



Zorgspiegel Omaha System

Samen leren van data

Stichting Omaha System Support

Mei 2021



Voorwoord

In de wijkverpleging wordt sinds 2015 gewerkt met het classificatiesysteem Omaha System. Dit dient voor het vastleggen van de zorgverlening aan cliënten. Inzicht in de gegevens die worden vastgelegd met het Omaha System kan gebruikers voorzien van bruikbare informatie voor de zorgverlening. De zorginformatie (data) uit Omaha System geven namelijk inzicht in hoe de aanleiding, aanpak en uitkomsten van zorgverlening met elkaar samenhangen. Deze inzichten kunnen gebruikt worden voor feedback, kwaliteitsverbetering, kennisontwikkeling en onderzoek.

Stichting Omaha System Support heeft ervaring opgedaan in het (op teamniveau) verzamelen, opschonen, analyseren en interpreteren van de Omaha System gegevens uit de zorgplannen. In dit rapport lees je de inzichten die zijn opgedaan over het proces en de uitkomsten. Het is een ervaring met twee teams in één organisatie, het samen leren stond voorop. In een vervolg met een andere organisatie zijn we bezig de inzichten en geleerde lessen verder te onderbouwen en vergroten.

Praktische hulpmiddelen en tips om hier als organisatie zelf of met hulp van de stichting mee aan de slag te gaan zijn in ontwikkeling en zullen gedeeld worden.

Met heel veel dank aan de organisaties die met ons het proces van ‘leren van data’ aangaan!

Stichting Omaha System Support

Mei 2021

1. Achtergrond

Big en small data en de zorg

De zorgsector legt grote hoeveelheden informatie over cliënten en het zorgproces vast. Systemen als elektronische cliëntdossiers, classificatiesystemen, domoticasystemen, veiligheidsmanagementsystemen en planningssystemen staan vol met potentieel waardevolle data. Deze gegevens kunnen gebruikt worden om kennis en inzichten te verwerven. Hierbij is een onderscheid te maken tussen big data en small data. Binnen dit rapport zien wij big data als data van honderdduizenden (tot miljoenen) mensen, afkomstig van het internet en alle apparaten die erop zijn aangesloten. Voorbeelden zijn data uit domoticasystemen, gegevens van een website over bezoekersgedrag en andere onderzoeksdata. Met small data bedoelen we data op een kleinere schaal, bijvoorbeeld uit de eigen organisatie. De mogelijkheden van onderzoek met data zijn oneindig en lijken ook voor de langdurige zorg kansrijk. Er wordt op dit moment dan ook volop geëxperimenteerd door zorgorganisaties en ICT-leveranciers. Het is voor beide partijen erg relevant om kennis en ervaring op dit gebied op te doen.¹

Het Omaha System als informatiemanagementsysteem

Het Omaha System is een classificatiesysteem voor zorg en welzijn. Het is een terminologie- en een codestelsel waarmee de stappen in het zorgproces wordt vastgelegd in het ECD. Iedere gebruiker gebruikt dezelfde termen en specificiert per cliënt. Dé kracht van eenheid van taal. Het vergemakkelijkt de communicatie, met elkaar en met de cliënt. Het is een hulpmiddel om de acties en uitkomsten van de zorg voor cliënten beter te kiezen, sorteren en vastleggen.² Doordat de terminologie van het Omaha System gecodeerd is, is het ook een informatiemanagementsysteem. De met Omaha System vastgelegde zorg vormt een database waardoor grote hoeveelheden aan gegevens die zorgverleners dagelijks vastleggen in het zorgplan zorgvuldig en geordend worden opgeslagen. Deze functionaliteit van het Omaha System, en andere classificatiesystemen, is minder bekend. En dat is zonde. Want de systematische bundeling van informatie over cliënten biedt veel mogelijkheden voor de praktijk. Over welke mogelijkheden gaat het (zie ook figuur 1)?

Allereerst gaat het om beschrijven van data (zorginformatie). Bijvoorbeeld aan informatie over de omvang en soort cliënten in zorg, de zorgverlening die zij ontvangen, de status en voortgang van hun klachten. Deze informatie kan gebruikt worden als monitoringsinformatie (om een vinger aan de pols te houden), maar ook als feedbackmethode en input voor gesprekken over de (kwaliteit van) zorg binnen de organisatie. Bovendien kunnen deze inzichten over de cliënten in zorg en zorgverlening ook dienen als onderbouwing en verantwoording voor externe partijen.

