijdens het gesprek krijgt de wijkverpleegkundige zicht op de functionele en niet functionele gezondheidspatronen. Hieruit kan zij diagnostische aanwijzingen herkennen, een diagnose formuleren en vaststellen om er vervolgens een gestandaardiseerde diagnose label aan te koppelen. Het gaat bij het kiezen van de geschikte diagnose niet om welke diagnose de meeste bepalende kenmerken en gerelateerde factoren scoort, maar om welke definitie van een diagnose het probleem het beste omschrijft. De diagnose dient altijd eerst gevalideerd te worden bij collega's, andere disciplines en de patiënt.

NOC: Hier op volgend formuleert de verpleegkundige een doel dat zij wil bereiken met het inzetten van verpleegkundige interventies. Dit doel is bij voorkeur SMART omschreven. Afhankelijk van het doel stelt de verpleegkundige één of meer gewenste zorgresultaten op, met de daarbij horende meetbare indicatoren en een doelscore. Nanda diagnoses en NOC zorgresultaten zijn in relatie met elkaar vastgesteld. De Nederlandse app NOC laat ook overzichtelijk alle Nanda diagnoses zien en de daarbij horende NOC resultaten. Het boek "*NOC and NIC linkages*" laat de relatie tussen NOC en NIC zien, deze is niet in het Nederlands vertaald.

NIC: Daarna wordt een plan van interventies opgesteld. De interventies zijn in relatie gebracht met de Nanda diagnose. Voor bepaalde specialismegebieden zijn subselecties van NIC interventies bij Nanda diagnoses vastgesteld. Er zijn hier een aantal van opgesteld, maar is nog in ontwikkeling. Voor de NIC is ook een Nederlandse app beschikbaar.

Digitaal systeem:

NNN is sinds 2016 digitaal beschikbaar, daarvoor was het alleen in boekvorm verkrijgbaar. Binnen dit digitale systeem zijn de relaties tussen verpleegkundige diagnoses, interventies en zorgresultaten opgenomen en alle elementen zijn uniek gecodeerd (NandaNetwerk). Binnen de digitale versie is het mogelijk de diagnoses, interventies en resultaten die het meest voorkomen binnen een bepaald specialisme te tonen. Hierbij is altijd mogelijk om ook andere diagnose labels in te zien en te gebruiken redeneren (Haaren & Mast, 2017). Deze database wordt onderhouden met medewerking van het Nederlandstalig NANDA netwerk. Er is een licentie nodig om gebruik te maken van het systeem (NandaNetwerk).

Carpenito

Carpenito is een zakboek voor verpleegkundige diagnoses, dat voor de meeste diagnoses gebruik maakt van NANDA geaccepteerde diagnoses en verwijst naar NIC en NOC. Het boek biedt bij elk diagnostisch label de omschrijving, verschijnselen of risicofactoren oorzaak (beïnvloedende factoren). De verpleegkundige kan hierdoor een voorlopige diagnose bevestigen of ontkennen. Ook geeft het bij elke verpleegkundige diagnose naast de NIC en NOC ook beoogde resultaten en interventies weer, waarmee kort aangegeven wordt welke verpleegkundige zorg geïndiceerd is. Deel 1 van het boek bestaat uit door de NANDA vastgestelde diagnoses. Deel 2 bestaat uit de gezondheidsbevorderende of welzijnsdiagnoses. Deel 3 betreffen de multidisciplinaire problemen. Deel 4 bestaat uit diagnostische clusters. Op basis van de voornaamste ziektebeelden en therapieën zijn verpleegkundige diagnoses en multidisciplinaire problemen gegroepeerd, die daarmee samenhangen (Carpenito-Moyet, 2012).

Kernsets

Er zijn verschillende classificatiesystemen die momenteel gebruikt worden binnen de verpleging zoals ICF, Omaha en NNN. Bij deze systemen worden gegevens op een bepaalde manier uitgewerkt. Omdat deze systemen van elkaar verschillen zijn deze gegevens niet onderling uitwisselbaar. Zo wordt het heel lastig om informatie met elkaar uit te wisselen en te vergelijken. Om deze reden heeft V&VN gezocht naar een oplossing (Oelen, 2015b).

