

**Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en
verzorging in de eigen omgeving**

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord.....	3
Verantwoording	4
Samenvatting	5
Eigenaarschap en herziening	6
Inleiding	7
<i>Doel van dit document</i>	7
<i>Leeswijzer</i>	8
Achtergrond.....	9
<i>Wat verandert er in de wet?</i>	9
<i>Over welke competenties beschikken verpleegkundigen?</i>	10
<i>Wat is complexe zorg?</i>	10
<i>Wat is evidence-based werken?</i>	11
<i>Waarom is klinisch redeneren zo belangrijk voor indicatiestellen?</i>	11
<i>Waarom is samenwerken noodzakelijk?</i>	12
<i>Visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement</i>	12
<i>Passende zorg en aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid</i>	12
<i>Relatie met het sociale domein</i>	13
<i>Eenheid in registratie</i>	14
Normen	15
<i>Norm 1: Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie</i>	15
<i>Norm 2: Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige</i>	16
<i>Norm 3: Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntstelsel</i>	17
<i>Norm 4: Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces</i>	19
<i>Norm 5: De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging</i>	22
<i>Norm 6: De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg</i>	23
Literatuurlijst.....	24
Bijlagen	25
<i>Bijlage 1: Deelnemerslijst</i>	25
<i>Bijlage 2: Begrippen</i>	28
<i>Bijlage 3: Richtlijnen die bekend zijn en gebruikt worden onder wijkverpleegkundigen</i>	32
<i>Bijlage 4: Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg</i>	33
<i>Bijlage 5: Classificatiesystemen</i>	35
<i>Bijlage 6: Kernset van patiëntproblemen</i>	38
<i>Bijlage 7: Items uit het eOverdrachtsbericht</i>	39

Voorwoord

Vanaf 1 januari 2015 valt extramurale verpleging en verzorging niet meer onder de AWBZ, maar onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor alle beroepsbeoefenaren binnen het domein van de Zvw geldt dat het 'indiceren' van zorg een onlosmakelijk onderdeel vormt van hun professionele handelen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten vanaf 2015 meer dan voorheen inzichtelijk maken welke zorg zij leveren, waarom zij deze zorg leveren en of de zorg ook de gewenste resultaten heeft opgeleverd.

Voor verpleegkundigen houdt dit in dat zij op een transparante wijze indiceren. Dat betekent: helder beschrijven en onderbouwen hoe het proces van vraagverheldering en zorgtoewijzing verloopt. En ook: hoe wordt de zorg tussentijds geëvalueerd en bijgesteld. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is klinisch redeneren, een van de belangrijkste pijlers van het verpleegkundig beroep.

Het ontstaan van dit normenkader is bijzonder te noemen. Verpleegkundigen, patiënten- en zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten hebben zich met elkaar verdiept in de essentie van het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden en onderschrijven het belang van een normenkader.

Als voorzitter van de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden ben ik er trots op dat verpleegkundigen zélf aan het roer hebben gestaan bij de ontwikkeling van het normenkader voor de verpleegkundige indicatie en organisatie van zorg. Het is nu aan de beroepsgroep zelf om in de praktijk te laten zien dat het proces van klinisch redeneren leidt tot kwalitatief goede en passende zorg. Als dit straks met hetzelfde enthousiasme ter hand wordt genomen als de ontwikkeling van het normenkader, dan zit het wel goed.

Henk Bakker
Voorzitter V&VN

Utrecht, juli 2014

Verantwoording

Per 1 januari 2015 maakt de extramuraal verpleging en verzorging onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging' als onderdeel van het bestuurlijk akkoord langdurige zorg is afgesproken dat Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) een indicatie instrument ontwikkelt. V&VN is op 1 maart het project Verpleegkundige Indicatiestelling gestart. Partijen betrokken bij het onderhandelaarsresultaat zijn ook de partijen betrokken bij het ontwikkelingsproces van het normenkader. In de periode tussen 1 maart en 30 juni 2014 heeft dit project zijn beslag gekregen.

Een projectteam bestaande uit Lia van Straalen penvoerder, Eline de Kok assistent projectleider en Rosemarie van Troost projectleider is aan de slag gegaan. Gekozen is voor een werkwijze waarbij breed informatie verzameld is en het veld is uitgenodigd input te leveren. In korte tijd moest immers een resultaat gerealiseerd worden. Verpleegkundigen leverden tientallen casussen waardoor de normen toegelicht konden worden met voorbeelden. Daarnaast inventariseerde de projectgroep informatie over huidige werkwijzen ten aanzien van indicatiestelling en organisatie van zorg. Dit overzicht van richtlijnen, hulpmiddelen, protocollen, meetinstrumenten etc. is te vinden op de V&VN website:
<http://www.venvn.nl/Dossiers/Eerstelijnszorg/Detail/tabid/5224/ArticleID/9926/mod/14099/Start-project-Verpleegkundige-indicatiestelling.aspx>.

Het nu voorliggende document is tot stand gekomen in samenwerking met de werkgroep bestaande uit professionals, de klankbordgroep bestaande uit stakeholders en de stuurgroep waarin vertegenwoordigd VWS, ZN, ActiZ, BTN, VNG en V&VN. De werkgroep en de klankbordgroep kenden beiden een meeleeesgroep. In totaal hebben op deze manier ruim honderd betrokkenen input geleverd. Voor een overzicht van de betrokkenen zie bijlage 1. Het projectteam is veel dank verschuldigd aan allen die hebben meegewerkt en meegedacht. Dank zij hen is het gelukt in korte tijd dit resultaat te realiseren. Het document heeft de titel gekregen: "Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving".

De beroepsorganisatie heeft er voor gekozen niet één indicatie instrument te ontwikkelen, maar te formuleren aan welke normen de verpleegkundige indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig proces, moet voldoen. Hiermee is een normenkader voor verpleegkundige indicatiestelling geschreven waaraan professionals, zorgorganisaties en verzekeraars kunnen toetsen of de indicatiestelling plaatsvindt conform het normenkader van de beroepsorganisatie. Het normenkader kan gezien worden als de eerste aanzet voor een beroepsrichtlijn. Het projectteam beveelt een verdere doorontwikkeling aan.

Samenvatting

De zes normen die in dit document beschreven worden geven inzicht in de werkwijze van verpleegkundigen ten aanzien van indiceren en organiseren van extramurale zorg. De normen laten zien waaraan verpleegkundigen voldoen wanneer zij verpleging en verzorging in de eigen omgeving indiceren en organiseren. De normen geven duidelijkheid aan cliënten en overheid en zijn een richtinggevend kader voor professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De aanleiding voor het beschrijven van deze normen is het feit dat per 1 januari 2015 extramurale verpleging en verzorging onderdeel uit maakt van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verpleegkundigen verlenen extramurale zorg en werken daarin samen met andere (zorg)professionals. Verpleegkundigen zijn gericht op ondersteuning van de cliënt en het cliëntensysteem. Het gaat hierbij om aspecten die te maken hebben met kwaliteit van leven, het versterken van de zelfredzaamheid en het versterken van de eigen regie. Zij werken samen met vertegenwoordigers uit het sociale domein. De verpleegkundige vormt daarbij de verbinding tussen zorg en welzijn¹ (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014). Verpleegkundigen combineren verpleegkundige taken met taken op het sociale gebied, zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen.

Verpleegkundigen hanteren klinisch redeneren als methode en werken zoveel mogelijk *evidence-based*. Zij maken onderscheid in complexe en minder complexe zorg en kiezen voor de uitvoering en organisatie van zorg het optimum tussen efficiëntie en effectiviteit.

Verpleegkundigen dragen zorg voor transparantie in verslaglegging en registratie. Zij maken gebruik van het systeem dat door de zorgaanbieder is gekozen. Hierbij is uitgangspunt dat het gekozen systeem ondersteunend is aan het verpleegkundig proces.

De volgende normen worden in dit document beschreven:

- 1) Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie. Professionele autonomie garandeert cliëntgerichtheid en een onafhankelijk besluit.
- 2) Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een *bachelor* of *master* opgeleide verpleegkundige. Van deze professionals mag verwacht worden dat zij beschikken over de noodzakelijke competenties.
- 3) Indiceren en organiseren van zorg is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem. Verpleegkundigen sluiten hiermee aan op de maatschappelijke noodzaak de zorg verantwoord uit te voeren.
- 4) Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is het klinisch redeneren. Dit proces bestaat uit vraagverheldering, diagnose, planning van resultaten en interventies, organisatie, uitvoer en evaluatie van zorg.
- 5) De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging. Sinds 2011 bestaat een richtlijn voor verpleegkundige verslaglegging waarin het doel en de onderdelen van de verslaglegging worden besproken.
- 6) De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg. De standaard bestaat uit informatie over maximaal 27 items in combinatie met de keuze voor een "warme overdracht" als dat noodzakelijk is.

¹ Zoals het programma Zichtbare Schakels

Eigenaarschap en herziening

Dit document is eigendom van de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN. Uit dit document mag geciteerd worden met bronvermelding. De zes normen die beschreven worden vormen een aanzet tot de ontwikkeling van een normenkader voor indiceren en organiseren van extramurale zorg. Dit document zal aan de hand van (o.a.) implementatie-ervaringen verder worden ontwikkeld. Dit document wordt voor 1 januari 2016 geëvalueerd. Uitsluitend op basis van wijzigingsvoorstellen van V&VN wordt dit document bijgesteld. Indien die er niet zijn, geldt stilzwijgende verlenging.
Contact kan worden opgenomen via richtlijnen@venvn.nl

Inleiding

Per 1 januari 2015 maakt de extramurale verpleging en verzorging onderdeel uit van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Extramurale verpleging en verzorging omvat, naast geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, een heel arsenaal aan zorg. Binnen het domein van de Zvw is deze zorg in functionele termen omschreven als; ‘*zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden*’. Het is aan de beroepsgroep om dit nader in te vullen. Richtlijnen (kwaliteitsstandaarden) zijn hiervoor de geëigende instrumenten. De professional zelf is immers verantwoordelijk voor indicatiestelling en organisatie van zorg. Indiceren en organiseren van extramurale zorg betekent zelfstandig besluiten nemen en een goede risico-inschatting maken. Er is immers geen continue toezicht op de cliënt².