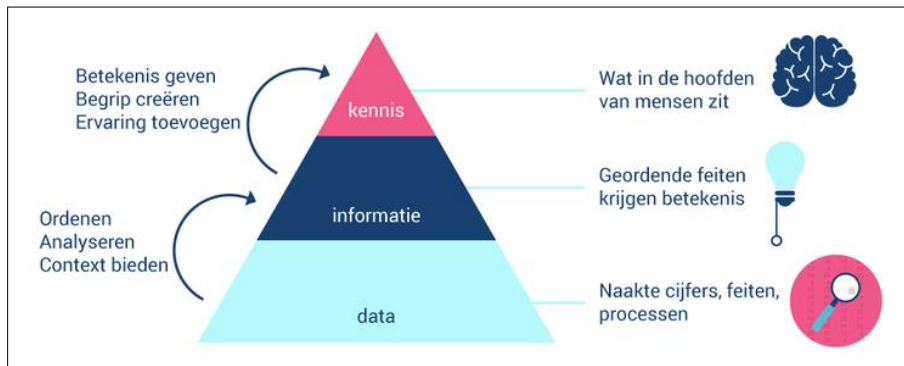
Ten tweede gaat het om verklaringen en voorspellingen over het zorgproces. Hoewel dit misschien nog wat ‘ver van ons bed’ klinkt, biedt de data die worden opgeslagen in classificatiesystemen zoals het Omaha System mogelijkheden om uitspraken te doen over ‘wat (het beste) werkt’ gegeven een bepaalde cliëntgroep met een

¹ Lukkien, D., & Timmer, S. (2018) Aan de slag met datascience in de langdurende zorg. Utrecht: Vilans.

² Koster, N., Harmsen, J. (2015). Het Omaha System; Een introductie. (zesde druk, november 2016) Uitgeverij Perquery bv.

bepaalde aandoening. Door het combineren van grote aantallen gegevens van cliënten ontstaat er een zekere ‘bewijskracht’. Denk bijvoorbeeld aan de beste methode om een wond te behandelen, of interventies die effect hebben op de geestelijke gezondheid van cliënten. Hoewel bij één cliënt toeval of individuele omstandigheden nog een grote rol spelen, is het bij grote aantallen (zeker bij big data) met veel meer zekerheid te zeggen dat een bepaalde interventie ook écht effect heeft. Dat biedt veel kennis om de zorg (nog beter) in te richten en is daarnaast natuurlijk ook gewoon erg interessant om te weten!

Figuur 1: De mogelijkheden van (big) data



Het doel van de pilots

Omdat het inzichtelijk maken van de zorg die vastgelegd wordt met behulp van Omaha System op grote schaal nog betrekkelijk nieuw is, zien we de pilots als gezamenlijk ‘leertraject’. Dit betekent dat over de uitkomsten op grote lijnen iets vaststaat en dat vooral het leren van het proces en alle stappen die gaandeweg genomen zijn centraal stonden.

We hebben ons gericht op twee doelen:

- Het ophalen (uit het ECD), opschonen, analyseren en interpreteren Omaha System data, omwille van het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de registratie, alsmede het inzichtelijk maken van de omvang, aard en uitkomsten van zorgverlening bij de deelnemers.
- Het leren van het proces van data-export, opschoning, analyse, terugkoppeling en interpretatie van de data (ervaringen, bevorderende en belemmerende factoren, randvoorwaarden).

2. Procesbeschrijving leertraject

Het leerproces bestond uit vier fasen: verkenning (1), data-export (2), data-analyse (3), rapportage en evaluatie (4). In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van het proces dat doorlopen is. We beschrijven het oorspronkelijk plan van aanpak en welke stappen genomen zijn. Ook beschrijven we waar afgeweken is van het oorspronkelijk plan van aanpak en waarom. We geven kort aan welke belemmerende en bevorderende voorwaarden we hebben gezien gedurende het proces.

