

Zoeken naar de gouden standaard



Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg

Zoeken naar de gouden standaard

Een vergelijking van classificaties voor de
maatschappelijke gezondheidszorg

Jennie Mast
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 789 2590, e-mail: j.mast@vilans.nl
Website: www.vilans.nl

Utrecht, 19 september 2014



Inhoud

1. Verantwoording
2. Wat is bekend over classificaties in de zorg?
3. Overzichten over classificaties in de zorg
4. Wat kan een classificatie bieden?
5. Typering van de huidige classificaties
 - ICF
 - Nanda
 - Relatie met NIC en NOC
 - Omaha system
 - RAI
6. Relatie met ECD, registratie en huidige zorgplannen
7. Conclusies

Bijlage 1: Terminologie
Bijlage 2: Geraadpleegde experts
Bijlage 3: Detail vergelijking
Bijlage 4: Literatuur



1 | Verantwoording

Met de nieuwe spilfunctie van de wijkverpleging in de eerste lijn ontstaat dringend behoefte aan transparante en gestandaardiseerde taal over inzet, inhoud en effect van de zorg. Dit is niet nieuw. Al lang wordt vanuit verschillende invalshoeken nagedacht over het realiseren van deze professionaliseringslag.

Hierbij worden veel termen gebruikt die niet altijd eenduidig zijn. In deze notitie gebruiken we voor de meest relevante kernbegrippen de gangbare definities uit stukken van V&VN, het beroepsprofiel van de verpleegkundige 2020 en materiaal van het Zorginstituut Nederland. Daarnaast gebruiken we omschrijvingen van Nictiz over terminologie rond zorg en ICT. De begrippen en de definities staan vanwege de leesbaarheid apart vermeld in bijlage 1.

Bij het maken van dit overzicht hebben we nauw samengewerkt met V&VN in het project 'Eenheid van taal en eenheid van registratie'. Ook experts op het gebied van de diverse classificaties of instrumenten hebben over de tekst over hun onderdeel meegedacht.

Dilemma's

Dit overzicht is niet af. De zorg ontwikkelt zich, net als systemen en classificaties. Deze notitie is een momentopname. Eventuele aanvullingen verwerken we in een volgende, geactualiseerde versie.

Een vergelijking maken van classificaties in de zorg is ingewikkeld. Het lijkt op het vergelijken van peren, appels en bananen. Het is allemaal fruit, het is allemaal gezond, maar toch is er ook veel onderscheid. Dit is voor de zorg ook zo. Er zijn verschillende classificaties met een verschillende oorsprong en verschillende opzet. De vraag is niet zozeer of het een beter is dan het ander, maar hoe het de maatschappelijke gezondheidszorg verder kan helpen in haar professionalisering. We doen dus ook geen uitspraak over de kwaliteit van de classificaties.

Wat is een classificatie?

Volgens Nictiz, het expertisecentrum voor standaardisatie en e-Health, is een classificatie een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld (Nictiz 2012). Anders gezegd: Bij classificeren gaat het om het ordenen van gegevens door ze in te delen in categorieën, gebaseerd op overeenkomstige en onderscheidende kenmerken. Door dezelfde concepten en termen te gebruiken ontstaat een eenheid van taal voor de zorg. Classificaties helpen dus om het vak van de verpleging en verzorging te onderbouwen op een eenduidige manier die het hele vakgebied beslaat.

Volgens Nictiz zijn Nanda/NIC/NOC, Omaha system, International Classification of Nursing Practice (ICNP) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) veelgebruikte systemen binnen de verpleging en verzorging. Deze classificaties hebben elk een eigen gezichtspunt en achtergrond, waarmee verpleegkundigen en verzorgenden hun zorg kunnen indelen en beschrijven.

Het nut van een classificatie

Door alle ICT-ontwikkelingen en -mogelijkheden ontstaat ruimte om op basis van classificaties het vak van de wijkverpleegkundige daadwerkelijk te ondersteunen en te professionaliseren. Leidend bij deze ontwikkeling is de aansluiting bij en ondersteuning van het verpleegkundig proces. Door te registreren bij de bron kan veel informatie uit het primaire proces veel zinvoller en effectiever gebruikt worden.

Door het gebruik van een classificatie ontstaat:

- transparantie over de directe zorgverlening (wat speelt er bij de cliënt, wat doet de zorgverlener en wat bereikt men uiteindelijk gezamenlijk);
- een snellere en betere manier om communicatie uit te wisselen tussen zorgverleners en organisaties;
- vergelijkbaarheid van de gegevens.



2 | Wat is bekend over classificaties binnen de verpleegkundige zorg?

Al vele jaren proberen beroepsverenigingen, verpleegwetenschappers en opleidingen de verpleegkundige vak inhoud te verduidelijken en te onderbouwen. Tot nu toe zijn de resultaten beperkt. Veel verpleegkundigen zijn niet bekend met standaarden van taal en werken met de systemen die vanuit de organisatie of de koepels zijn bedacht. Het vastleggen van het verpleegproces is vaak niet samenhangend georganiseerd, maar op grond van verschillende lijstjes en systeemeisen. Veel verpleegkundigen leggen hun werkzaamheden daarom nog steeds vast op hun eigen manier.

Binnen de verpleegkunde wordt al langer gedacht over het werken met classificaties. Zowel opleidingen als verplegingswetenschappen besteden aandacht aan het nut en de noodzaak van classificaties in de zorg. Ermee werken in de dagelijkse praktijk was tot nu toe nog minimaal. Mede door de ontwikkeling van nieuwe ICT-mogelijkheden lijkt nu een kanteling te ontstaan in het denken over en het gebruik van classificaties, ook in de zorg.

Op dit moment zijn de meest bekende classificaties in de zorg in Nederland:

- NANDA: een classificatie voor verpleegkundige diagnoses
- NIC: een classificatie voor verpleegkundige interventies
- NOC: een classificatie voor verpleegkundige- of zorgresultaten/ uitkomsten van zorg

Deze van oorsprong losse classificaties worden steeds meer aan elkaar gekoppeld in de zogeheten NNN-classificatie om zo het hele verpleegkundig proces te kunnen ondersteunen.

- ICF: een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn.
- Omaha system: combinatie van drie classificaties (een probleemclassificatie, een interventieclassificatie en een standaardisering van de uitkomsten van de cliënt), wordt vooral voor de maatschappelijke gezondheidszorg gebruikt.
- InterRAI: beoordelingsformulier en classificatie naar zorgcategorieën, -behoefte en -zwaarte. Het RAI (Resident Assessment Instrument) is van oorsprong een beoordelingsinstrument. Door de ontwikkeling en de onderbouwing ervan groeit het uit naar een classificatie. Hoewel er discussie is over dit instrument (of het formeel een classificatie is), nemen we het toch op in dit overzicht.

Ziekenhuizen werken vaak met ICT-systemen die gebaseerd zijn op een classificatie ter onderbouwing van het dossier. Zij gebruiken dan de classificatie van het ICF of een combinatie van NANDA/NIC/NOC.

In de thuiszorg is het gebruik van classificaties als onderbouwing voor het dossier nog beperkt. De meeste zorgplannen zijn gebaseerd op het zorgleefplan van Actiz. Hierbij kijkt de zorgverlener breed naar de kwaliteit van leven van een cliënt aan de hand van vier domeinen. Aan het zorgleefplan is nu geen classificatie gekoppeld. Het Omaha system is binnen de thuiszorg door een aantal organisaties omarmd als een nieuwe stap voor het (elektronisch) zorgdossier.



3 | Overzichten over classificaties in de zorg

In de zorg is steeds meer behoefte aan inzicht in de doelen en overzicht van de mogelijkheden van de verschillende classificaties. Nictiz en V&VN hebben overzichten gemaakt, waar we uiteraard zoveel mogelijk gebruik van maken.

Nictiz

Nictiz heeft een overzicht gemaakt van de verschillende soorten ICT-standaarden in de zorg (Nictiz 2012), onder andere de ICF, NANDA/NIC/NOC en het Omaha system. In deze vergelijking wordt de classificatie kort beschreven, waarop een kopje waarde of toegevoegde waarde volgt en vervolgens de relatie met andere standaarden of classificaties. Nictiz geeft aan dat het moeilijk is om een goed overzicht te bieden. Definities zijn niet altijd duidelijk, elke classificatie heeft zijn eigen volwassenheidsgraad, naamsbekendheid, dekkingsgraad en gebruiksgemak. Kortom: de materie verandert voortdurend en het is moeilijk om een goede indeling en vergelijking te maken.