In dit document gaan wij uit van de kern van verplegen zoals beschreven in “Leren van de toekomst”: *Verplegen dient een specifiek doel, omvat een specifieke manier van interveniëren, vindt plaats in een specifiek domein, is gericht op de persoon als geheel, is gebaseerd op ethische waarden en betekent commitment aan partnerschap* (Schuurmans in Lambregts, Grotendorst, & Merwijk, 2012, pag. 119). De volledige beschrijving van verplegen is opgenomen in de begrippenlijst (bijlage 2).

Doel van dit document

Het doel van dit document is te beschrijven aan welke normen de verpleegkundige indicatiestelling en organisatie van extramurale zorg voldoet. Er worden zes normen besproken. De normen maken duidelijk wat van verpleegkundigen verwacht mag worden. Dit is belangrijk voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, samenwerkingspartners zoals huisartsen, paramedici, hulpverleners uit andere zorg-domeinen en uit het sociale domein en *last but not least* voor cliënten en burgers. De normen geven richting aan het implementatieproces van de nieuwe werkwijze vanaf januari 2015. Binnen dit implementatieproces kunnen invoeringstrajecten aan de orde zijn om van de huidige in de gewenste situatie te komen. Deze trajecten worden, na 1 juli 2014 apart beschreven en vormen met dit document een eenheid.

De volgende normen worden in dit document beschreven:

- 1) Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie
- 2) Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een *bachelor* of *master* opgeleide verpleegkundige
- 3) Indiceren en organiseren van zorg is gericht op versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem
- 4) Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces
- 5) De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging
- 6) De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg

Naast deze normen voor indicatiestelling en organisatie van extramurale zorg gelden algemene beroepsnormen zoals bijvoorbeeld beschreven in beroepsprofielen, de beroepscode of in professionele richtlijnen en standaarden. Daar waar nodig wordt in dit document naar specifieke normen of standaarden verwezen.

² Binnen de verpleegkunde is het gebruikelijk om over patiënt te spreken. In dit document is echter gekozen voor cliënt en cliëntensysteem.

Leeswijzer

Voordat we in gaan op de beschrijving van de zes normen lichten we een aantal relevante begrippen en uitgangspunten m.b.t. de verpleegkundige indicatiestelling en organisatie van zorg toe. Het gaat om:

- de wetgeving en de aanspraak wijkverpleging in de Zvw
- competenties van verpleegkundigen, complexe zorg en *evidence-based* werken
- visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement
- het bieden van passende zorg en aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid
- de relatie tussen extramuraal verpleging en verzorging en zorg uit het sociale domein
- registratie en verslaglegging van extramuraal verpleging en verzorging

Voor de leesbaarheid van het stuk verhelderen we onderstaande centrale begrippen. Overige relevante begrippen staan beschreven in bijlage 2.

- Verpleegkundige indicatiestelling: op basis van klinisch redeneren vaststellen wat de cliënt aan zorg nodig heeft in omvang, duur, aard en gewenst resultaat.
- Organisatie van zorg: bepalen wie de zorg uitvoert waarbij passende zorg gezien wordt als een optimum tussen kwaliteit en kosten.

En eveneens voor de leesbaarheid het volgende:

In dit document schrijven we over de verpleegkundige. We kennen in Nederland hbo- en mbo opgeleide verpleegkundigen. De hbo verpleegkundige is degene die indiceert en de zorgverlening organiseert naast het uitvoeren van zorg. De mbo verpleegkundige draagt zorg voor de uitvoering van zorg.

Omdat dit document een normenkader geschreven is ten behoeve van het proces van het indiceren en organiseren van zorg, gebruiken we de term verpleegkundige zonder toevoeging voor de hbo opgeleide verpleegkundige. Dit geldt eveneens voor de op masterniveau opgeleide verpleegkundig specialist.

In de uitvoering van zorg speelt de mbo opgeleide verpleegkundige een belangrijke rol. Daar waar we specifiek de mbo opgeleide verpleegkundige bedoelen wordt dit vermeld in het document. Met wijkverpleegkundige bedoelen we de hbo-opgeleide verpleegkundige die aan de competenties voldoet van het expertisegebied wijkverpleging zoals beschreven in 2012 door V&VN (Bont, Haaren, Rosendal, & Wigboldus, 2012). Als we spreken over verpleging of wijkverpleging bedoelen we daarmee verpleging inclusief verzorging.

In dit document spreken wij niet over de setting waarbinnen de verpleegkundige werkt (extra-intra- semimuraal). Bij indiceren en organiseren van zorg gaat het om het voldoen aan de normen, onafhankelijk van de setting.

In dit document wordt met het begrip norm een richtinggevende beschrijving bedoeld waaraan de beroepsgroep zich houdt.

Achtergrond

In deze paragraaf worden onderwerpen toegelicht die de achtergrond vormen van de beschrijving van de zes normen. Het gaat om:

- een toelichting op de veranderingen in de wetgeving
- een korte beschrijving van de competenties van verpleegkundigen
- het begrip complexe zorg
- het belang van evidence-based werken, klinisch redeneren en samenwerken
- de visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement, eigen regie en zelfredzaamheid
- de belangrijke relatie tussen verpleging en het sociale domein
- de stand van zaken rondom registratie van de verpleegkundige praktijk

Kennis van deze achtergrond is belangrijk voor een goed begrip van de zes normen.

Wat verandert er in de wet?

Met het introduceren van extramurale verpleging en verzorging in de Zvw verandert er meer dan we denken.

- Ten eerste wordt verpleging in de Zvw anders geformuleerd dan in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- Ten tweede omvat extramurale verpleging en verzorging meer dan de optelsom van de oude AWBZ-functies.
- Ten derde behelst de Zvw een ander systeem dan de AWBZ.

Het integrale pakket aan extramurale verpleging en verzorging wordt in de Zvw samengevat onder “aanspraak wijkverpleging”. Op moment van schrijven van dit normenkader (juli 2014) luidt de concepttekst als volgt (inkoopgids wijkverpleging ZN).

‘De definitieve aanspraak wijkverpleging zal naar verwachting in oktober 2014 in het Staatsblad worden gepubliceerd. Het concept van de aanspraak, waar deze inkoopgids op is gebaseerd luidt:

Artikel 2.10

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg: a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop, b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging aan verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij: a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen’.

Voor de feitelijke inhoud van deze aanspraak verwijzen we naar het Besluit Zorgverzekering.

Binnen de Zvw ligt de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling en de organisatie van zorg bij de zorgprofessional. In samenspraak met de cliënt beschrijft de professional de aard, de omvang, de duur en het doel van de zorg.

Over welke competenties beschikken verpleegkundigen?

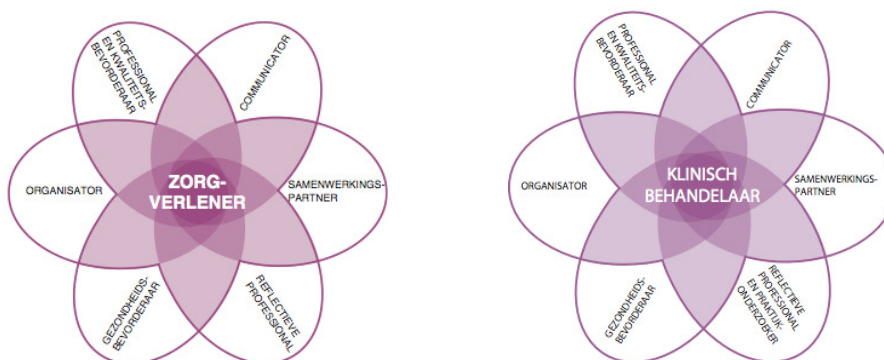
Verpleegkundigen verlenen zorg aan cliënten thuis met gezondheidsproblemen of een hoog risico op het ontstaan van gezondheidsproblemen. Zij doen dit methodisch, doelgericht en op basis van overleg en overeenstemming met de cliënt en het cliëntsysteem. De methode die verpleegkundigen daarbij hanteren is klinisch redeneren. Klinisch redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning en interventie.

De verpleegkundige inventariseert de zorgbehoefte en kijkt daarbij naar alle aspecten van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale. De zorg is gericht op kwaliteit van leven en versterking van zelfmanagement, eigen regie en zelfredzaamheid van zowel cliënt als cliëntsysteem (Bont et al., 2012).

Verpleegkundigen werken samen met andere (zorg) professionals zoals verzorgenden, de huisarts, de medisch specialist, de specialist ouderengeneeskunde, paramedici, psychologen en professionals uit het sociale domein ten behoeve van afstemming en maatwerk.

Verpleegkundigen monitoren de situatie en zijn soms casemanager.

De zorg omvat naast (vormen van individuele) preventie, zorgverlening en organisatie van zorg ook de inhoudelijke coaching van collega's. In onderstaande modellen (figuur 1) worden de rollen van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist weergegeven.



Figuur 1. De rollen van de bachelor en master verpleegkundige volgens het CanMEDS model (Lambregts et al., 2012, pag. 82 en 175).

Wat is complexe zorg?

Complexiteit heeft te maken met een complexe zorginhoud maar ook met de complexiteit van de organisatie van de zorg. Bij een goed begrip van complexiteit is het belangrijk om te beseffen dat de bekwaamheid van de beroepspersoon een belangrijke rol speelt bij het inschatten van complexiteit. Geen kennis hebben van betekent in deze dat de beroepsbeoefenaar het niet herkent.

De beschrijving van complexiteit in Lambregts et al., (2012) in "Leren van de toekomst" geeft enig houvast. Lambregts et al., (2012) schrijven dat complexiteit zowel *case complexity* als *patient complexity* omvat. "*Case complexity* heeft te maken met de complexiteit van de medische problemen, de persoon met de ziekte, de kenmerken van de populatie en de complexiteit van het

zorgstelsel/zorgsysteem. *Patient complexity* heeft te maken met het gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen, de manier waarop problemen elkaar beïnvloeden, een kwetsbaar evenwicht, onvoorspelbaarheid, passendheid van routines en richtlijnen etc.”