Verpleegkundigen werken in verschillende organisaties met hun eigen systemen en taal. Er is een eenheid van taal nodig om duidelijkheid te creëren. De nationale kernsets vormen hiervoor de basis (Kieft, 2015).

Het verpleegkundig vakgebied is divers en complex. Er zijn dan ook verschillende perspectieven en opvattingen over het verpleegkundig vak. Hierdoor zijn verschillende classificaties ontstaan. Iedere classificatie werkt op een andere manier en heeft zijn eigen opvattingen. Hierdoor classificeert iedere classificatie met een eigen coderingssysteem. Hierbij wordt een eenheid van taal binnen de organisatie gestimuleerd. Informatie uitwisseling met dezelfde "taal" is tussen zorgorganisaties niet mogelijk wanneer er verschillende systemen worden gebruikt. Een computer kan de verschillende codes van de verschillende systemen niet overeen laten komen (Kieft, 2015).

De nationale Kernset is geen classificatie maar biedt de mogelijkheid om gegevens uit classificaties of zorgdossiers aan elkaar te linken. Gegevens kunnen hierdoor uitgewisseld en vergeleken worden (Oelen, 2015b). De nationale kernsets zijn gebaseerd op de terminologie SNOMED CT. SNOMED CT is een terminologiestelsel dat een verzameling medische (waaronder ook verpleegkundige) standaardtermen met hun synoniemen bevat. De termen worden in de directe patiëntenzorg gebruikt voor de vastlegging van klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, diagnoses, resultaten en besluitvorming (Kieft, 2015).

In samenwerking met Nictiz heeft V&VN nu de Nationale Kernset Patiënten problemen ontwikkeld. Deze Kernset is het eerste onderdeel van de totale Nationale Kernsets die uit interventies, resultaten, observaties en meetinstrumenten gaat bestaan. Via SNOMED CT wordt het mogelijk om koppelingen te maken met classificaties (NICTIZ, 2017).

BIJLAGE 7 CODEBOOM

Cluster	Code	Beschrijving
Omaha	Werken met Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige de manier van werken met Omaha beschrijft
	Ervaring met Omaha	Alle ervaringen die de wijkverpleegkundige, het team of de organisatie heeft van het werken met Omaha. Zowel positief als negatief.
	Omaha als Hulpmiddel	Wanneer de wijkverpleegkundige aangeeft Omaha als een hulpmiddel/ leidraad te zien.
	Huidig systeem Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige aangeeft momenteel te werken met Omaha.
	Domeinen Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over de domeinen van Omaha.
	Gebieden Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over de gebieden binnen Omaha.
	Scores Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over de scores binnen Omaha.
	Signalen en Symptomen Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over de signalen en symptomen binnen Omaha.
	Acties Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over acties (interventies) binnen Omaha
	Evalueren Omaha	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over evalueren van het zorgplan binnen Omaha.

Cluster	Code	Beschrijving
NNN	Nanda	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het systeem Nanda
	Werken met Nanda	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het werken met of gebruik van Nanda.
	Ervaring met Nanda	De ervaringen van de wijkverpleegkundige, het team en de organisatie van het werken met Nanda. Zowel positief als negatief.
	NIC	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het systeem NIC (ervaring, werkwijze, gebruik)
	NOC	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het systeem NOC (ervaring, werkwijze, gebruik)

Cluster	Code	Beschrijving
Overig Classificatiesysteem/systeem	Patronen Gordon	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over de verschillende patronen van Gordon.
	Ervaring Gordon	De ervaring die de wijkverpleegkundig, het team en de organisatie heeft van het werken met Gordon. Zowel positief als negatief.
	Werken met Gordon	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het werken met Gordon.
	Carpenito	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het werken met Carpenito.
	Eigen classificatiesysteem	Wanneer de wijkverpleegkundige praat over het werken met een eigen classificatiesysteem.