V&VN

Vanuit de eigen beroepsinhoud heeft ook V&VN zich verdiept in classificaties en eenheid van registratie met het project 'Eenheid van taal'. V&VN onderschrijft de noodzaak van het gebruik van classificaties om de effectiviteit en de zichtbaarheid van het verpleegkundig vak te vergroten.

V&VN heeft ICF, NANDA en het Omaha system vergeleken aan de hand van de stappen van het klinisch redeneerproces. Ook uit dit overzicht blijkt dat er tussen deze classificaties veel verschillen zijn, variërend van 368 begrippen bij de ICF, NANDA heeft 141 diagnostische concepten, verwerkt in 219 verpleegkundige diagnoses (laatste NL: versie: 2012-2014) of 42 bij het Omaha system. V&VN signaleert ook dat verpleegkundige concepten, bijvoorbeeld de zorgresultaten, verschillend worden ingevuld of vastgelegd. Dit roept, aldus V&VN, veel vragen op. Het is niet bekend of gegevens die via verschillende classificaties worden vastgelegd met elkaar zijn te vergelijken. V&VN pleit dan ook voor een gedegen onderzoek in samenwerking met verschillende partijen. Hiervoor wordt een vervolproject gestart met verschillende experts.

NFU

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra heeft een expertisecentrum opgezet met als doel gegevens te verzamelen over de kwaliteit van de zorg voor een bepaalde populatie van patiënten. Ook zij willen effectief en slim gebruik maken van gegevens uit het primaire proces.

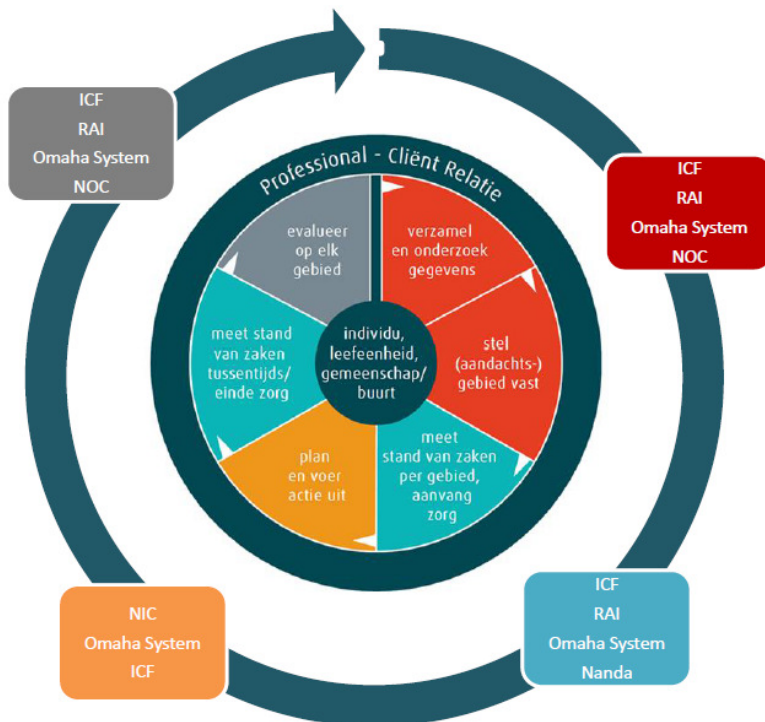
NANDA international

In het laatste boek van NANDA international (Nanda 2014) vergelijkt men o.a. ICF, Nanda, NIC, NOC en Omaha in een uitgebreide tabel.** Zij vergelijken o.a. ICF, NANDA, NIC, NOC en Omaha system op 32 verschillende criteria. Veel ervan zijn vormcriteria (hoe is iets omschreven) en meer op de wetenschappelijke onderbouwing gericht. In hun conclusie komt de NNN classificatie, de combinatie van NANDA, NIC en NOC als meest wetenschappelijk onderbouwde en daarom te implementeren classificatie naar voren.

De verschillende classificaties ondersteunen allemaal het primaire proces binnen de verpleging. Het aangrijpingspunt vanaf de start is soms verschillend. ICF is breed te gebruiken voor alle fases van het verpleegkundig proces. NANDA richt zich vooral op de beginfase, het verkennen van de situatie en het stellen van de verpleegkundige diagnose. Door de combinatie met NIC en NOC vormt het een geheel voor het hele verpleegkundig proces. De samenhang tussen de diagnose, interventie en zorgresultaat is onontbeerlijk en omschreven in de definitie van een verpleegkundige diagnose. Het Omaha system onderbouwt op alle fases het verpleegkundig proces. InterRai is gestart vanuit het assessmentdeel van het

verpleegkundig proces en het monitoren van uitkomsten. Ook hier wordt gewerkt aan verbinding met het zorgplan en de interventies.

In het onderstaande schema geven we aan hoe de aangrijpingspunten rond classificaties en het verpleegproces nu lijken te liggen.



bron: Martin, Karen S. The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management. © Elsevier, 2005.; bewerking en aanvulling Vilans



4 | Wat kan een classificatie bieden als ondersteuning aan de ontwikkelingen in en professionalisering van de (wijk)verpleging?

Wat is voor de ontwikkeling van het vak van de (wijk)verpleging van belang en wat kunnen we realiseren als we gebruikmaken van een classificatie? Daarvan willen we graag een beeld krijgen bij de vergelijking. Welke eisen zijn hierbij van belang?

Vakinhoudelijk

Vanuit de vak inhoud komen een aantal eisen naar voren:

- De classificatie moet een hulpmiddel zijn om holistisch te kijken naar de vraag van de cliënt.
- De classificatie moet niet te complex en te ingewikkeld zijn.
- De classificatie moet ondersteunend zijn voor alle fases van het verpleegkundig proces, dus zowel voor indicatiestelling/assessment/verpleegkundige diagnoses, de interventies en de uitkomsten.
- Het geheel moet valide zijn.

Met classificaties kunnen verpleegkundigen een zorgplan opstellen dat gebruik maakt van standaardtermen en voldoet aan de eisen van een plan op maat voor een specifieke cliënt. Voor de registratie van het verpleegkundig proces betekent dit het volgende:

- Het zorgplan moet professioneler en voor zover mogelijk gestandaardiseerd worden.
- Het onderdeel voor assessment/indicatiestelling/verpleegkundige diagnose moet aansluiten bij het normenkader voor de indicatiestelling van V&VN.
- Het moet aansluiten bij de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging van V&VN.
- Het moet aansluiten bij de richtlijn E-overdracht van V&VN.
- Interventies moeten meer onderbouwd worden met standaarden en protocollen.
- Uitkomsten moeten een duidelijkere plaats krijgen in het zorgplan.

Behoeft cliënt

In het zorgproces staat de relatie van de cliënt met de zorgverlener centraal. Mooi zou zijn als het werken met een classificatie ook de positie van de cliënt versterkt. De relatie is de verantwoordelijkheid van beide partners in dit proces. De helderheid over de stappen en de input van de zorgverlener worden verstrekt door het gebruik van een classificatie. Het eigen beheer van de cliënt over zijn zorgplan zou een belangrijke vervolgstap zijn voor de versterking van de positie van de cliënt. Op dit moment zijn we in Nederland nog niet zo ver dat dit de dagelijkse praktijk is.

Overige eisen

Andere opties die te koppelen zijn aan classificaties en registraties:

- benchmarken van gegevens;
- inzicht in de effecten van de zorg;
- effecten en verschuivingen rond substitutie en zelfredzaamheid in beeld krijgen;
- inzicht in de kosten van de zorg;
- geen dubbele administratie, geen extra registratielast.

Dit zijn vooral eisen die van buitenaf op de (wijk)verpleging afkomen.



5 | Typering van de huidige classificaties

Door de grote verschillen in opzet en uitwerking en de verwarring over termen is het ingewikkeld en zeer tijdrovend om een gewogen oordeel te geven over de waarde van de verschillende classificaties in de zorg op dit moment. Onduidelijk is wie de regie voert over dit proces.

V&VN wil een vergelijking van de classificaties in de zorg op wetenschappelijke basis laten onderzoeken. Dit zal nog wel enige tijd vragen. Op dit moment is er veel vraag naar informatie over het gebruik van classificaties en de mogelijkheden daarvan. We willen daarom met een korte vergelijking op hoofdlijnen toch houvast bieden aan het veld over deze complexe materie. De experts uit de bijlage hebben voor hun deel meegedacht en meegelezen. Zij kunnen zich vinden in deze weergave, wetende dat V&VN over enige tijd en grondiger onderbouwd beeld uitbrengt.

We beschrijven de meest gangbare classificaties in de zorg aan de hand van een aantal uitgangspunten, mede ontleend aan het NFU (NFU 2014) die vijf hiervan formuleert bij haar zoektocht naar eenheid van documentatie en gebruik van zorggegevens. Met deze uitgangspunten beantwoorden we grotendeels aan de hierboven genoemde eisen.