Organisatie van zorg vindt plaats op basis van een inschatting van de complexiteit van de situatie. Afhankelijk van de complexiteit worden zorginterventies uitgevoerd door:

- De verpleegkundig specialist
- De verpleegkundig specialist samen met verpleegkundigen (hbo en mbo) en verzorgenden
- De verpleegkundige (hbo en mbo)
- Verpleegkundigen (hbo en mbo) samen met verzorgenden
- Verzorgenden met monitoring door verpleegkundig specialisten of verpleegkundigen

Wat is evidence-based werken?

Evidence-based werken houdt in dat de verpleegkundige werkt op basis van kennis uit verschillende kennisbronnen (wetenschappelijke bronnen en eigen kennis en ervaring) in combinatie met een inschatting van de relevantie van deze kennis gezien de vraag en specifieke behoefte of vraag van de cliënt of het cliëntsysteem. Wetenschappelijke kennis is vastgelegd in (beroeps)richtlijnen.

Verpleegkundigen werken op basis van geaccepteerde (beroeps)richtlijnen voor zover deze beschikbaar en passend zijn in de specifieke situatie. Uit onderzoek van Geense, Koppelaar, Rosendal, Sande, & Bont (2013) onder wijkverpleegkundigen blijkt dat er meer dan honderd (multidisciplinaire) richtlijnen zijn waar wijkverpleegkundigen gebruik van kunnen maken.

In het V&VN programma “Richtlijnen wijkverpleegkundige zorg” wordt voorzien in verdere ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen voor verpleegkundige zorg in de eerste lijn. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van richtlijnen die bekend zijn en gebruikt worden onder wijkverpleegkundigen. Dit overzicht is afkomstig uit het onderzoek van Geense et al. (2013).

Waarom is klinisch redeneren zo belangrijk voor indicatiestellen?

Klinisch redeneren is de methode die verpleegkundigen toepassen om besluiten over de best passende zorg te nemen. Klinisch redeneren kan gezien worden als het hart van verpleegkunde. Het is verbonden met de centrale rol waarop verpleegkundigen acteren. Verpleegkundigen houden bij klinisch redeneren rekening met de verwevenheid van lichamelijke, psychische en sociale factoren bij gezondheidsproblemen.

Klinisch redeneren wordt als volgt beschreven: “*Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Het continue cyclisch proces van redeneren omvat risicoinschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring*” (Lambregts et al., 2012 pag. 171 e.v.).

Een goed niveau van klinisch redeneren is noodzakelijk om goede besluiten over zorginzet te nemen maar ook voor de noodzakelijke transparantie naar derden. Om goed te kunnen redeneren zijn kennis, cognitieve- en metacognitieve vaardigheden noodzakelijk. Daarnaast is ervaring in kenmerkende beroepssituaties van voldoende complexiteit noodzakelijk. In het kader van dit document zijn dit vooral zorgsituaties thuis.

Kennis en ervaring beïnvloeden, precies zoals bij de inschatting van complexiteit, de kwaliteit van de besluitvorming (wat je niet weet zie je niet). Een goed niveau van klinisch redeneren (klinische blik) wordt bereikt door het leren van ervaring in de praktijk. Dit proces kan een aantal jaren in beslag nemen. Kritische denkvaardigheden zijn hiervoor noodzakelijk evenals de coaching door ervaren professionals (Straalen, 2014).

Waarom is samenwerken noodzakelijk?

De praktijk van de zorg is complex en gevarieerd en impliceert de betrokkenheid van veel verschillende zorgverleners. Samenwerking tussen zorgprofessionals die zorg indiceren, organiseren en uitvoeren is van belang voor passende zorgverlening. In 2010 werkte V&VN mee aan het schrijven van de handreiking verantwoordelijkheidsdeling in de zorg. De handreiking geeft aandachtspunten voor een goede samenwerking tussen zorgverleners.

Van samenwerking is sprake als er meer dan één zorgverlener bij een cliënt betrokken is. Het kan gaan om interne samenwerking (zorgverleners binnen een zelfde instelling) of externe samenwerking (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm. De aandachtspunten vormen een belangrijke richtlijn voor het verantwoord vormgeven van deze samenwerking maar ook voor het opzetten en/of verder ontwikkelen van de samenwerking met professionals uit het sociale domein (sociale wijkteams). De 13 aandachtspunten die in deze handreiking worden besproken zijn opgenomen in bijlage 4. Voor verder toelichting verwijzen wij naar het document zelf (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF, 2010).

Visie op gezondheid en ziekte in relatie tot zelfmanagement

Gezondheid wordt niet langer opgevat als een toestand van compleet fysiek, psychisch en sociaal welbevinden maar als *“het vermogen tot aanpassing en zelfmanagement in relatie tot sociale, fysieke en emotionele uitdagingen”* (Huber, Knottnerus, Green, Horst, Jadad, Kromhout, Leonard, Lorig, Loureiro, Meer, Schnabel, Smith, Weel, & Smid, 2011).

Verpleegkundigen herkennen zich in deze definitie omdat hij aansluit bij het doel van verpleging en verzorging zoals zij dat dagelijks in de praktijk uitvoeren. Ondersteuning van zelfmanagement vergt een samenwerkingsrelatie met cliënten en het cliëntsysteem vanuit een coachende rol. Ondersteuning van zelfmanagement is enerzijds gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen en anderzijds op het leren omgaan met de consequenties van gezondheidsproblemen op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied en op aanpassing van de leefstijl.

Het doel van ondersteuning van zelfmanagement is het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. De normen voor indicatiestelling en organisatie van zorg worden in dit document vanuit deze visie op gezondheid, ziekte en zelfmanagement beschreven. Voor een uitgebreidere beschrijving van zelfmanagement en de taken van verpleegkundigen verwijzen wij naar de visie van de beroepsvereniging (V&VN, 2014).

Passende zorg en aandacht voor eigen regie en zelfredzaamheid

Er is een andere kijk nodig op vraag en aanbod in verpleging en verzorging thuis. De benadering is nu nog teveel gericht op ziekte en zorg in plaats van op gedrag en gezondheid. De nadruk moet meer liggen op de mogelijkheden die burgers met gezondheidsproblemen zeker ook

hebben. Voor (kwetsbare) mensen op zoek naar gezondheid en participatie in de maatschappij, is daarbij ondersteuning van een zorgprofessional wenselijk en soms noodzakelijk. Er moet een verschuiving komen van de traditionele verzorgingsstaat naar de 'participatiesamenleving'.

Voor besluiten rondom indicatie en organisatie van zorg betekent dit meer aandacht voor zelfmanagement en preventie, maar ook een duidelijke gerichtheid op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid als belangrijke voorwaarden voor kwaliteit van leven. Samenwerking en afstemming met professionals uit het sociale domein is daarbij noodzakelijk. Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij professioneel opereren in dit spanningsveld. Het gaat om maatwerk en cliëntgerichte zorg. Ervaringen, bijvoorbeeld met de experimenten regelarme zorg laten zien dat versterking van zelfredzaamheid mogelijk en uitvoerbaar is.

Relatie met het sociale domein

“Zorg en ondersteuning moeten de burger in staat stellen zo lang mogelijk in eigen omgeving te blijven, ondanks ziekte, beperking of ouderdom.” “De wijkverpleegkundige vormt hierbij een zichtbare schakel tussen zorg en welzijn en zal hierbij een eigenstandige positie innemen naast de huisarts” (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014).

Bovenstaande citaat richt zich niet alleen op verpleging en verzorging maar zeker ook op de beschikbaarheidsfunctie van de verpleegkundige met betrekking tot het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die ‘de weg niet kennen’). Ook kan de verpleegkundige deelnemen in sociale wijkteams of een vergelijkbaar verband

Daarnaast zijn vaak voorzieningen nodig uit het sociale domein zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding en andere ondersteuning. Deze ondersteuning wordt geregeld vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en gecoördineerd door o.a. sociale wijkteams die vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

Verpleegkundigen wijzen op het bestaan van het gemeentelijk loket wanneer zelfredzaamheid verbeterd kan worden door een Wmo voorziening.

Verpleegkundigen indiceren in principe niet voor Wmo voorzieningen tenzij ze hiervoor ingehuurd worden door de gemeenten. Ze leveren wel een bijdrage door bijvoorbeeld informatie (onder strikte voorwaarden, zie hieronder) ter beschikking te stellen aan samenwerkingspartners, vanzelfsprekend in overleg met de cliënt. Daarnaast is afstemming op cliëntniveau noodzakelijk om te komen tot het best passende aanbod. Het is belangrijk om te benadrukken dat voor informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners wettelijke bepalingen en de gebruikelijke beroepsethische normen gelden (*informed consent*, Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (Wgbo) en Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp)). De “Handreiking verantwoordelijkheidsdeling bij samenwerking in de zorg” biedt daarnaast een richtlijn met dertien aandachtspunten om samenwerking met professionals uit het sociale domein vorm te geven (KNMG et al., 2010).

Door VNG, ministerie van VWS en ZN is het document ‘focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein’ opgesteld (VNG, ZN & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014)). Voor het toekomstig vormgeven van de verbinding tussen de wijkverpleging en sociaal domein verwijzen wij naar dit document.

Eenheid in registratie

In Nederland bestaan meerdere vormen van registratie van de verpleegkundige praktijk (zorgbehoefte, interventies, resultaten). Er worden verschillende classificatiesystemen gebruikt bijvoorbeeld Omaha, RAI, Nanda, ICF, NIC, NOC afhankelijk van de keuze van de individuele verpleegkundige of de zorgorganisatie. Het onderwerp registratie en eenheid van taal heeft de volle aandacht van V&VN in het Programma V&V zorgresultaten (Kieft, 2014). In bijlage 5 wordt informatie gegeven over de verschillende classificatiesystemen. Deze informatie is ontleend aan een overzicht gemaakt door het Nationaal ICT instituut in de Zorg (Nictiz) in 2012.

Normen

In deze paragraaf worden de zes normen beschreven die gelden voor de extramurale verpleegkundige indicatiestelling en organisatie van zorg.