Fase 1: verkenning

In de eerste fase stond verkenning en afbakening centraal. Samen met de organisatie bespraken we de scope van de opdracht. Er moesten keuzes gemaakt worden over de inhoud van de data-extractie en de data-analyse. Ook op het gebied van privacy moest worden afgestemd om te zorgen dat de data veilig en conform de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) verwerkt zouden worden. Gezamenlijk kozen we voor de volgende acties om het proces vorm te geven:

- Afstemming en ondertekening van de benodigde juridische documenten (denk aan samenwerkingsovereenkomst).
- Samenwerking met een ‘trust third party’, om data gepseudonimiseerd en conform AVG te exporteren. In dit geval ZorgTTP.
- Data-extractie via API datasharing van de ict-leverancier, als dat niet lukt via “de achterkant” door de organisatie zelf, anders via interface aan “de voorkant”.
- Opzet van minimale dataset (MDS): een duidelijke beschrijving van de data die stichting Omaha System diende te ontvangen. Hierbij gebruikten we het principe van dataminimalisatie. Dit houdt in dat we niet meer data verzamelden dan strikt noodzakelijk voor het beoogde doel.
- Keuzes met betrekking tot data-analyse. We kozen ervoor om de data-analyse af te bakenen tot de data van twee thuiszorgteams, teruggaand tot één jaar voor het moment van data-extractie (puntmeting).
- Samenwerking met IT-afdeling van de organisatie.

Dit ging goed (bevorderende factoren):	Dit kan beter (belemmerende factoren):
<ul style="list-style-type: none">+ Samenwerking management en zorgteams zijn van belang om de scope van de zorgspiegel passend te krijgen voor de diverse belangen en wensen binnen een organisatie.+ Verwachtingsmanagement, wat is realistisch en haalbaar gegeven de data die opgeslagen zijn in het ECD, de interne infrastructuur en competenties.	<ul style="list-style-type: none">- Opstellen MDS kost veel tijd, heb helder voor ogen wat het doel is van het gebruik van de data en welke data niet nodig is.- Intern (stichting Omaha System Support) heldere afspraken maken over wie wat wanneer en aan wie communiceert zodat alle betrokkenen over dezelfde informatie beschikken en geen dingen dubbel gedaan moeten worden.

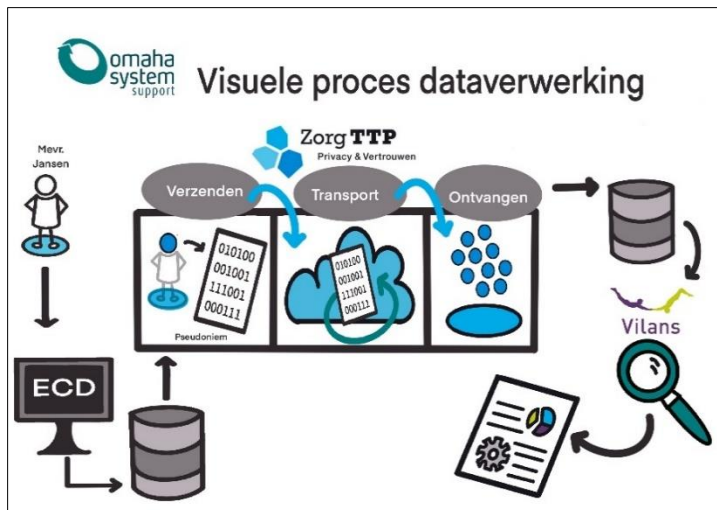
- + Samenwerking met trust third party helpt om helder te krijgen welke data noodzakelijk is en om te voldoen aan wetgeving.
- Werkwijze data-export helder krijgen kostte veel tijd.

Fase 2: Data-export

De tweede fase stond in het teken van de data-export, conform de werkwijze die in fase 1 was vastgesteld. De data zijn als volgt geëxporteerd (zie figuur 2):

- Zorginhoudelijke data (zoals vastgesteld in de MDS) van 2 zorgteams in de periode 1 januari 2019 tot en met maart 2020 werden door de IT-afdeling van de zorgorganisatie opgehaald en klaargezet. Hierbij vond een eerste pseudonimisatieslag plaats, waarbij alle naw-gegevens zijn verwijderd die niet nodig waren voor de data-analyse.
- De IT-afdeling verzond vervolgens de data via een beveiligde 'verzend module' over een beveiligde internetverbinding naar ZorgTTP. Bij ZorgTTP vond een tweede pseudonimisatieslag plaats.
- stichting Omaha System Support (uitvoerder Vilans) haalde de data via een beveiligde 'ontvangst module' over een beveiligde internetverbinding de binnen op de interne server en sloeg de data veilig op. Toegang tot de data beperkte zich tot individuele onderzoekers die expliciet toestemming kregen.
- Voor meer informatie verwijzen we graag naar het [document veilig uitwisselen vertrouwelijke data](#).