De NFU uitgangspunten, aangepast aan de zorg thuis zijn:

- gaat uit van een holistische kijk op de cliënt en zijn omgeving (voor de zorg thuis is de verbinding met het sociale domein van belang);
- biedt een basis voor volwaardig partnerschap voor de cliënt;
- aansluiting bij het primaire proces, waarin de zorg geleverd wordt, is essentieel;
- uitkomsten bij de cliënt zijn cruciaal;
- voorziet in de informatiebehoeften van de verschillende belanghebbenden;
- het principe ‘eenmalige registratie voor meervoudig gebruik’ is leidend in de verzameling van de gegevens.

We hebben hier aan toegevoegd: is het praktisch toepasbaar te maken op korte termijn.

ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health

De ICF is gepubliceerd door de WHO in 2001 als een algemene classificatie voor de gezondheidszorg. Met de ICF is het mogelijk het menselijk functioneren en de eventuele problemen die mensen daarbij ervaren te beschrijven. Bovendien kunnen ook de externe factoren die op dat functioneren van invloed zijn worden geklasseerd. Beschrijven van het functioneren is mogelijk vanuit drie perspectieven:

1. De mens als organisme (classificatie van Functies en anatomische eigenschappen [negatief: stoornissen])
2. Het menselijk handelen (classificatie van Activiteiten [negatief: beperkingen])
3. Deelname aan de samenleving (classificatie van Participatie [negatief: participatieproblemen]).

Gaat uit van een holistische kijk op de cliënt en zijn omgeving

De ICF kijkt naar de mens als organisme (functies en anatomische eigenschappen), naar het menselijk doelgericht handelen (activiteiten), en meedoen aan het maatschappelijk leven (participatie). Men gaat uit van een brede kijk op de mens en zijn functioneren. De oorsprong ligt in de revalidatiegeneeskunde: niet het genezen van aandoeningen staat voorop, maar ervoor zorgen dat mensen in het dagelijks leven uit de voeten kunnen. Daarom is het systeem ook gericht op de activiteiten van cliënten en op deelname in de samenleving. Het heeft een sterk multidisciplinaire insteek. De wisselwerking tussen externe en persoonlijke factoren wordt meegenomen in het systeem. Meer en meer wordt de ICF gezien als het classificatiesysteem van het Gezond Gedrags-domein. Dan gaat het niet meer over zieken of mensen met beperkingen maar over mensen en hun gezondheid.

Verbinding met het sociale domein

Vooral door het in kaart brengen van de activiteiten die iemand kan ondernemen en de participatie is de ICF goed te gebruiken in de verbinding met het sociale domein. Tevens is binnen het ICF-model het domein 'omgevingsfactoren' een belangrijke link naar het sociale domein

Biedt een basis voor volwaardig partnerschap voor de cliënt

Uitleg over het gebruik van de classificatie is nodig om de cliënt te informeren over het nut en de noodzaak hiervan. Het schema is behulpzaam om aan cliënten uit te leggen waarom het gaat in de zorg. Daarbij helpt ook de 'gewone taal' van de ICF, in tegenstelling tot moeilijke Latijnse termen voor ziekten. Hier gaat het om 'alledaagse' dingen zoals pijn, traplopen of communicatie.

Aansluiting bij het primaire proces

De ICF ondersteunt in zijn opzet niet het verpleegkundig proces en de stappen daarin. Daarvoor is het niet opgezet. Het ondersteunt de verpleegkundige of de zorg door te verhelderen wat de problemen van de cliënt zijn. Het is bruikbaar bij de anamnese fase, stuurt behandeldoelen en de evaluatiefase van het proces. Het is geen beschrijving van het verpleegkundig handelen. De ICF heeft een sterk multidisciplinaire insteek.

Uitkomsten bij de cliënt

De ICF biedt een raamwerk om zowel de bevindingen van de cliënt zelf vast te leggen als die van de zorgverlener. Aan de start van het proces (tijdens de diagnostiek) helpt het om een goed beeld te krijgen van de situatie van de cliënt. Tijdens en aan het eind van het proces helpt het om een beeld te krijgen van het resultaat van het proces in de ogen van de cliënt zelf en van de zorgverlener.

Voorziet in de informatiebehoeften van de verschillende belanghebbenden.

De ICF is een van de eerste en meest volledige classificaties voor het menselijk functioneren. Het is daarom ook vaak de basis van huidige ICT systemen die gebruikt worden in de zorg, zoals bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), in het paramedisch domein en de verzekeringsgeneeskunde. Binnen de GGZ is ICF leidend vanwege de domeinen activiteiten en participatie. Zorgproblemen binnen de GGZ zijn juist gerelateerd aan deze domeinen. Bij de overige medische beroepen staat het gebruik van de ICF nog in de

kinderschoenen. Binnen een project in Nijmegen is met vanuit de huisartsen bezig met de ontwikkeling van een ICF PC (primary care)

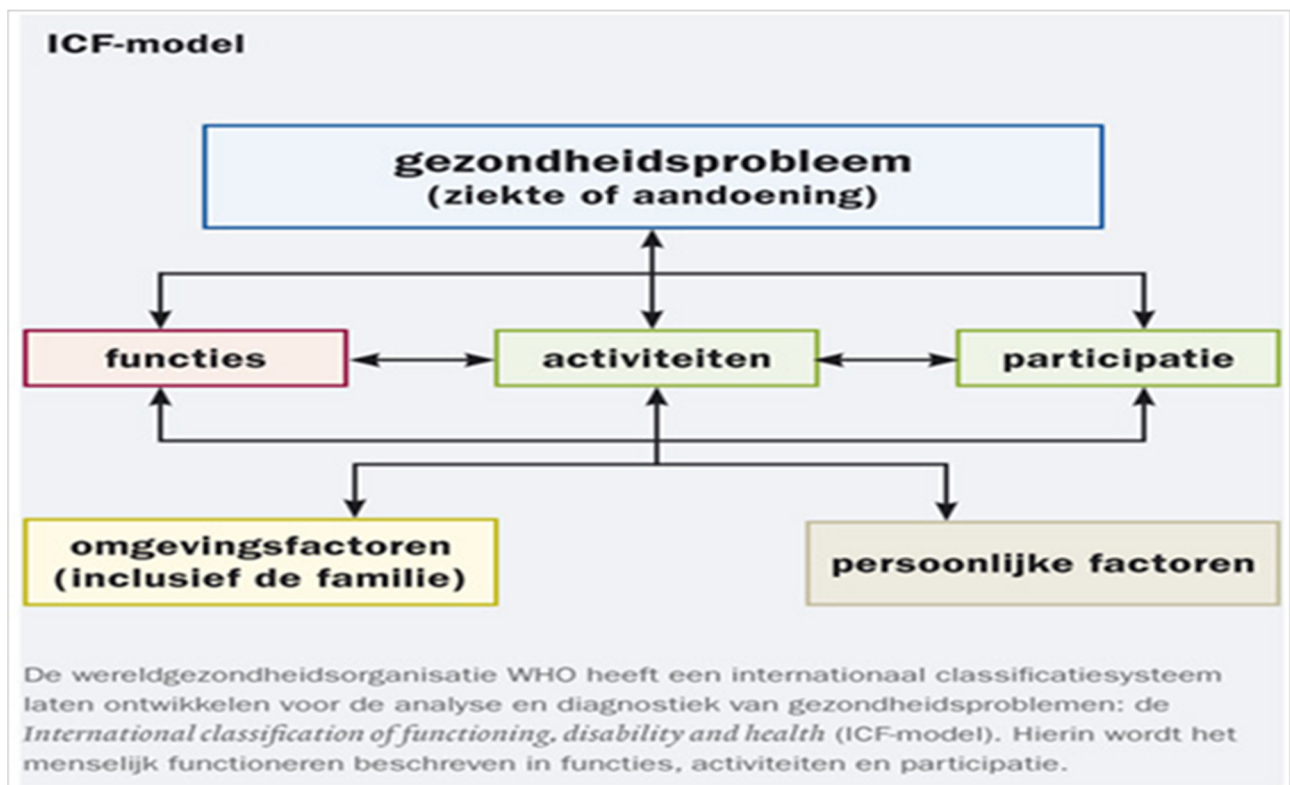
Enmalige registratie voor meervoudig gebruik

Omdat de ICF al langere tijd bestaat is het een basis geworden voor veel registratiesystemen. In principe geldt voor alle classificaties (ICF, Omaha en Nanda/NIC/NOC dat zij voldoen aan 'eenmalige registratie'. Elke classificatie is om deze reden ontwikkeld.