Norm 1: Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie

Professionele autonomie wil zeggen dat de verpleegkundige zich bij de indicatiestelling en organisatie van zorg laat leiden door haar professionele inzichten in relatie tot het belang van de cliënt. Deze autonomie brengt met zich mee dat zorgverleners voor hun handelen verantwoordelijk zijn en hier ook op kunnen worden aangesproken. Zelfstandig handelen op basis van de verworven kennis impliceert dat de verpleegkundige niet alleen weet wat ze doet, maar dat ze haar handelen kan beredeneren en beargumenteren, uiteraard binnen de grenzen van haar mogelijkheden en wettelijke bevoegdheden. Autonomie is ook weten wat buiten de grenzen van de eigen professie ligt en weten wanneer, op basis van argumenten, af te wijken van richtlijnen. Het woord autonomie geeft aan dat organisaties, samenwerkingspartners of zorgverzekeraars vertrouwen hebben in het zelfstandig handelen van zorgverleners, er positief tegenover staan en – sterker nog – dit van hen verwachten (Brouwer & Kieft, 2013).

Bij indicatie en organisatie van zorg komt een hoge mate van professioneel eigenaarschap kijken. V&VN bedoelt met eigenaarschap dat verpleegkundigen staan voor hun vakinhoud en zich als eigenaar hiervan opstellen (Kieft, 2014). Ethische bepalingen in de beroepscode zijn leidend voor al het verpleegkundig handelen dus ook hier: respect, vertrouwelijkheid, eerlijkheid, weldoen, geen schade toebrengen, autonomie en rechtvaardigheid (Brouwer & Kieft, 2013)

Casus

Een verpleegkundige indiceert verpleegkundige zorg voor een alleenwonende cliënt met reuma die haar arm heeft gebroken. Er is geen ondersteuning vanuit het cliëntsysteem mogelijk. De zorgverlening moet onmiddellijk ingaan. De wijkverpleegkundigen bespreekt samen met de cliënt van welke organisatie de cliënt de zorg wil ontvangen.

Casus

Een verpleegkundige indiceert en organiseert zorg voor een gezin met een ernstig gehandicapt kind. Op basis van haar professionele analyse indiceert de verpleegkundige de zorg waarin zij de mogelijkheden voor eigen regie van het gezin meeneemt. Zij overlegt met de familie waarom dit besluit in haar ogen rechtvaardig is en maakt samen met de familie een plan waarin gewerkt wordt aan overeenstemming over de aard en omvang van de inzet van professionals in relatie tot eigen regie en zelfredzaamheid. Zij ondersteunt de familie tot een evenwicht is bereikt.

Norm 2: Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige

Indicatiestelling en zorgtoewijzing wordt gedaan door:

- De verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master)
- De verpleegkundige (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor)

Van bovengenoemde zorgprofessionals mag verwacht worden dat zij bekwaam zijn om indicatiestelling en organisatie van zorg op een professionele en passende manier uit te voeren en/of in te schatten wanneer zij expertise van derden nodig hebben. Naast zorginhoudelijke kennis is een grondige kennis van de sociale kaart en de vigerende wet- en regelgeving noodzakelijk.

ad 1: “De verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, als expert, met een omschreven groep patiënten een individuele zelfstandige behandelrelatie aangaat. Zij biedt vanuit het perspectief van de patiënt care en cure geïntegreerd aan, ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige als de medische behandeling. Het bevorderen van het vermogen tot zelfmanagement en van de kwaliteit van leven van de patiënt staat hierbij centraal” (Lambregts et al., 2012, Pag. 217). De competenties van de verpleegkundig specialisten chronische en preventieve zorg zijn het meest toegesneden op de nieuwe taak.

ad 2: “De verpleegkundige is een allround zorgprofessional die zich in de verschillende velden van de gezondheidszorg richt op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven” (Lambregts et al., 2012, pag. 217).

Beroepstitels

Bij de communicatie tussen zorgprofessionals en derden is het noodzakelijk dat de zorgprofessional zichzelf bekend maakt met de geëigende beroepstitel: Verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende. Dit geldt voor zowel schriftelijke als mondelinge communicatie.

Norm 3: Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem

Versterking van eigen regie en zelfredzaamheid is een voorwaarde voor kwaliteit van leven. Om eigen regie en zelfredzaamheid te versterken is kennis van, en overleg en afstemming met de cliënt en het cliëntensysteem noodzakelijk (gedeeld begrip). Daarnaast een uitstekende kennis van de sociale kaart en voorzieningen.

Wijkverpleegkundigen geven aan dat bij het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid de volgende vragen centraal staan (CVZ, 2013):

- 1) Wat wilt u, wat zijn uw persoonlijke doelen?
- 2) Welke problemen heeft u daarbij?
- 3) Hoe komt dat en wat kunt u zelf doen?
- 4) Wat kan de mantelzorg/familie/sociale steunsysteem doen?
- 5) Wat kan de (wijk)verpleegkundige doen?

Casus

Een cliënt moet na behandeld te zijn voor een ulcus cruris (open been) permanent steunkousen dragen ter preventie van een recidief. De cliënt kan deze steunkousen niet zelf aan- of uittrekken. De wijkverpleegkundige helpt de cliënt een passend aan- en uittrekhulpmiddel te kiezen en zorgt ervoor dat de cliënt oefent in het juiste gebruik van het hulpmiddel. Hiertoe instrueert zij haar collega.

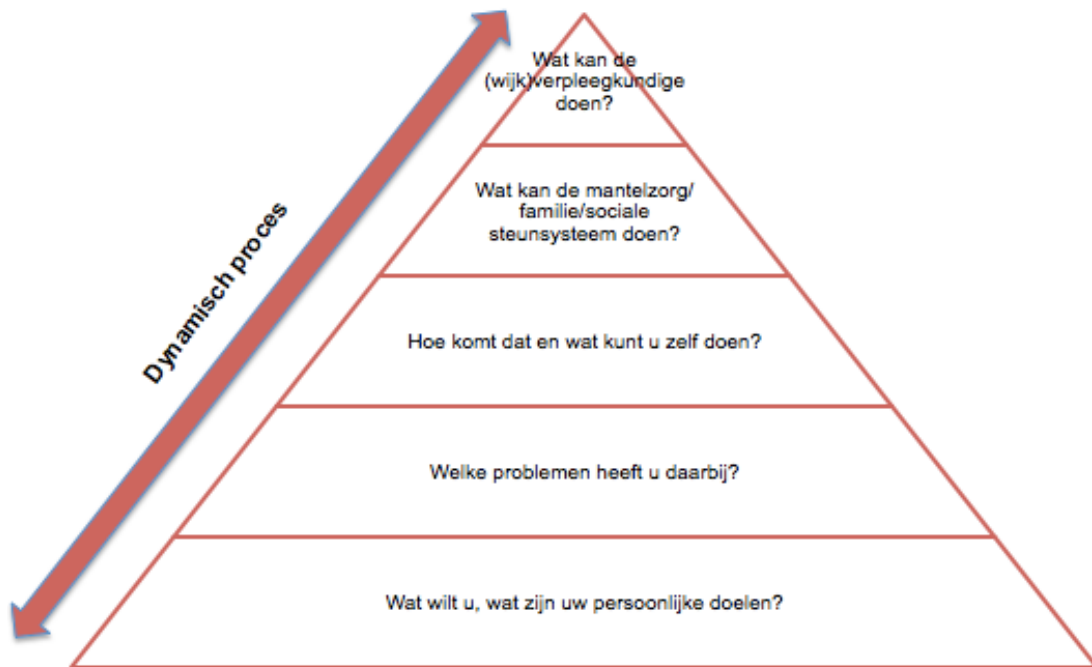
Casus

Een cliënt heeft grote problemen met het zelf verzorgen van een stoma. Uit angst voor ongelukken met het stoma durft de cliënt de eigen woning niet meer te verlaten en dreigt steeds veder geïsoleerd te raken. De verpleegkundige werkt in kleine stappen aan de acceptatie en het versterken van het zelfvertrouwen van de cliënt en juiste materiaalkeuze. Zij betreft de mantelzorg hierbij.

Casus

Een kindje heeft sondevoeding nodig vanwege de gevolgen van een premature geboorte. Er is o.a. sprake van BPD (longafwijking ten gevolge van beademing). Het kind kan niet naar een kinderdagverblijf. De ouders vragen een indicatie voor een oppas voor het kindje als zij gaan werken. De verpleegkundige verkent samen met de ouders de mogelijkheden voor ondersteuning vanuit het cliëntensysteem. Zij toetst aan de hand van het verzekerd recht zoals dat in de zorgpolis van de ouders staat beschreven.

Onderstaand figuur (figuur 2) geeft de stapsgewijze verkenning van de zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntensysteem weer in relatie tot een besluit over de inzet van professionele zorg.



Figuur 2. Stappen in de verkenning van zelfredzaamheid van cliënt en cliëntsysteem

Norm 4: Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces

In de nieuwe situatie gaat het niet meer om een eenmalige inschatting van de zorgbehoefte door een onafhankelijke instantie (CIZ) maar om de integratie van indicatie en organisatie van zorg in het verpleegkundig proces dat dynamisch van karakter is. Enerzijds omdat de situatie van cliënten soms per dag kan veranderen, anderzijds omdat het leren kennen van cliënt en cliëntensysteem tijd vergt. Vanuit gedeeld begrip kunnen de juiste interventies gekozen worden.

Indicatiestelling en organisatie van zorg kunnen dus niet los van zorguitvoering worden gezien. Het verpleegproces bestaat, gelijk het geneeskundig proces, uit vraagverheldering (anamnese) diagnose, planning van resultaten en interventies, uitvoering en evaluatie. De methodiek die verpleegkundigen hanteren in het verpleegproces is klinisch redeneren.