Figuur 2. Visueel overzicht van data-export



Dit ging goed (bevorderende factoren):

- + De samenwerking met IT-afdeling van de zorgorganisatie was essentieel om de data-export uiteindelijk uit te kunnen voeren.
- + Samenwerking en dienstverlening derde partij ten behoeve van pseudonimisatieslag (ZorgTTP).

Dit kan beter (belemmerende factoren):

- De doorlooptijd was lang, doordat export en wijze waarop voor beide partijen nieuw was.
- Veel onduidelijkheid over wat met welke term bedoeld werd, vanwege gebruik verschillende terminologie vanuit ICT-leverancier en zorgorganisatie/ IT-afdeling en het Omaha System.

Fase 3: Data-analyse

Allereerst hebben we gekeken hoe de kwaliteit van de data was, en of de manier van registratie in het Omaha System het toeliet om aanvullende analyses op de inhoud te doen (bijvoorbeeld over de soort zorg die geboden werd). Er moet immers voldoende data zijn en van voldoende kwaliteit en betrouwbaarheid om uitspraken te kunnen doen over de zorg. Deze analyseslag werd teruggekoppeld tijdens een online bijeenkomst met de zorgorganisatie. Tijdens deze bijeenkomst werden de bevindingen van de eerste analyses gedeeld met de wijkverpleegkundigen en manager van de wijkteams. Aan de hand van dit gesprek werden een aantal zaken duidelijk:

- Cijfers vertellen één kant van het verhaal. Dezelfde cijfers kunnen vanuit verschillende perspectieven en belangen bekeken worden en dit levert soms andere conclusies op.
- Men ziet de waarde en noodzaak van het registreren met de scoreschalen (start- en streefscore/ doelen van zorg) nu nog niet voldoende. Door te laten zien wat er mogelijk is (uitkomsten van zorg over tijd) neemt de motivatie om dit wat beter te gaan registreren toe. Dit geldt eigenlijk voor het hele Omaha System.

De data bleek voldoende in omvang om ook analyses op inhoud te doen. Hieruit volgde stap 2 binnen deze analyse fase. We vroegen de zorgorganisatie om input om deze analyses vorm te geven. De zorgorganisatie gaf hierbij aan het vooral interessant te vinden om de data van de twee teams met elkaar te kunnen vergelijken. Verder werd aangegeven dat het prettig is om data te zien over onderwerpen waar men expertise op heeft (bijv. wondzorg). Tot slot viel het ons op dat het nog best moeilijk was om aan te geven wat men graag teruggekoppeld wilde zien vanuit de data. Dat kan komen omdat het hele concept van data-analyse nog betrekkelijk nieuw is. We besloten daarop om in de twee tussentijdse online bijeenkomsten ook zelfgekozen onderwerpen (vanuit de stichting) te laten zien. Bijvoorbeeld de koppeling van de data aan het kwaliteitskader Wijkverpleging. Die werkwijze bleek gespreksstof op te roepen. Het helpt om de data te kunnen vergelijken met 'een norm'. Maar, anderzijds bleek ook dat dat data niet altijd het hele verhaal vertellen. Bijvoorbeeld omdat sommige dingen die wél in de zorgverlening worden gedaan, niet worden opgenomen in het zorgplan. Of, omdat er niet, of onjuist wordt geregistreerd. Dit kan een vertekend beeld opleveren, verkeerde conclusies met zich meebrengen en het is belangrijk om daar waakzaam op te zijn.

Helaas bleek het niet mogelijk te zijn om de samenhang tussen aandachtsgebieden te analyseren. Ook meer complexe analyses, denk bijvoorbeeld aan het koppelen van uitkomsten van zorg aan zorgverlening of clientgroepen, bleek niet mogelijk te zijn op basis van deze dataset. Dat heeft te maken met de hoeveelheid van de data, maar waarschijnlijk vooral met de manier waarop er geregistreerd wordt. Bij meer data, meer consequentere registratie zijn dit soort analyses in de toekomst wellicht ook mogelijk.