Praktische bruikbaarheid voor de zorg thuis

De ICF is een heel breed opgezette classificatie. Tot nu toe is het vooral gebruikt bij de anamnese-/ diagnostische fase, het in kaart brengen van het functioneren (functies, activiteiten en participatie) en de factoren die daarop van invloed zijn. Het afstemmen van de interventies en de evaluatie van de uitkomsten is in principe ook mogelijk met de ICF (of met de nog in ontwikkeling zijnde ICHI [classification of health interventions]). De ICF is van nut voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten en kan worden gebruikt in klinische situaties in allerlei zorginstellingen, in het onderwijs, de sociale sector en in gezondheidsonderzoek op individueel en bevolkingsniveau. ICF-terminologie kan worden gebruikt bij het formuleren van inhoudelijke richtlijnen, het selecteren of ontwikkelen van meetinstrumenten, het bepalen van de voor de cliënt meest passende hulpmiddelen, het inrichten van een cliëntendossier, het ontwikkelen van multi-professionele communicatie, in het kader van onderzoek, et cetera.

Schematische weergave van het model



NANDA, Classification of Nursing diagnoses

NANDA staat voor de North American Nursing Diagnoses Association en de NANDA Classificatie, nu ook wel NANDA-I genoemd, wordt sinds 1982 beheerd door NANDA International in de Verenigde Staten en Canada. NANDA International beheert de ontwikkeling, vaststelling en herziening van verpleegkundige diagnoses. NANDA is opgezet vanuit de behoefte en de ambitie om de verpleegkundige beoordeling, klinische interpretatie en verpleegkundige diagnostiek te verduidelijken en te onderbouwen. NANDA is dus een monodisciplinair, verpleegkundig classificatiesysteem.

Sinds 2003 is men bezig om een gezamenlijke taxonomie voor de verpleegkundige praktijk te ontwikkelen, in combinatie met NIC (Nursing Interventions Classification) en NOC (Nursing Outcome Classification). Dit wordt ook wel de NNN-classificatie genoemd.. We bespreken NANDA, NIC en NOC hier daarom bij elkaar.

De NANDA classificeert de labels van de verpleegkundige diagnoses. Verpleegkundige diagnoses zijn samengesteld in een bepaalde structuur, bestaande uit een label of naam (P), een definitie, samenhangende factoren of oorzaken (E) en de belangrijkste bepalende kenmerken (S). Deze elementen vormen samen de PES-structuur. Ook andere structuren zijn hiernaast mogelijk. De PES is vrij breed geaccepteerd in Nederland.

Gaat uit van een holistische kijk op de cliënt en zijn omgeving

Binnen de NANDA kijkt men breed naar de cliënt vanuit dertien domeinen. Deze dertien domeinen zijn gericht op de gezondheidspatronen van Gordon welke een holistische mensvisie voorstaan. Binnen de NANDA Taxonomie zijn 141 diagnostische foci of concepten uitgewerkt (2012-2014 versie). Onderwerp, oordeel, localisatie, leeftijd, tijd en status bepalen uiteindelijk de diagnose. Daarmee kunnen van eenzelfde concept uiteindelijk meerdere diagnoses bestaan. Bijvoorbeeld *Risico voor obstipatie* en *Obstipatie*. Beide gaan over het concept *Obstipatie* maar de status van de diagnoses is verschillend.

Verbinding met het sociale domein

Verpleegkundige diagnoses voor het sociale domein zijn terug te vinden in verschillende domeinen van de NANDA classificatie. Gezondheidsbevordering is bijvoorbeeld binnen NANDA één van de domeinen. Het gaat hierbij om gezondheidstekorten in de gemeenschap, risicovol gedrag en ineffectief gezondheidsgedrag.

Biedt een basis voor volwaardig partnerschap voor de cliënt

Door de definiëring van een verpleegkundige diagnose met de PES structuur wordt een situatie met de cliënt breed verkend. Informatie van de cliënt is onderdeel van en direct verbonden met de diagnose.

Aansluiting bij het primaire proces

Een goede diagnose is de basis voor de verpleegkundige zorgverlening. Veel verpleegkundigen hebben de PES structuur geleerd in hun opleiding en vinden deze bruikbaar. Veel verpleegkundigen zijn gewend om via Gordon een anamnese in te vullen om gegevens te verzamelen op basis waarvan zij tot een diagnose kunnen komen. De NANDA is binnen Nederland daarom ook gerangschikt volgens de Gordon patronen om verpleegkundige op die manier in hun redeneerproces te ondersteunen. Momenteel staat NANDA weer meer in de belangstelling omdat het handvatten geeft aan de wijkverpleegkundige bij het indicatiestellen. NANDA sluit dus vooral aan bij de beginfase van het verpleegkundig proces.

Uitkomsten bij de cliënt

De NANDA-diagnoses zijn niet gemaakt om de uitkomsten te analyseren. NANDA diagnoses vormen de probleembeschrijving (diagnose) waarvoor een interventie (NIC) wordt ingezet om een bepaald zorgresultaat (NOC) te bereiken. In combinatie met de NIC en NOC zijn deze relaties wel te leggen. De relatie tussen NNN is daarbij wel een vereiste.

Voorziet in de informatiebehoeften van de verschillende belanghebbenden

NANDA is vooral gericht op verpleegkundigen en het gebruik in de zorg. De automatisering van NANDA is binnen enkele academische ziekenhuizen in ontwikkeling als toepassing in het EPD.

Enmalige registratie voor meervoudig gebruik

In principe geldt voor alle classificaties dat zij voldoen aan 'eenmalige registratie'. Eenmalige registratie in de praktijk is mogelijk. De elementen in de NANDA, NIC en NOC en de relaties tot elkaar zijn uniek en voldoen daarmee aan het uitgangspunt.

Praktische bruikbaarheid voor de zorg thuis

Een aantal thuiszorgorganisaties gebruikt de PES structuur, maar niet altijd gekoppeld aan de classificatie van NANDA. Hierdoor ontstaan zelf-geformuleerde diagnoses die niet op een geaggregeerd niveau te gebruiken zijn.

Relatie Verpleegkundige diagnoses, interventies en resultaten

De NANDA, de NIC en de NOC zijn classificaties van onderdelen van het totale verpleegkundig proces: diagnoses, interventies en zorgresultaten.

NANDA, NIC en NOC worden nu vaak bij elkaar in één overzicht genoemd als NNN classificatie, en ook zo verder ontwikkeld. De stand van zaken rond NIC en NOC verschilt niet veel van datgene wat bij NANDA in dit overzicht gemeld wordt. We volstaan daarom hier met een korte beschrijving van de NIC en NOC.

NIC, Nursing Intervention Classification

De **Nursing Interventions Classification** is ontwikkeld door de Universiteit van IOWA. Sinds 1987 heeft een groot onderzoeksteam van deze universiteit een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige behandelingen (de NIC) geconstrueerd, gevalideerd en geïmplementeerd. Via een inductieve benadering zijn de interventies ontstaan, op basis van brononderzoek uit de praktijk. Vervolgens was er een ordenende structuur nodig. De eerste Amerikaanse editie verscheen in 1992. De laatste versie van de NIC bevat 542 interventies.

De NIC classificeert elke interventie die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert bij een patiënt. De NIC bevat een gemakkelijk te gebruiken ordeningsstructuur met domeinen, klassen, interventies en activiteiten. De classificatie is gevalideerd en gecodeerd.

De NIC heeft 7 domeinen, waarmee gewenste verpleegkundige interventies en acties worden beschreven. De domeinen zijn: Elementair fysiologische functies, Complex fysiologische functies, Gedrag, Veiligheid, Gezin en familie, Gezondheidszorgstelsel en Samenleving

NOC, Nursing Outcome Classification

De 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. Een zorgresultaat beschrijft de toestand van de patiënt *die volgt op* een interventie en waarschijnlijk onder invloed daarvan tot stand is gekomen. De NOC is eveneens op de University of Iowa ontwikkeld met medewerking van veel leden van het NIC-team.

De NOC kent zeven domeinen, waarmee resultaten en indicatoren in neutrale termen worden beschreven. De taxonomie bestaat uit domeinen, klassen, resultaat labels, resultaat indicatoren, meetschalen. De domeinen zijn:

1. Functionele gezondheid
2. Fysiologische gezondheid
3. Psychosociale gezondheid
4. Gezondheidskennis en -gedrag
5. Gezondheidsbeleving
6. Gezondheid van familie en gezin
7. Maatschappelijke gezondheidszorg

De resultaten van het verpleegkundig handelen zijn vast te leggen in de NOC. De tweede Nederlandse editie is gebaseerd op de vierde Amerikaanse druk en bevat 385 zorgresultaten. Met behulp van de zorgresultaten kunnen verpleegkundigen en andere zorgverleners de toestand van cliënten, mantelzorgers, gezinnen of gemeenschappen beoordelen. De NOC stelt verpleegkundigen in staat om veranderingen in de toestand van de patiënt na de interventies te beoordelen en de voortgang van de patiënt te volgen.