Vraagverheldering

Via vraagverheldering wordt duidelijk welke vragen er spelen en hoe vragen onderling met elkaar samenhangen. Het doel van vraagverheldering is zicht te krijgen op de beperkingen en problemen van de cliënt, het sociale steunsysteem van de cliënt, de stabiliteit en complexiteit van de situatie, de (medicatie) veiligheid, de inschatting van de gezondheidsrisico's en het vermogen tot eigen regie. Indien nodig wordt vervolgonderzoek gedaan. Bijvoorbeeld door observatie, het uitvoeren van zorgactiviteiten, gesprekken met cliënt en cliëntensysteem of door het gebruik van specifieke meetinstrumenten³.

Casus Mevrouw B. Vraagverheldering

Mevrouw B, 78 heeft zes dagen geleden een CVA gehad. Ze komt vandaag thuis uit het ziekenhuis. Mevrouw is alleenwonend, haar man is twee jaar geleden overleden. Een zoon woont in de buurt en een tweede zoon woont verder weg. De huisarts is geïnformeerd over het ontslag en de wijkverpleegkundige is ingeschakeld. Voordat mevrouw een beroerte kreeg was zij al bekend met diabetes type 1 waarvoor zij zichzelf al meer dan 30 jaar injecteerde. Ook had ze een verhoogde bloeddruk waarvoor ze medicijnen gebruikte. Verder heeft ze matig overgewicht maar was voor de beroerte nog goed mobiel, ze deed alles zelf in huis en had alleen een keer per week hulp voor het zware werk. Ze was actief in het vrijwilligerswerk, gaf Nederlandse les aan Turkse vrouwen en ging regelmatig met een van haar trouwe vriendinnen er op uit. Drie maanden geleden was ze nog een lang weekend in het Sauerland. Sinds de beroerte heeft mevrouw last van *urge* incontinentie en is haar motoriek, vooral de fijne motoriek, wat verstoord. Het vastmaken van knoopjes en dat soort dingen kost haar veel moeite. Ook heeft ze moeite om haar balans te bewaren, vooral bij de wat complexere ADL handelingen. Aan- en uitkleden en douchen zijn daardoor risicovol (vallen). Haar spraak is niet echt gestoord al lijkt het alsof het vormen van de woorden met haar mond iets langzamer gaat dan voorheen. Verder is ze snel angstig en emotioneel. Mevrouw vraagt om hulp bij wassen en aankleden.

Diagnose

De verpleegkundige diagnose wordt overlegd met de cliënt en geplaatst in het perspectief van de centrale vragen zoals beschreven bij norm 3 (*shared decision making*). De diagnose levert informatie voor de aard, omvang, duur en gewenst resultaat van de zorg. Verpleegkundige diagnoses worden de praktijk ook zorgproblemen of patiëntproblemen genoemd en soms genoteerd via het PES format (probleem, etiologie, signalen en symptomen). In Leren van de toekomst staat een lijst van problemen die beschouwd kan worden als 'kernset' van

³ De term meetinstrument wordt door V&VN gebruikt als verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

patiëntproblemen⁴. Naast deze generieke problemen kunnen verpleegkundigen te maken hebben met specifieke problemen. In de kernset kan het handelen van verpleegkundigen zichtbaar tot uitdrukking komen (Lambregts et al., 2012, pag. 45) (bijlage 6).

Casus Mevrouw B. Patiëntproblemen

- Incontinentie
- Angst
- Onzekerheid
- Mogelijk risico stemmingsproblematiek (prevalentie depressie na beroerte ruim 30%)
- Mogelijk tekort zelfmanagement ten aanzien van diabetesregiem
- Mogelijk tekort zelfredzaamheid
- Mogelijk valrisico
- Mogelijk tekort mantelzorg

Planning van resultaten en interventies

Zorgresultaten worden gesteld in termen van kwaliteit van leven of het voorkomen van verlies, het behoud of het verbeteren van aspecten van het dagelijks functioneren. Veel verpleegkundig zorg kan gevat worden onder de noemer 'zorg-gerelateerde preventie". Bijvoorbeeld preventie van koorts, pijn, ondervoeding, uitdroging, immobiliteit, incontinentie maar ook preventie van eenzaamheid, somberheid, overbelasting (Lambregts et al., 2012, pag. 46). Interventies zijn voor zover mogelijke *evidence-based*. In bovenstaande casus kan daartoe bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen worden van (o.a.) de Verpleegkundige Revalidatierichtlijn Beroerte (Haffsteindóttir & Schuurmans, 2009).

Casus Mevrouw B. Zorgresultaat

Weer een normaal sociaal leven kunnen leiden waarin de eventuele gevolgen van de beroerte zijn geïntegreerd

Activiteiten:

- Leren omgaan met urge-incontinentie (*blaastraining/materiaal gebruik?*)
- Signalering depressie klachten (*meetinstrument gebruiken?*)
- Toezicht medicatieregim (*zelfregulatie diabetes in gevaar door problemen met motoriek, nieuwe medicatie en observatie interactie-effecten?*)
- Veiligheid badkamer (*aanpassingen via Wmo?*)
- Trainen ADL (*advies ergotherapie, fysiotherapie?*)
- Mantelzorganalyse (*wat kunnen en willen zoons of anderen doen?*)

Organisatie van zorg

Afhankelijk van de situatie voert de verpleegkundige zelf interventies uit of doet dit in samenwerking met collega's. De zorg wordt toegewezen aan een mbo-opgeleide verpleegkundige of verzorgende als de complexiteit en de stabiliteit van de situatie dit toelaten. De verpleegkundige monitort de situatie en zorg op basis van kennis van de situatie voor opschaling of terugbrengen van de zorg.

Casus Mevrouw B. Organisatie van de zorg en interventies

De verpleegkundige voert de zorg eerst gedeeltelijk zelf uit om mevrouw beter te leren kennen en meer zicht te krijgen op de aard en de omvang van de gevolgen van de beroerte voor het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van mevrouw (verlengde anamnese fase). Zij schakelt de mbo-verpleegkundige in en werkt met haar samen. De verpleegkundige monitort de

⁴ De kernset van patiëntproblemen is in ontwikkeling. Het gaat om een voorlopige set die in de nabije toekomst zal worden aangepast en verder ontwikkeld.

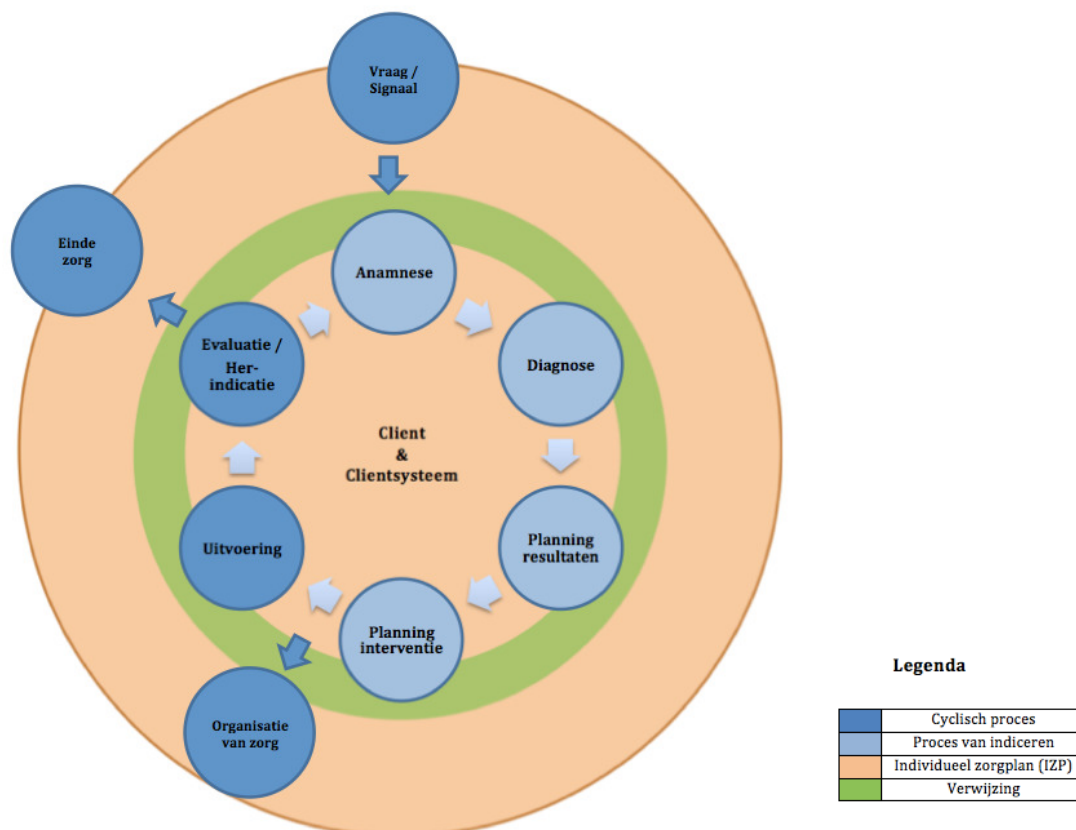
situatie en coacht de mbo-verpleegkundige inhoudelijk als dat nodig is. Wmo voorzieningen worden aangevraagd om de veiligheid en zelfredzaamheid te vergroten en waar nodig schaft mevrouw zelf hulpmiddelen aan.

Evaluatie van zorg

Zorguitvoering en zorgresultaten worden, samen met de cliënt regelmatig geëvalueerd. Soms is aanpassing van uitvoering op dagelijks niveau noodzakelijk, soms kan evaluatie over een langere termijn plaatsvinden. Zo mogelijk en indien wenselijk wordt ook het cliëntsysteem bij de evaluatie betrokken. Evaluatie resultaten worden vastgelegd in het dossier.

Casus Mevrouw B Evaluatie van zorgresultaten

Na enkele weken kan mevrouw goed omgaan met het incontinentiemateriaal. De effecten van de blaastraining laten echter nog op zich wachten. Er blijkt een risico op depressie. De verpleegkundige adviseert mevrouw hoe zij kan zorgen dat zij niet in een neerwaartse spiraal terecht komt. Zij verwijst mevrouw onder meer naar een specifieke steungroep. De diabetes is onder controle maar in samenwerking met de huisarts krijgt de praktijkverpleegkundige een grotere taak in de monitoring. De mbo-verpleegkundige blijft mevrouw ondersteunen in de dagelijkse zorg totdat de aanpassingen in de badkamer zijn gerealiseerd.