Gordon

Verpleegkundigen leren in hun opleiding bijna allemaal over de gezondheidspatronen van Gordon. Gordon is geen classificatie. Toch geven we hier in dit overzicht wel kort informatie over haar patronen. Waarom? Gordon onderschrijft de principes van de verpleegkundige diagnostiek maar is in Nederland vooral bekend als assessmentinstrument. Ordening van NANDA diagnoses binnen de gezondheidspatronen is een toepassing voor de verpleegkundige praktijk. Veel verpleegkundigen koppelen Gordon daarom aan NANDA, terwijl dit niet automatisch zo is.

Marjory Gordon is een verpleegkundig theoretica en professor die nursing assessment heeft beschreven in de theorie bekend als 'Gordon's functional health patterns'. Ze blijft de internationale leidster op dit gebied van verpleegkundige educatie. Marjory Gordon was de eerste president van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

In de elf gezondheidspatronen ordent Gordon de diagnoses van de NANDA in een logisch geheel. De 11 patronen zijn te overzien en logisch voor verpleegkundigen. Veel dossiers in de zorg zijn opgebouwd rond deze gezondheidspatronen. Door de koppeling van de gezondheidspatronen aan de NANDA-diagnoses biedt haar werk een belangrijke stap in een meer uniforme aanpak en taal die verpleegkundigen gebruiken bij het formuleren van verpleegproblemen en verpleegkundige diagnoses.

Gordon is dus een ordening van de diagnoses. Andere verpleegkundige theoretici hebben ook dit soort ordeningen geïntroduceerd, waarbij altijd een holistische benadering werd nagestreefd. Enkele Nederlandse namen: Orem, Grijpdonck en Van de Brink-Tjebbes.

Omaha system, Nursing Classification

Het Omaha system is een classificatie die gezondheid en zorg omschrijft vanuit een breed perspectief. Het is gedurende de jaren 1970-1980 in een periode van twintig jaar ontwikkeld voor en door verpleegkundigen in de openbare gezondheidszorg. Deze classificatie komt uit Amerika en is ontwikkeld in nauwe samenwerking met de universiteit van Minneapolis. Het systeem wordt beheerd door een internationale groep van experts. Het OMAHA system is bedoeld voor gegevensverzameling voor onderzoek, het volgen van zorgresultaten, (elektronische) dossiervoering en multidisciplinaire communicatie.

Gaat uit van een holistische kijk op de cliënt en zijn omgeving

In de verkenning van de problematiek ordent de classificatie de aandachtsgebieden in vier domeinen: omgeving, psychosociaal, fysiologisch, gezondheid gerelateerd gedrag. Dit omvat de meest voorkomende vraagstukken in de zorg voor ouderen, chronisch zieken, jeugd en specifieke aandachtsgroepen. Ook bij de interventies zijn vier breed georiënteerde hoofdgroepen onderscheiden om op alle vragen een antwoord te kunnen bieden.

Verbinding met het sociale domein

Het Omaha system is ontwikkeld voor en door de openbare, maatschappelijke gezondheidszorg. Het kan gebruikt worden in het sociale domein vanuit de domeinen die hierop gericht zijn (omgeving, psychosociaal en gezondheidsgerelateerd gedrag).

Biedt een basis voor volwaardig partnerschap voor de cliënt

In de relatie met de cliënt en zijn directe omgeving signaleert de verpleegkundige actuele, mogelijke en gezondheidsgerelateerde problemen of vragen. De cliënt wordt direct betrokken bij de opzet van het zorgplan, de interventies en de uitkomsten.

Aansluiting bij het primaire proces

Het Omaha system bestaat uit drie samenhangende classificaties:

1. probleemclassificatie;
2. interventieclassificatie;
3. uitkomstenscalen.

Door deze basis van het verpleegkundig proces te standaardiseren ondersteunt het Omaha system de uitvoering van zorg, maakt het de zorg inzichtelijk en transparant en verbindt het problemen met interventies en uitkomsten.

Uitkomsten bij de cliënt

In het Omaha system brengt de verpleegkundige bij de start van de zorg in kaart wat de cliënt aan kennis heeft over het aandachtsgebied, welk gedrag hij laat zien en hoe ernstig de situatie is. Door dit gedurende het proces regelmatig te controleren ontstaat zicht op de voortgang en weet de cliënt waaraan gewerkt wordt. De uitkomsten worden gescoord op een schaal van 1 tot 5.

Voorziet in de informatiebehoeften van de verschillende belanghebbenden

Door de samenhang tussen de drie onderdelen van het systeem is zeer veel informatie op te halen uit de dossiers die het Omaha system als basis hebben. Inhoudelijke analyses op specifieke vraagstukken, inzicht in interventies en uitkomsten, mogelijk zelfs inzicht in uren/omzet bij specifieke doelgroepen of wijken.

Eenmalige registratie voor meervoudig gebruik

Het Omaha system biedt in één systeem heel veel informatie. Door slim gebruik van ICT kan het de verpleegkundige helpen haar primaire proces te professionaliseren en inzichtelijk te maken. Met de ingevoerde gegevens kan een organisatie of team vervolgens op verschillende niveaus analyseren welke relaties men kan vinden tussen doelgroep, aandachtsgebieden, interventies en uitkomsten.

Praktische bruikbaarheid voor de zorg thuis

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 system 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.

RAI

RAI - het Resident Assessment Instrument - is een instrument dat sinds 1985 over een periode van 20 jaar is ontwikkeld, onderhouden en gedistribueerd door de organisatie interRAI. InterRAI is een non-profit organisatie ondersteund door een internationaal netwerk van universiteiten en onderzoekers. Men wil de onderbouwing en de kwaliteit van de zorg verbeteren door gebruik te maken van eenduidige begrippen en termen. Omdat het daarin groeit naar een classificatie en omdat het ook gebruikt wordt in Nederland bespreken we de RAI hier ook.

InterRAI kent voor nagenoeg alle domeinen van zorg een eigen set met vragen, bijvoorbeeld: langdurige zorg, thuiszorg, palliatieve zorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, acute zorg, GGZ-zorg, et cetera. Het geheel aan instrumenten wordt de interRAI-suite genoemd. De resultaten geven ook inzicht in de inzet naar informele zorg en het sociale domein van het individu.

Gaat uit van een holistische kijk op de cliënt en zijn omgeving

Onderdelen die in de beoordeling naar voren komen zijn cognitief functioneren, communicatie en gezichtsvermogen, stemming en gedrag, psychosociaal welbevinden, lichamelijk functioneren, continëntie, diagnoses van ziekten, gezondheidsproblemen, toestand van de mond en het gebit, de voedingstoestand, conditie van de huid (decubitus), activiteitenpatroon en medicatiegebruik. Alle probleemgebieden die relevant worden gesignaleerd om een holistisch beeld van het individu te krijgen.

Verbinding met het sociaal domein

Door de gestandaardiseerde methode is een vergelijking tussen groepen cliënten mogelijk op verschillende niveaus:

- Tussen wijken binnen de grenzen van een gemeente
- Tussen instellingen
- Tussen gemeenten
- Op nationaal gebied
- Op internationaal vlak.

Biedt een basis voor volwaardig partnerschap voor de cliënt

De probleem-, zorg- en risicogebieden worden bepaald door de Klinische Analyse Protocollen: een serie van gesignaleerde probleemgebieden en protocollen die de zorgverlener ondersteunt bij het opstellen van 'best practice' zorgplannen. De cliënt is direct betrokken bij de beoordeling, het zorgplan en de uitkomsten.

Aansluiting bij het primaire proces

Het Resident Assessment Instrument is een beoordelingsinstrument, waarmee de zorgbehoefte, probleemgebieden, vooruitgang/achteruitgang van de cliënt, kwaliteitsindicatoren en zorgcategorisering worden bepaald op een wetenschappelijk gevalideerde manier. De Resource Utilization Groups zorgen voor een classificatie in hoofd- en subcategorieën.

De uitwerking van dit concept resulteerde in een gemeenschappelijk taalgebruik dat voor professionele hulpverleners en de cliënten goed verstaanbaar is over de sectoren heen.

Uitkomsten bij de cliënt

Het doel van RAI is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurt door een zorgplan vanuit de probleemsignaleringen en classificatie in hoofd- en subcategorieën. Daarnaast is door de gestandaardiseerde methode - een vergelijking tussen groepen cliënten mogelijk op verschillende niveaus:

- tussen locaties in een instelling voor langdurige zorg;
- tussen wijken binnen de grenzen van een gemeente;
- tussen instellingen;
- tussen gemeenten;
- op nationaal gebied;
- op internationaal vlak.

Voorziet in de informatiebehoeften van de verschillende belanghebbenden

De interRAI suite is een set van een aantal beoordelingsformulieren, waaronder een formulier voor Verpleeghuiszorg, Thuiszorg en Revalidatiezorg, wanneer het ouderenzorg betreft. Ook voor Jeugd- en Gezinszorg, GGZ en GZ zijn formulieren gevalideerd en opgenomen in de suite.

Enmalige registratie voor meervoudig gebruik

Het beoordelingsinstrument voor de ouderenzorg bestaat uit de volgende onderdelen:

- een gevalideerde gestandaardiseerde beoordeling van de zorg- en welzijnstoestand/-situatie van de oudere;
- rapportages voor het individu:
 - probleem- en risicosignaleringen die de basis vormen van een zorgplan;
 - schalen waarin de voortgang/achteruitgang van het individu grafisch wordt weergegeven en geclassificeerd (bijvoorbeeld de Cognitieve Performance Schaal is vergelijkbaar met de MMSE en geeft de cognitieve toestand en verloop over tijd weer);
 - classificering in hoofd- en subcategorieën naar zorgbehoefte en -zwaarte.
- rapportages voor de organisatie:
 - verwachte inzet van medewerkers in uren per week;
 - kwaliteitsindicatoren.

Praktische bruikbaarheid voor de zorg thuis

In Nederland hebben de InterRAI-kwaliteitsindicatoren, die één van de rapportages in het systeem zijn, aan de basis gelegen van de zorginhoudelijke indicatoren die door VVT-instellingen jaarlijks worden aangeboden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Verenso oriënteert zich nu op de mogelijkheden van het InterRai-systeem binnen de ouderengeneeskunde. De RAI HC is in Noord Holland RAI is wetenschappelijk onderzocht, zowel in de thuissituatie als in verzorgings-/verpleeghuissetting. De resultaten hiervan zijn een verbetering van zorg en verhoging van de levensverwachting met inzet van RAI, een positief effect op mentaal welbevinden en noden (van patiënten) die naar boven komen, welke eerder onbekend waren bij de huisarts.

RAI wordt in Nederland aangeboden door het NIGW, die de interRAI suite heeft verwerkt in een nieuwe versie van de ICT-/internetapplicatie RAIview.



6 | Relatie met ECD, registratie en huidige zorgplannen

Veel verandert en is mogelijk met de huidige toepassing van ICT in de zorg. Ook het vastleggen van allerlei informatie over de cliënt in bijvoorbeeld een elektronisch cliëntdossier is steeds normaler. Het is belangrijk voor verpleegkundigen om de visie op deze systemen vanuit de aanbieder te kennen en de manier waarop het verpleegkundig vak daarbij wordt ondersteund te beïnvloeden. Het moet in dienst staan van de verpleegkundige. Het systeem ondersteunt het werk in plaats van de verpleegkundige het systeem. Met de komst van ECD's zijn er veel mogelijkheden om het vak te professionaliseren.

Kernset E-overdracht

Om te komen tot een verbetering van de overdracht in de zorgketen is V&VN in samenwerking met Nictiz in januari 2010 gestart met het programma e-Overdracht in de care. Uit het programma is een 'kernset' gekomen. Deze kernset zorgt voor standaardisatie van gegevens (eenheid van taal) bij de overdracht van cliënten van de ene zorgsetting naar de andere. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen de kernset gebruiken om de zorg van patiënten/cliënten vast te leggen en over te dragen naar een andere zorginstelling. Daardoor kan veiliger en met minder fouten gewerkt worden. Het is ook mogelijk deze gegevens toe te passen in een elektronisch zorgdossier.

Softwareleveranciers gaan de door V&VN en Nictiz ontwikkelde kernset 'e-Overdracht' opnemen in hun producten. Dat is het resultaat van gesprekken die in 2011 gevoerd zijn. De kernset is verder gespecificeerd, gecodeerd en vertaald in een berichtenstandaard. Daardoor kan uitwisseling via verschillende zorginfrastructuren plaatsvinden. De eerste ziekenhuizen werken nu met e-Overdracht. Om verpleegkundigen en verzorgenden handvatten te bieden om de kernset te implementeren heeft STG/HMF onder projectleiderschap van Rolien de Jong de brochure 'Verpleegkundigen en verzorgenden aan de slag met ICT' uitgebracht. Succesfactoren voor gebruik van ICT in de zorg voor verpleegkundigen zijn, volgens dit project, met name of het meerwaarde brengt voor de verpleegkundige en de cliënt (de Jong 2010).

Registratie

Door het gebruik van classificaties en slimme ICT kan de registratielast van verpleegkundigen worden teruggedrongen. Eenmalige registratie van de nodige gegevens in het ECD kan het verpleegproces ondersteunen, transparant maken en versterken.

Zorgleefplan Actiz

Actiz heeft in 2006 binnen de thuiszorg met (een handleiding voor) het zorgleefplan ook een aanzet gegeven tot meer uniformiteit in de dossiervorming. Het zorgleefplan biedt houvast aan de zorgverleners, vooral bij het maken en invullen van verschillende onderdelen van het primaire proces met als doel het vergroten van de kwaliteit van leven van de cliënt. Het zorgleefplan geeft handvatten voor een holistische kijk op de cliënt en zijn vragen. Men onderscheidt vier domeinen: de woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden en autonomie, en lichamelijk welbevinden en gezondheid.

Het zorgleefplan is niet gekoppeld aan een classificatie. Het wordt daarom per zorgverlener met eigen woorden ingevuld. De gegevens zijn hierdoor heel moeilijk te aggregeren.

Het zorgleefplan wordt nu nog breed gebruikt in de thuiszorg.

7 | Conclusies

Wat is nodig en belangrijk voor de verdere ontwikkeling en de professionalisering van de verpleging in de maatschappelijke gezondheidszorg als het gaat om taal, begrippen en gegevens? Met deze vraag zijn we deze verkenning gestart. We kunnen de volgende conclusies trekken uit deze vergelijking.

Vershil in terminologie

- Wat zijn we met elkaar aan het vergelijken? Er worden ook in classificaties veel termen gebruikt met verschillende definities. Voor een goede vergelijking is duidelijkheid in deze termen erg belangrijk. Dit vraagstuk speelt ook bij zorgorganisaties, verzekeraars, gemeenten en dus ook bij de verpleegkundigen en verzorgenden.
- Er bestaan nu voor de zorg verschillende classificaties naast elkaar. Dit hoeft geen probleem te zijn omdat ze allen het streven naar duidelijkheid in taal en transparantie nastreven. Er is dus niet één gouden standaard die iedereen zou moeten volgen.

Aansluiten bij het primaire proces van de wijkverpleegkundige

- Het is belangrijk bij het verder ontwikkelen van het werken met classificaties binnen de wijkverpleging dat het primair proces leidend is. Systemen die los van de praktijk staan werken niet.
- Als basis voor het verpleegkundig proces is aansluiting bij de fasering uit de richtlijn van V&VN over verpleegkundige en verzorgende verslaglegging gewenst. Er zijn verschillende faseringen vanuit verschillende perspectieven in omloop.
- Voor de wijkverpleging staat in het expertisegebied dat het stellen van een indicatie integraal onderdeel is van de wijkverpleging. Het normenkader van V&VN is hierin leidend.
- Er is een urgentie om vanuit de beroepsgroep en inhoudelijk een vuist te maken. Dit betekent dat zorgorganisaties op korte termijn al een aantal keuzes moeten maken voor het vastleggen van cliëntgegevens en de bijbehorende ICT-toepassingen.
- Verpleegkundigen moeten meedenken over en invloed uitoefenen ten aanzien van de systemen die middels ICT hun vak vastleggen.

Geen systeemstrijd

- Zorgorganisaties bepalen zelf welk systeem en welke classificatie ze gaan gebruiken.
- Alle systemen zijn breed opgezet en kijken holistisch naar de cliënt.
- Verschillen zitten in de uitgebreidheid van de classificaties en in de praktische toepasbaarheid.
- Classificaties voor de zorg moeten de zorg verder helpen. Daarin zit ook de verbinding tussen de classificaties die al gebruikt worden.
- ICT is nodig om een stap verder te komen.