Figuur 3. Cirkeldiagram verpleegkundig proces

Norm 5: De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging

In 2011 verscheen de V&VN richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. In deze richtlijn wordt het doel van de verslaglegging, de onderdelen van de verslaglegging, de verslaglegging zelf, rechten en plichten van cliënten en hulpverleners beschreven. Daarnaast wordt geadviseerd gebruik te maken van gangbare classificatiesystemen en begrippenkaders zoals de ICF, de gezondheidspatronen van Gordon, de NANDA, de NIC en de NOC. De richtlijn is van toepassing op papieren en elektronische dossiers. Goede verslaglegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg.

Ten aanzien van het individueel zorgplan⁵ worden in de richtlijn de volgende punten beschreven (V&VN & Nu91', 2011):

- ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
- gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines
- interventies en andere handelingen (aard, omvang en duur)
- beoogde resultaten/doelen
- de termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn
- hoe nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is
- wie (de onderdelen) van het zorgplan uitvoert

Dit betekent dat in het individueel zorgplan in ieder geval informatie staat over aard, omvang, duur en doelen van de zorg, inclusief het gewenste resultaat.

⁵ In de richtlijn wordt de term zorgplan gebruikt.

Norm 6: De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg

Indicatieaanvragen als gevolg van een behandeling in een ziekenhuis zullen in de toekomst in aantal toenemen. Dit heeft te maken met de wens mensen meer in de eigen omgeving te behandelen. Een goede overdracht is daarom van groot belang voor continuïteit van zorg tussen alle zorgdomeinen. In 2010 deed V&VN in samenwerking met ActiZ en Nictiz een onderzoek naar de stand van zaken wat betreft elektronisch gegevensuitwisseling tussen verpleegkundigen en verzorgenden in de *care*-sector (Verwey, Duijvendijk, Vreeke, & Zondervan, 2010). Uit dit onderzoek volgde de ontwikkeling van een landelijke standaard, waarin afspraken zijn gemaakt over inhoud (welke zorggegevens worden vastgelegd) en informatie uitwisseling (hoe worden gegevens vastgelegd- op terminologieniveau). Het overdrachtsbericht kent een digitale toepassing (e-Overdrachtsbericht) maar kan ook zonder digitale hulpmiddelen worden toegepast. De items worden beschreven in bijlage 7.

Het is aan zorgprofessionals om de meest adequate manier van overdragen te kiezen. Vaak zal een zogenaamde “warme overdracht” aan de hand van de items uit de standaard noodzakelijk zijn. Ook voor gegevensoverdracht geldt de eis van *informed consent* zoals beschreven in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (*Wgbo*) en algemene privacy eisen zoals beschreven in de Wet bescherming persoonsgegevens (*Wbp*).

Literatuurlijst

- Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H., & Wigboldus, M. (2012, november) *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Utrecht: V&VN.
- Brouwer, B.J.M. de, & Kieft, R. (2013, april) *Excellente zorg*. Utrecht: V&VN.
- CVZ (2013, december). *Verkenning indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig handelen*. Diemen: CVZ.
- Geense, W., Koppelaar, E., Rosendal, H., Sande, R. van der, & Bont, M. de (2013, september) *Wijkverpleegkundige richtlijnen*. Utrecht: V&VN.
- Hafsteindóttir, T.B., & Schuurmans, M. (2009) *Verpleegkundige revalidatierichtlijn beroerte*. Amsterdam: Reed Business. Eerste druk.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van, & Smid, H. (2011) *How should we define health?* BMJ Publishing Group Ltd, 343
- Kieft, R. (2014) *Programma V&V zorgresultaten*. Utrecht: V&VN. Nog niet gepubliceerd
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF (2010, januari) *Handreiking verantwoordelijkheidsdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012) *Leren van de toekomst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, mei 19). *Bekostiging wijkverpleging. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. (kenmerk 372641-120912-CZ)
- Nictiz (2012, september) *ICT standaarden in de zorg, een praktisch overzicht*. Den Haag: Nictiz.
- Straalen, A.M. van (2014) *Visie op klinisch redeneren*. Utrecht: V&VN. Nog niet gepubliceerd.
- V&VN (2014) *Zelfmanagementondersteuning behoort tot de kern van verplegen! Visie van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*. Utrecht: V&VN. Nog niet gepubliceerd
- V&VN, & NU91 (2011, september) *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Utrecht: V&VN.
- Verwey, R., Duijvendijk, I. van, Vreeke, E., & Zondervan, R. (2010, juli) *Samenvatting rapport: 'e-overdracht in de care, een inventarisatie'*. Den Haag: Nictiz.
- VNG, ZN & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014, mei) Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein.

Bijlagen

Bijlage 1: Deelnemerslijst

Werkgroep

Dinther	Wilma	van	Oncologieverpleegkundige
Hulsink	Martine		Kinderverpleegkundige
Kieft	Renate		Verpleegkundige, medewerker bureau V&VN
Kloek	Yvonne		Wijkverpleegkundige
Lagemaat	Hedy	van de	Wijkverpleegkundige
Sande	Rob	van der	Lector HAN
Sprong	Lilian		Wijkverpleegkundige
Sennef	Tine		Wijkverpleegkundige
Wesseling	Berber		GZ Psycholoog
Vegt	Hetty	van der	Casemanager dementie

Klankbordgroep

Bont	Mariska	de	V&VN
Boogaard	Petra		BTN
Eyck	Nico		LHV
Lier	Riny	van	ActiZ
Mastenbroek	Carel		CVZ
Meer	Freerkje	van der	CVZ
Mul	Frits		VGN
Schuijnder	Gert-Jan		ZN
Wallinga	Gia		V&VN
Zijderveld	Corine		NPCF
Zweerts	Bert		ZN

Stuurgroep

Beumer	Hillie		ActiZ
Bosma	Marcel		ZN
Dijk	Diana	van	VNG
Maasdam	Mirjam		ZN
Langerak	Diana	van	BTN
Leistra	Ellen		VWS
Zijlstra	Helma		V&VN

Meeleesgroep

Adrichem	Jos	van	VGVK
Aken-Richards	Marleen		Continentie verpleegkundige
Bakens	Judy		Kruiswerkteam Binnenstad en de Veste
Bakens	Peter		Haagse Hogeschool

Bolluijt	Aart		ZN
Bos	Anne		Wijkverpleegkundige
Bouter	Gera		Wijkverpleegkundige
Brink	Yolande	van den	Wijkverpleegkundige
Broek	Hermion	van den	Cordaan
Dalen	Sandra	van	Wijkverpleegkundige
de la Fuente	Edith		Proeftuin Indicatiestelling Langdurige Zorg Rotterdam
Dorst	Jose	van	Expert
Engels	Diana		RSZK
Engelsman	Lisette		Wijkverpleegkundige
Graaf	Ada	van de	Wijkverpleegkundige
Groenenberg	Annette		Wijkverpleegkundige
Groenewegen	Patrick		Verpleegkundige GGZ
Habes	Vera		Hogeschool Utrecht en wijkverpleegkundige
Hamers	Karin		Hogeschool Utrecht
Hazelaar	Kars		Opella
Heijnen-kaales	Yvonne		NAH-verpleegkundige
Hendriks	Jacqueline		Wijkverpleegkundige
Hoeijmakers	Marjan		Zichtbare schakels Rotterdam
Jansen Schuiling	Monique		Wijkverpleegkundige
Jaspers	Joop		ZN
Jong	Rita	de	ZuidOostZorg
Jong	Rolien	de	Stichting Transmurale Zorg Den Haag
Jonge-Bonefaas	Elly	de	De Zellingen
Kraaij	Thea	van	Wijkverpleegkundige
Kamperman	Marlies		Per Saldo
Kleijs	Jeanet		Vilente
Kloosterman	Dorien		Iederin
Koops-Oosterhuis	Aletta		ActiZ
Leeuwerk	Marja	de	Wijkverpleegkundige
Leijnse	Suzanne		Transferverpleegkundige
Mossel	Roeli		Palet
Nouwen	Mijke		ZN
Pistorius	Menno		Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Rijsdijk	John		ZN
Rippen	Hester		Stichting Kind en ziekenhuis
Roekel	Emma	van	Wijkverpleegkundige
Saers	Aline		Per Saldo
Scholten	Julia		V&VN
Schuermans	Marieke		Universiteit Utrecht
Slegt-Maatman	Hedwig	van der	Wijkverpleegkundige
Tijdhof	Anne		Livio
Velde	Cilleke	van der	Icare
Verberk	Geneviève		LuciVer

Visser	Remco		Wijkverpleegkundige
Vlugt	Els	van der	Careyn
Voordouw	Ineke		ZonMw
Vreeke	Erna		V&VN
Vriendjes	Laura		Wijkverpleegkundige
Wagemaker	Jacobien		V&VN
Willemsen	Ellen		CSO/Unie KBO
Zilverentant	Marjolein		Wijkverpleegkundige

Overige contacten

Bolle	Francis		V&VN
Boorsma	Marijke		RAI
Bosman	Rona		CIZ
Elferink	Erna		Erasmus MC
Gosens	Merel		VWS
Jonge	Jorien	de	Transmuraal Netwerk Den Haag
Groot	Marcel	de	ZZG zorggroep
Koopmans	Jennifer		Sanitas Thuiszorg
Koster	Aad		ActiZ
Koster	Nicole		Omaha System Support
Nooijer	Nel	de	VNG
Romeijn	Lisette		LHV
Streng	Jose		Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Verkade	Paul Jeroen		Geriant
Wees	Claire	van	Draagnet
Westerhoven	Paula	van	Pantein
Wind	Wilna		NPCF
Woudhuizen	Christina		V&VN
Vaalburg	Anne Marie		V&VN
Vliet	Jose	van	Vilente
Voorwinde	Gerda		Careyn