Behoefte en positie van de cliënt

De verpleegkundige werkt altijd in directe relatie met de cliënt. Ondersteunt het werken met een classificatie de cliënt als partner in dit proces? Wat heeft de cliënt daarvoor nodig en helpt een classificatie hierbij? Dit soort vragen zijn op dit moment nog niet te beantwoorden. Het werken met een classificatie kan duidelijkheid scheppen, maar de ervaringen in de praktijk zijn nog te beperkt.



Bijlage Terminologie

Vanuit de ICT standaarden in de zorg (Nictiz 2012):

Classificatie:

dit is een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld. Veelgebruikte classificatiesystemen binnen de verpleging en verzorging zijn Nanda/NIC/NOC, Omaha system, International Classification of Nursing Practice (ICNP) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deze classificaties hebben elk een eigen gezichtspunt en achtergrond, waarmee verpleegkundigen en verzorgenden hun zorg kunnen indelen en beschrijven. Classificeren is het maken van een classificatie; klasseren is het gebruikmaken van een classificatie

Codestelsel:

een terminologie, vocabulaire of classificatiesysteem wordt een codestelsel genoemd als de concepten geïdentificeerd worden met een code.

Terminologie:

is een lijst van termen en concepten binnen een specifiek domein.

Het begrip professionele standaard (Zorginstituut Nederland 2014)

Professionele standaard

1. In het Burgerlijk Wetboek opgevat als: het geheel van normen, regels, wetenschappelijke inzichten en ervaringen, volgens welke een zorgverlener zou moeten handelen.
2. In artikel 1, eerste lid, onder z van de Zorgverzekeringswet gedefinieerd als: 'richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.'

Kwaliteitsstandaard

Verzamelnaam van richtlijnen, zorgmodules en zorgstandaarden die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat goede zorg is. De inhoud van de term kwaliteitsstandaard volgt daarmee de definitie van de term professionele standaard zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet. Professionele standaard als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder z van de Zorgverzekeringswet.

Richtlijn

Document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek en aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

Kerntermen vanuit het verpleegkundig vak (V&VN 2014):

Klinisch redeneren

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-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. (Schuurmans in Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van 2012).

Het verpleegkundig proces / verpleegproces:

Het verpleegproces is een cyclisch proces in de zorg waarin de verpleegkundige op een systematische wijze de zorg plant, uitvoert en evalueert op basis van vooraf verzamelde voor de zorg relevante gegevens (Wikipedia).

De fasering van het verpleegproces wordt verschillend ingevuld, maar bestaat in elk geval uit:

Fase 1: Gegevens verzamelen de Verpleegkundige anamnese

Fase 2: Verpleegkundige diagnose(n) of verpleegproblemen/aandachtsgebieden vaststellen

Fase 3: Vaststellen gewenste resultaten

Fase 4: Verpleegkundige interventies plannen in een verpleegplan

Fase 5: Verpleegkundige interventies uitvoeren

Fase 6: Evaluatie

Fase 7: Terugkoppelen en bijstellen plan

Verpleegkundige anamnese

De verpleegkundige anamnese is het verzamelen en interpreteren van gegevens over iemands gezondheidstoestand. (Gordon 2004)

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 2004)

PES structuur

Format voor het opschrijven van verpleegkundige diagnosen.

P: Het gezondheidsprobleem

E: de oorzakelijke of samenhangende factoren

S: de bepalende kenmerken of het complex van bijbehorende klachten en verschijnselen (signs symptoms). (Gordon 2004)

(Verpleegkundige) Indicatiestelling

Bepalen wat de cliënt nodig heeft gezien zijn individuele situatie (Zorginstituut Nederland 2013).

Verpleegkundige indicatiestelling: op basis van klinisch redeneren vaststellen wat de cliënt aan zorg nodig heeft in omvang, duur, aard en gewenst resultaat. (V&VN 2014) als een optimum tussen kwaliteit en kosten.

Organisatie van zorg:

Bepalen wie de zorg uitvoert waarbij passende zorg gezien wordt (V&VN 2014)

Verpleegkundige interventie:

Een of meer verrichtingen, al dan niet in samenhang met een of meer andere patiënt/cliëntgebonden handelingen, die allemaal een gemeenschappelijk doel hebben en op basis van verpleegkundige besluitvorming gekozen zijn (Mc.Closkey en Bulechek 2002)

Dossier, zorgplan

Schriftelijk vastgelegd plan aangaande de zorg voor een cliënt. Hierin staan onder andere: gestelde behandeldoelen, de betrokkenheid en inzet van cliënt, verwachte tijdsduur van de behandeling, te verrichten taken, tijdstip van zorgverlening, omvang van zorgverlening, inzet van deskundigheid, tijdstip van de evaluatie. (Zorginstituut Nederland 2014)

Verplegen (Lambregts e.a. 2012)

- **Verplegen dient een specifiek doel.**
Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking (etc.).
- **Verplegen omvat een specifieke manier van interveniëren.**
Verpleegkundige interventies zijn gericht op het versterken van zelfmanagement van mensen voor zover mogelijk (etc.).

- **Vindt plaats in een specifiek domein.**
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.).
- **Verplegen is gericht op de persoon als geheel.**
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.
- **Verplegen is gebaseerd op ethische waarden.**
Verplegen is gebaseerd op ethische waarden waarin respect voor waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat (etc.).
- **Verplegen betekent commitment en partnership.**
Verpleegkundigen werken in partnerschap met patiënten, hun naasten en andere mantelzorgers, en in samenwerking met andere professionals in een multidisciplinair team (etc.)



Bijlage detailvergelijking

Standaard	ICF	NANDA	NIC	NOC	Omaha systeem	RAI
	International classification of Functioning, Disability and Health	North American Nursing Diagnoses Association	Nursing Interventions Classification	Nursing Outcomes Classification		Resident Assessment Instrument
Referenties	Website RIVM: www.rivm.nl/who-fic Uitgegeven in Nederland door BSL	T. Heather Herdman, H.I. de Graaf-Waar, H.T. Speksnijder, N.E. Oude, H.P. Merkus, North-American Nurses Diagnoses Association, International Verpleegkundige diagnoses 2009-2011 Nanda International 2012-2014	J.C. McCloskey & G.M. Bulechek, Verpleegkundige Interventies, Elsevier, 2010 NIC, 3 ^e herziene versie 2010	S. Moorhead, M. Johnson, M. Maas, E. Swanson, Verpleegkundige zorgresultaten, Elsevier, 2011 De tweede Nederlandse editie is gebaseerd op de vierde Amerikaanse druk	K. Martin, The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management, Reprinted 2nd Edition, 2005.	Website NIGW; Boormsma, M., Frijters, D.H.M., Hout, H.P.J. van, et al. 2011, Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial, CMAJ, 183 (11): p.E724-32 ; Website interRAI
Doel	Beschrijven van het menselijk functioneren plus de factoren die daarop van invloed zijn.	Het classificeren van alle geaccepteerde verpleegkundige diagnoses.	Het classificeren van elke behandeling die een verpleegkundige uitvoert ten behoeve van een patiënt.	Het classificeren van verpleegkundige zorgresultaten.	Het omschrijven van gezondheid en zorg vanuit een holistische perspectief.	Kwaliteit van zorg en leven verbeteren van het individu, door een holistisch beeld, probleemsigalering en zorgbehoefte van het individu transparant maken.
Doelgroep	Oorspronkelijk voor de gehele populatie, maar later is ook bijvoorbeeld ICF-CY ontwikkeld speciaal voor kinderen en jeugd.	Oorspronkelijk voor gehele populatie	Oorspronkelijk voor gehele populatie	Oorspronkelijk voor gehele populatie	Oorspronkelijk voor gehele populatie	Oorspronkelijk voor verpleeghuis bewoners, vanaf begin 2000 voor gehele populatie
Gebruik in NL	ICF kan worden gebruikt in klinische		De NIC kan in elk verpleegkundig		In de thuiszorg in Nederland wordt hier	Verpleeghuis en thuiszorg, POH en