Bijlage 2: Begrippen

Begrip		Bron
Casemanagement	<p>Casemanagement is het langdurig systematisch begeleiden van personen met meervoudige complexe gezondheidsproblemen of beperkingen en hun belangrijke naasten. Casemanagement omvat tenminste zorgdiagnostiek en zorgplanning, voorlichting en advies, persoonlijke steun en begeleiding aan de cliënt en zijn naasten, onderlinge afstemming en zorg coördinatie en (indien noodzakelijk) een warme overdracht naar opname. Casemanagement is gericht op het uitstellen of voorkomen van erger. Dit krijgt bijvoorbeeld vorm in Advanced Care Planning en het voorkomen van overbelasting van de mantelzorger. De casemanager maakt hiervoor mede gebruik van aanvullende methodieken zoals daar zijn gezamenlijke besluitvorming, het familiegesprek, e-health-methodieken en groepsbegeleiding.</p> <p>Door middel van casemanagement werken professionals, vrijwilligers, mantelzorgers en de cliënt nauw met elkaar samen met als doel dat deze cliënt zo lang mogelijk verantwoord thuis woont met zorg in de eigen omgeving, dat hij zijn maatschappelijke participatie behoudt of verbetert en zijn eigen regie zoveel mogelijk behoudt. De casemanager is de verbindende schakel tussen lokale en regionale zorg, gericht op samenwerken met (sociaal) wijkteam en met regionaal netwerk en resulteert daarmee in integrale zorgverlening.</p> <p>De casemanager maakt (bij voorkeur) deel uit van een multidisciplinair team waarin onder eindregie van een medicus gespecialiseerde professionals een plaats hebben. De casemanager participeert (waar mogelijk) in ziektediagnostiek en medische behandeling. Casemanagement gaat uit van <i>stepped care</i>. Dit betekent forse inzet wanneer nodig en een beperkte inzet in rustige periode.</p>	Vilans, 2014 (definitie in ontwikkeling)
Indicatiestelling	Bepalen wat de cliënt nodig heeft gezien zijn individuele situatie	College voor Zorgverzekeringen (CvZ) / Zorginstituut Nederland (2013)
Klinisch redeneren	<p>(Het redeneerproces dat de basis is voor indicatiestelling en zorgtoewijzing).</p> <p>Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Het continue cyclisch proces van redeneren omvat risico-</p>	Schuurmans in Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012) <i>Leren van de toekomst</i> . Houten: Bohn

	inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring.	Stafleu van Loghum.
Mantelzorg	Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie (RVZ). Er is sprake van mantelzorg als er langer dan 3 maanden en/of meer dan 8 uur per week hulp wordt geboden (Sociaal Cultureel Planbureau).	http://www.centrummantelzorg.nl/voor-organisaties/kennisbank/definitie Geraadpleegd op: 19-3-2014
Monitoring	Toezicht en controle uitoefenen	www.vandale.nl Geraadpleegd op: 15-5-2014
PES	Format voor het opschrijven van verpleegkundige diagnoses. P: het gezondheidsprobleem E: de oorzakelijke of samenhangende factoren S: de bepalende kenmerken of het complex van bijbehorende klachten en verschijnselen (signs & symptoms). Toevoeging: de volledige diagnose wordt meestal alleen de eerste keer of bij wijzigingen beschreven. Voor rapportage geldt over het algemeen alleen de P.	Gordon, M. (2004) Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
Sociale kaart	(in een regio) beschrijft welke instellingen en personen op een bepaald terrein of onderwerp werkzaam zijn, hun taken en activiteiten. In het kader van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering omvat de sociale kaart niet alleen instellingen en activiteiten uit de gezondheidszorg, maar ook uit de sectoren welzijn, sport en onderwijs.	http://www.encyclo.nl/begrip/sociale%20kaart Geraadpleegd op: 19-3-2014
Verpleegkundige anamnese	De verpleegkundige anamnese is het verzamelen en interpreteren van gegevens over iemands gezondheidstoestand.	Gordon, M. (2004) Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
Verpleegkundige diagnose	Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en/of levensprocessen. De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van verpleegkundige interventies, voor de resultaten waarvoor de verpleegkundige aansprakelijk is.	Gordon, M. (2004) Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
Verpleegkundige	Een of meer verrichtingen, al dan niet in samenhang	McCloskey, J.C.,

interventie	met een of meer andere patiënt/cliëntgebonden handelingen, die allemaal een gemeenschappelijk doel hebben en op basis van verpleegkundige besluitvorming gekozen zijn,	& Bulechek, G.M. (2002) Verpleegkundige interventies. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
Verplegen	<p>Verplegen dient een specifiek doel</p> <p>Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking (etc.).</p> <p>Verplegen omvat een specifieke manier van interveniëren</p> <p>Verpleegkundige interventies zijn gericht op het versterken van zelfmanagement van mensen voor zover mogelijk (etc.).</p> <p>Vindt plaats in een specifiek domein</p> <p>Het specifieke domein van verplegen is dat van de unieke reacties op en ervaringen van mensen met gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen in welke omgeving of omstandigheid zij zich ook bevinden (etc.).</p> <p>Verplegen is gericht op de persoon als geheel</p> <p>Verplegen is gericht op de persoon als geheel in zijn of haar context met zijn of haar leefwijze, niet op een bepaald aspect of een specifieke pathologie.</p> <p>Verplegen is gebaseerd op ethische waarden</p> <p>Verplegen is gebaseerd op ethische waarden waarin respect voor waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat (etc.).</p> <p>Verplegen betekent commitment en partnership</p> <p>Verpleegkundigen werken in partnerschap met patiënten, hun naasten en andere mantelzorgers, en in samenwerking met andere professionals in een multidisciplinair team (etc.).</p>	<p>Schuurmans in Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van. (2012) <i>Leren van de toekomst</i>. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.</p>
Vier gebieden van menselijk functioneren	Lichamelijk, psychisch, sociaal, functioneel.	<p>Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H., & Wigboldus, M. (2012, november) <i>Expertisegebied wijkverpleegkundige</i>. Utrecht: V&VN.</p>
Zelfmanagement	Het vermogen van mensen om zodanig om te gaan met hun chronische aandoening, dat zij de aandoening optimaal ingepast krijgen in het leven. Daarbij gaat het om de aandoening in de breedste zin van het woord: de symptomen, de behandeling, de lichamelijke en sociale consequenties en de	<p>LAZ, 2009-2012 in V&VN, 2014.</p>

	bijbehorende aanpassingen in leefstijl. Zelfmanagement betekent dan chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre zij de regie over het eigen leven in de hand willen houden en hoe zij richting willen geven aan de manier waarop de beschikbare zorg wordt ingezet. Zo kunnen zij een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven bereiken of behouden.	
Zelfredzaamheid	Het vermogen om zich te kunnen redden in de huidige situatie op het gespecificeerde levensdomein	Careyn (2013, maart) <i>Zelf indiceren, Careyn zorg thuis integrale indicatie procedure</i> . Schiedam: Careyn.
Zorgcoördinator	Personen die namens zorgaanbieders de professionele hulp tussen de intramurale, semi-murale en ambulante zorg coördineren zonder deze hulp direct zelf ten uitvoer te brengen, en een goede afstemming proberen te bewerkstelligen van de juiste hoeveelheid gewenste zorg voor een cliënt.	http://www.zorgbelang-noordholland.nl/waardenlijst Geraadpleegd op: 15-5-2014
Zorgtoewijzing	Bepalen wie de zorg uitvoert	College voor Zorgverzekeringen (CVZ) / Zorginstituut Nederland (2013)

Bijlage 3: Richtlijnen die bekend zijn en gebruikt worden onder wijkverpleegkundigen

(Geense et al., 2013)

RICHTLIJNEN	BEKEND	GEBRUIK
Decubitus	76,28%	65,60%
Medicatie en veiligheid	67,3%	65,6%
Diabetes	62,2%	49,6%
Verzorging van wonden	62,2%	54,4%
Hygiëne	61,5%	44%
Palliatieve sedatie	60,9%	44,8%
Valpreventie	60,3%	49,6%
Smetten	56,4%	46,4%
Euthanasie	50,6%	32%
MRSA	49,4%	36%
Ondervoeding	48,7%	40%
Dementie	48,1%	35,2%
COPD	44,9%	29,6%
Cytostatica	43,6%	35,2%
Delier	40,4%	29,6%
Incontinentie	37,2%	28,8%
Infectie preventie	37,2%	34,4%
Hartfalen	30,1%	22,4%
Oncologie	26,3%	16,8%
Depressie	21,8%	19,2%
Rouwverwerking	21,2%	14,4%
Persoonlijkheidsstoornissen	6,4%	4,8%
Andere richtlijnen	6,4%	5,6%
Schizofrenie	4,5%	2,4%

Bijlage 4: Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg

(KNMG et al., 2010)

Aandachtspunt 1:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator);

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in een hand.

Aandachtspunt 2:

Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelpunten betreffende de cliënt.

Aandachtspunt 3:

Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit de wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toegekomen rechten kan uitoefenen.

Aandachtspunt 4:

Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Aandachtspunt 5:

Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

Aandachtspunt 6:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aandachtspunt 7:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar andere zorgverleners. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

Aandachtspunt 8:

In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructie met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt

Aandachtspunt 9:

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met de overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

Aandachtspunt 10:

Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien van controlemomenten (overleg, evaluatie).

Aandachtspunt 11:

De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over diens betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

Aandachtspunt 13:

Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:
naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
incidenten worden gemeld binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door het daarop aangesproken.

Bijlage 5: Classificatiesystemen

Onderstaande beschrijvingen van Omaha, NANDA, NIC en NOC zijn overgenomen uit: “ICT standaarden in de zorg, een praktisch overzicht” (Nictiz, 2012). ICT standaarden worden in dit overzicht ingedeeld in codestelsels, classificaties en terminologiestandaarden (bijvoorbeeld DBC, DSM 14 maar ook ICF, NANDA/NIC/NOC), informatiestandaarden (bijvoorbeeld DCM 40) en structuur en communicatiestandaarden en systemen (bijvoorbeeld DICOM of HL7). Het complete overzicht is te vinden op www.nictiz.nl. De beschrijving van het RAI systeem is niet afkomstig uit de NICTIZ gegevens.

ICF

ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de mens en de eventuele problemen die mensen daarbij ervaren te beschrijven. Bovendien kunnen de factoren die op dat functioneren van invloed zijn ook worden geclassificeerd. In 192 landen, waaronder Nederland, is de ICF aanvaard. De ICF wordt beheerd door de World Health Organization (WHO). De waarde van ICF.

Mensen kunnen fysieke en psychische problemen ervaren die het dagelijks leven beïnvloeden. Factoren als pijn, beperkingen in mobiliteit en omgevingsfactoren kunnen ertoe leiden dat deze mensen niet meer goed voor zichzelf kunnen zorgen of hun dagelijks werk niet meer kunnen uitoefenen. Met ICF kunnen zorgverleners aangeven wat het probleem is en waar de zorg of behandeling zich op richt. Zorgverleners gebruiken de ICF bij onder andere chronisch zieken, ouderen, mensen met een blijvende of tijdelijke stoornis, beperking of participatieprobleem. Een voorbeeld hiervan is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat de ICF gebruikt om in kaart te brengen voor welk hulpmiddel of voor welke vorm van zorg een patiënt in aanmerking komt. Daarnaast gebruiken bijvoorbeeld artsen in verpleeghuizen en paramedici de ICF voor het formuleren van verpleegkundige en paramedische diagnoses en behandeldoelen. Met de ICF kan zowel het probleem (negatief) als het wel aanwezige functioneren (positief) worden beschreven. De ICF biedt een standaardtaal en een schema voor de beschrijving van iemands functioneren vanuit drie verschillende perspectieven:

1. De mens als organisme: voor het beschrijven van de functies, anatomische eigenschappen en stoornissen van onderdelen van het lichaam. Bijvoorbeeld: vermindering van het denkvermogen en het geheugen.
2. Het menselijk handelen: voor het beschrijven van wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten iemand uitvoert en welke beperkingen hierin zijn. Bijvoorbeeld of iemand nog zelfstandig kan schoonmaken.
3. Participatie: voor het beschrijven of iemand mee kan doen aan het maatschappelijk leven op alle terreinen, zijn of haar daadwerkelijke participatie en eventuele problemen hierin. Bijvoorbeeld: het deelnemen aan het verkeer.

De NANDA, NIC en NOC zijn classificaties van verpleegkundige diagnoses, interventies en zorgresultaten. Een verpleegkundige diagnose is een klinisch oordeel over een persoon, familie of gemeenschap als reactie op daadwerkelijke of potentiële gezondheidsproblemen of levensprocessen. De diagnose vormt de basis waarop verpleegkundigen interventies kiezen om zorgresultaten te behalen die liggen in het verpleegkundig domein. NANDA, NIC en NOC zijn drie aparte classificaties die nauw met elkaar verbonden zijn.

NANDA

NANDA staat voor de North American Nursing Diagnoses Association en wordt sinds 1982 beheerd door NANDA International in de Verenigde Staten en Canada. NANDA is begonnen met het ontwikkelen van een eenduidig verpleegkundig begrippenkader. Dit heeft geresulteerd in een classificatie en standaardisatie van verpleegkundige diagnoses. Verpleegkundige diagnoses zijn

samengesteld uit een probleem (P), samenhangende factoren of oorzaken (E) en de belangrijkste bepalende kenmerken (S). Deze elementen vormen tezamen de PES-structuur. Zo is stress ('ineffective coping') een probleem (P), een samenhangende factor is de hoge mate van dreiging die stress oplevert (E) en een bepalend kenmerk is matige concentratie (S) als gevolg van de stress.

NIC

NIC (Nursing Intervention Classification) classificeert elke behandeling die een verpleegkundige uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen, een autonoom verpleegkundige behandeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling. Een interventie bestaat uit een label, een definitie en een overzicht van activiteiten die een verpleegkundige uitvoert. Zo is het bevorderen van coping een interventie. De definitie van coping is 'de patiënt helpen zich aan te passen aan vermeende stressoren, veranderingen of bedreigingen die hem belemmeren in de vervulling van zijn taken en rollen'. Een activiteit is het nagaan hoeveel inzicht de patiënt heeft in het ziekteproces. De NIC en NOC zijn ontwikkeld door een onderzoeksteam van de University of Iowa en bestaan sinds 1992.

Omaha

Het Omaha Systeem is tussen 1975 en 1986 ontwikkeld in de Verenigde Staten. Het systeem is tot stand gekomen voor en door verplegend personeel, administratief medewerkers en managers. Het systeem biedt een structuur om de cliënt te onderzoeken, voor het documenteren van de problemen van de cliënt, het beschrijven multidisciplinaire interventies en meet de uitgangssituatie en de resultaten per 'probleem' van een cliënt. Het Omaha systeem is wetenschappelijk onderbouwd⁶ en in de praktijk getest.

Toegevoegde waarde van het Omaha Systeem

Het Omaha Systeem is opgebouwd uit drie samenhangende componenten:

1. Een assessment op basis van problemen. De classificatie van problemen is onderverdeeld in vier domeinen die elk onderverdeeld worden in diagnoses, modifiers en symptoms.

De domeinen zijn:

- a. omgeving, zoals inkomen, verblijf en woonomgeving.
- b. psychosociaal, zoals sociale contacten, opleiding en mentale gezondheid.
- c. fysiologisch, zoals horen, zicht, spraak, pijn en herkenning.
- d. gezondheidsgerelateerde gedrag, zoals persoonlijke verzorging, familieplanning en fysieke activiteiten.

2. Interventies. De interventies kennen drie niveaus:

- a. generieke categorieën zoals behandeling, case management en bewaking.
- b. doelstellingen zoals gedragsverandering, omgaan met stress en wondbehandeling.
- c. cliëntspecifieke informatie

3. Beoordelingsschaal. De beoordelingsschaal is een methode om de voortgang van de cliënt te monitoren tijdens de zorg. De beoordelingsschalen bestaan uit drie 5-puntschalen. De drie 5-puntschalen zijn Kennis, Gedrag en Status. Kennis wordt gedefinieerd als wat de klant weet, Gedrag als wat de klant doet en Status als het aantal en de ernst van problemen of symptomen. Op basis van de drie componenten kan dossiervorming gerealiseerd worden, vanaf de intake tot en met het ontslag van de cliënt. Als deze drie componenten worden gebruikt, levert het Omaha Systeem een toegevoegde waarde, waarbij de klinische gegevens worden gekoppeld aan demografische, financiële en administratieve gegevens. De gebruikte termen zijn toegankelijk voor de zorgverleners en cliënten van alle leeftijden en opleidingsniveaus. Het Omaha Systeem kan toegepast worden op individuen, families en bevolkingsgroepen.

⁶ De mate waarin het systeem wetenschappelijk onderbouwd is wordt door anderen ter discussie gesteld.

Resident Assessment Instrument (RAI).

Het RAI is een geïntegreerd informatiesysteem dat ontwikkeld is voor de intramurale zorg. Het bevat verschillende wetenschappelijk gevalideerde meetschalen. Het RAI werd oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de zorgbehoefte van de bewoners en de zorgverlening in de instellingen transparant te maken. In de VS is het instrument in 1999 ingevoerd in alle instellingen waar ouderen worden verpleegd en verzorgd. Na de succesvolle implementatie van het RAI in de verpleeghuizen werden gelijkaardige toepassingen ontwikkeld voor geriatrie diensten in ziekenhuizen, voor de palliatieve zorg, voor de zorg voor ouderen in de thuisomgeving, enz. Al deze instrumenten werden ontworpen volgens een gemeenschappelijk achterliggend concept. De uitwerking van dit concept resulteerde in een gemeenschappelijk taalgebruik dat voor professionele hulpverleners goed verstaanbaar is over de sectoren heen. Een internationale groep van onderzoekers, verenigd in het interRAI samenwerkingsverband (zie internetsite: www.interrai.org)
Bron: <http://www.nkvv.be/file?file=401&ssn>, geraadpleegd op 19-04-2014).

Bijlage 6: Kernset van patiëntproblemen ⁷

(Lambregts et al., 2012 pag 45)

<p>Lichamelijk Bedreigde of verstoorde vitale functies(ademhaling, circulatie, hersenfuncties) Koorts Smetten Jeuk Wonden Pijn Vermoeidheid Verlies van eetlust Misselijkheid, braken Gewichtsverlies Gewichtstoename Uitdroging/verstoorde vochtbalans Uitscheidingsproblemen (diarree, obstipatie, overmatige transpiratie, incontinentie)</p>	<p>Psychisch Bewustzijnsstoornissen Stemningsstoornissen Stoornissen in geheugen Stoornissen in denken en waarnemen (achterdocht, wanen, hallucinaties) Persoonlijkheidsstoornissen Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie) Angst, paniek Stress Verslaving Verlies Rouw Onzekerheid Kennistekort Ineffectieve coping Zingevingproblemen</p>
<p>Functioneel Tekort zelfmanagement Tekort zelfredzaamheid ADL, IADL, HDL Zintuigelijke beperkingen Verstoorde mobiliteit Vallen Slaap/waakproblemen</p>	<p>Sociaal Seksualiteitsstoornissen Participatieproblemen Sociale incompetentie Eenzaamheid Gebrek aan sociaal netwerk Tekort aan mantelzorg Overbelaste mantelzorg</p>

⁷ Deze kernset is in ontwikkeling.

Bijlage 7: Items uit het eOverdrachtsbericht

(Verwey et al., 2010)

- 1) Persoonsgegevens
- 2) Gezinsamenstelling
- 3) Woonsituatie
- 4) Organisatie
- 5) Medische gegevens
- 6) Samenvatting zorg
- 7) Meetwaarden
- 8) Mobiliteit
- 9) Wassen
- 10) Mondverzorging
- 11) Aan- en uitkleden
- 12) Toiletgang, eten/drinken
- 13) Voeding
- 14) Toediening systemen
- 15) Uitscheiding
- 16) Seksualiteit en voortplanting
- 17) Huis
- 18) Slaap
- 19) Zintuigen
- 20) Pijn
- 21) Algemeen psychisch functioneren
- 22) Algemene mentale functies
- 23) Communicatie
- 24) Ziektebeleving
- 25) Levensovertuiging
- 26) Participatie in de maatschappij
- 27) Hulp van anderen