	situaties in allerlei zorginstellingen, in het onderwijs, de sociale sector en in gezondheids-onderzoek op individueel en bevolkingsniveau.		werkveld worden toegepast.		en daar het eveneens in de Verenigde Staten ontwikkelde Omaha-systeem gebruikt om zorgproblemen van de cliënt, interventies en resultaten te registreren.	huisarts
Domeinen (hoogste niveau van taxonomie)	<p>Beschrijven van het functioneren vanuit drie perspectieven:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De mens als organisme (Functies en Anatomische Eigenschappen) 2. Het menselijk handelen (Activiteiten) 3. Deelname aan de samenleving (Participatie) <p>Daarnaast:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lijst externe factoren 	<p>Classificatie van NANDA kent 13 domeinen, waarmee problemen worden beschreven. Deze domeinen zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gezondheidsbevordering 2. Voeding 3. Uitscheiding / Uitwisseling 4. Activiteiten / Rust 5. Waarneming / Cognitie 6. Zelfperceptie 7. Rollen / Relaties 8. Seksualiteit 9. Coping / stress tolerantie 10. Levens principes 11. Veiligheid / Bescherming 12. Welbevinden 13. Groei / ontwikkeling 	<p>Classificatie van NIC kent 7 domeinen, waarmee gewenste verpleegkundige interventies en acties worden beschreven. De domeinen zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elementair fysiologische functies 2. Complex fysiologische functies 3. Gedrag 4. Veiligheid 5. Gezin en familie 6. Gezondheidszorgstelsel 7. Samenleving 	<p>Classificatie van NOC kent 7 domeinen, waarmee resultaten en indicatoren in neutrale termen worden beschreven. De domeinen zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Functionele gezondheid 2. Fysiologische gezondheid 3. Psychosociale gezondheid 4. Gezondheidskennis en -gedrag 5. Gezondheidsbeleving 6. Gezondheid van familie en gezin 7. Maatschappelijke gezondheidszorg 	<p>OMAHA bestaat uit drie onderdelen / samenhangende componenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Probleem classificatie 2. Interventie classificatie 3. Uitkomsten schalen. <p>OMAHA onderscheidt problemen op vier verschillende domeinen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysiologische domein 2. Gezondheid gerelateerde gedragsdomein 3. Omgevingsdomein 4. Psychosociale domein. <p>De Interventies kennen drie niveaus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generieke categorieën, zoals behandeling, case management en bewaking. 2. Doelstellingen zoals 	<p>RAI bestaat uit drie basis componenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beoordelingsinstrument, door gestandaardiseerde en wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst. 2. Zorgschalen: voortgangsmeting van het individu op aantal zorg- en welzijnsaspecten. 3. De probleemsignaleringen: een serie van protocollen welke de verpleegkundige begeleidt bij het opstellen van “best practice” zorgplannen voor veel voorkomende problemen bij ouderen. 4. De Resource Utilization Groups: een classificatie system gebaseerd op beoordeling om

					gedragsveranderingen, omgaan met stress en wondbehandeling. 3. Cliënt specifieke informatie	zorgbehoefte en -intensiteit en gebruik van bronnen te voorspellen op het niveau van een individuele resident.
Antwoordcategorieën	Via 'qualifiers' (typeringen) kan bijvoorbeeld de ernst van de problemen worden aangegeven			5-punts Likert schaal met aan het ene uiteinde een negatieve toestand en aan het andere een positieve toestand.	De schalen bestaan uit drie 5-punts Likert schalen. De drie schalen zijn: 1. Kennis, wat weet de klant 2. Gedrag, wat doet de klant 3. Status, aantal en ernst van problemen	Verschillend per vraag: variërend van ja/nee tot bijv. een schakering in welke mate iemand (on)afhankelijkheid op gebied van ADL heeft.
Resultaat	De ICF is van nut voor het beschrijven van de gezondheid van individuen in de verschillende fasen van het zorgproces (diagnostiek, interventie en evaluatie)	De taxonomie helpt de verpleegkundige een diagnose te stellen.	De taxonomie helpt de verpleegkundige een interventie te vinden en te kiezen en biedt een mogelijke structuur voor leerplanontwikkeling. De cijfercodes maken automatisering van de NIC mogelijk.	De NOC stelt verpleegkundigen in staat om veranderingen in de toestand van de patiënt na de interventies te beoordelen en de voortgang van de patiënt te volgen.	Met behulp van de beoordelingsschalen kunnen de resultaten van de interventies worden bepaald.	Bepaling van de zorgbehoefte, probleemgebieden, vooruitgang/achteruitgang, kwaliteitsindicatoren en zorgcategorisering van het individu. Het biedt directe zorginhoudelijke ondersteuning aan verpleegkundigen en verzorgenden door hun aandacht te vestigen op mogelijk niet eerder opgemerkte problemen van de bewoners.

Onderbouwing / methode van ontwikkeling	Publicatie Nederlandse ICF door WHO-FIC Collaborating Centre (RIVM), april 2002	NANDA International is een organisatie, die de ontwikkeling, vaststelling en herziening van verpleegkundige diagnoses beheert. Sinds 2012 bestaat het Nederlandstalig NANDA netwerk.	Sinds 1987 heeft een groot onderzoeksteam van de University of Iowa een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige behandelingen (de NIC) geconstrueerd, gevalideerd en geïmplementeerd. Via een inductieve benadering zijn de interventies ontstaan, op basis van brononderzoek uit de bestaande praktijk. Vervolgens was er een ordenende structuur nodig.	De NOC is eveneens op de University of Iowa ontwikkeld met medewerking van veel leden van het NIC-team.	Ontwikkeld in de VS op basis van wetenschappelijk onderzoek en is vertaald naar het Nederlands. Wordt inmiddels in meer dan 20 landen gebruikt.	Ontwikkeld in de VS. In de VS is het instrument in 1991 ingevoerd in alle instellingen waar ouderen worden verpleegd en verzorgd. Op dit moment wordt RAI in ruim 35 landen ingezet, waarbij het verplicht is gesteld in enkele landen, waaronder Finland, IJsland en België. In Nederland hebben de interRAI kwaliteitsindicatoren, die één van de rapportages in het systeem zijn, aan de basis gelegen van de zorginhoudelijke indicatoren die door VVT-instellingen jaarlijks worden aangeboden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vertaald in Nederlands en gevalideerd voor de Nederlandse context.
Aanvullende informatie		Ter verduidelijking van het verband tussen deze drie classificaties wordt het verpleegkundig kennis- en besluitvormingsmodel van McClasky & Bulechek genoemd.				



Bijlage betrokken experts:

NANDA:	Helen de Graaf, Erasmus Medisch Centrum
RAI:	Dingeman de Jong, Tjalk de Jong NIGW
Omaha system:	Nicole Koster, Omaha systems
ICF:	Yvonne Heerkens, docent/lector Nederlands paramedisch instituut Hans Vlek, Vilans
V&VN:	Renate Kieft
Lector wijkzorg	Henk Rosendal



Referenties

Marijke Boorsma MD, Dinnus H.M. Frijters PhD, Dirk L. Knol PhD, Miel E. Ribbe MD, Giel Nijpels MD, Hein P.J. van Hout PhD (2011)

Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial, *CMAJ*, August 9, 2011, 183(11)

McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2002)

Verpleegkundige interventies. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Gordon, M. (2004)

Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

T. Heather Herdman, H.I. de Graaf-Waar, H.T. Speksnijder, N.E. Oude, H.P. Merkus, North-American Nurses Diagnoses Association,

International Verpleegkundige diagnoses 2009-2011, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

F.Hellema, (2002)

De ICDH en de NANDA, NIC en NOC, Groningen: AZG

Hutchinson AM¹, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squires JE, Teare G, Estabrooks CA.

The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2010 Jun 16;10:166. doi: 10.1186/1472-6963-10-166.

R.de Jong en J. Kruijswijk Jansen (2010)

Hoe verpleegkundigen kunnen bijdragen aan duurzame zorg, STG/HMF

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012)

Leren van de toekomst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

K.Martin (1992)

The Omaha system, a key to practice, documentation and Information management, St.Louis, Missouri: Elsevier Saunders

S. Moorhead, M.Johnson, M. Maas, E. Swanson (2011)

Verpleegkundige zorgresultaten, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

NANDA, verpleegkundige diagnoses. Definities en classificatie 1997-1998. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 1997)

NANDA International (2014)

Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012- 2014. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

Nederlandse Federatie van UMC's, NFU (2014)

Kwaliteitsregistratie met toekomst, Utrecht: NFU

Nederlandse Federatie van UMC's, NFU (2013)

Registratie aan de bron | Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020, Utrecht: NFU

Nictiz (2012)

ICT standaarden in de zorg, een praktisch overzicht, Utrecht: Nictiz

Nictiz (2014)
E-overdracht

L. Paquay, (2005)
RAI: het Resident Assessment Instrument, een nieuwe evaluatieschaal voor de ouderenzorg in België,
Leuven: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

RIVM (2002).
ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health.
Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Nederlands, WHO FIC Collaborating Centre.

RVZ, Raad voor de volksgezondheid en Zorg (2014)
Patiënteninformatie, Den Haag: RVZ

V&VN (2014)
Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, Utrecht: V&VN

Zorginstituut Nederland (2014)
Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, Den Haag: Zorginstituut Nederland