Dit ging goed (bevorderende factoren):	Dit kan beter (belemmerende factoren):
<ul style="list-style-type: none">+ Voldoende data om betrouwbaar analyses mee te doen, als het gaat om beschrijvingen.+ Eerst bepalen of data voldoende betrouwbaar is voor je inhoudelijke analyses gaat doen is een belangrijke stap. Anders te hoge verwachtingen die je niet altijd waar kunt maken.	<ul style="list-style-type: none">- Veel werk om data op te schonen en te aggregeren, door complexe structuur van de data.- Lastig voor zorgverleners aan te geven wat ze willen zien m.b.v. data vanwege beperkte ervaring hiermee, gebrek aan inzicht van de mogelijkheden van data analyse. Daardoor ook

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> + Reflectiegesprekken met zorgverleners om de data in context te zien (herkennen zij zich in de data?) en daarna afstemmen behoeften verdere analyses om samen te leren wat data kan toevoegen werkt prettig. + Teams worden enthousiast als ze zien wat hun data voor de zorgverlening kan betekenen. Wat zijn verschillen en overeenkomsten tussen twee vergelijkbare teams en vooral, wat leren we daardoor van elkaar? Het prikkelt de nieuwsgierigheid. | <ul style="list-style-type: none"> - moeilijk voor de onderzoeker om keuzes te maken in analyses. - Voor zorgverleners zelf is het lastig om zelfstandig analyses te doen met de ruwe (complexe) data. Dat is jammer en het is de vraag wat we hiermee willen/moeten in de toekomst. - Stichting Omaha System Support heeft de analyse uitgevoerd, dit maakt dat het proces (te) weinig belegd is bij de zorgorganisatie. Bij een volgende pilot data-analyse ook door zorgorganisatie laten doen, mogelijk met ondersteuning van externen. Zodat ervaring wordt opgedaan, competenties op dit vlak zich intern doorontwikkelen. |
|---|---|

Fase 4: Rapportage en evaluatie

De laatste fase betreft de terugkoppeling van dit eindrapport. In overleg met de zorgorganisatie is gekozen voor een terugkoppeling van de data in de vorm van 'dashboards' op een aantal veelvoorkomende thema's van zorg. De dashboards zijn zo opgesteld dat ze gebruikt kunnen worden als reflectiemethode. Elk dashboard sluit af met enkele reflectievragen die hiervoor gebruikt kunnen worden.

Het leertraject is afgerond op 22 september 2020. Tijdens deze bijeenkomst werden de resultaten van de inhoudelijke analyses kort gepresenteerd. Ook werd het leertraject geëvalueerd. De procesbeschrijving in dit hoofdstuk diende daarvoor als input.

Conclusie

In dit gezamenlijk leertraject hebben we veel geleerd over het proces van data-export en data-analyse met Omaha System data. Dit geeft ons waardevolle informatie om op voort te borduren wanneer we een volgende pilot gaan doen. We zijn zeker nog niet uitgeleerd.

De basis is nu gelegd om zorgorganisaties te adviseren bij het gebruik van Omaha System data. De opgestelde minimale data set (MDS) blijkt voldoende houvast te bieden om een goed beeld te krijgen van de zorg die teams bieden aan hun cliënten. Hierbij merkten we op dat niet alle gegevens volledig waren, zoals het invullen van scores.

Belangrijk is ook de kwaliteit van de data eerst te bepalen voordat verdere analyses gedaan worden. Belangrijk is ook om in de reflectiegesprekken met zorgverleners en managers de data in context te plaatsen. Hierdoor wordt het mogelijk de data beter te begrijpen en juiste conclusies te trekken.

3. De zorgspiegel

In dit laatste deel van het rapport staat de terugkoppeling van de inhoudelijke data-analyse. We presenteren de resultaten in de vorm van een 'Zorgspiegel'. De data zijn een manier om te reflecteren op de dagelijkse zorgpraktijk en vormen zodoende een spiegel van de werkelijkheid, vandaar de titel 'zorgspiegel'.

Over de Zorgspiegel

We koppelen de data uit het Omaha System terug in diverse figuren en tabellen, om reflectie in teamverband mogelijk te maken. Vragen die we in deze zorgspiegel centraal stelden zijn onder andere:

- Welke aandachtsgebieden, signalen en symptomen zien we bij de cliënten in zorg?
- Hoe gaat het met deze cliënten, wat betreft hun status, kennis, gedrag bij aanvang van zorg?
- Welke zorgverlening wordt er gegeven voor deze groep cliënten?
- Wat is de gewenste situatie bij deze cliënten, wat betreft hun status, kennis en gedrag?
- Wat zien we 'over tijd' bij deze cliënten gebeuren, als we kijken naar de status van hun signalen/symptomen? Zien we verbetering, verslechtering, of geen verandering optreden?

De zorgspiegel is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken. We noemen dit de 'dashboards'. Elk dashboard bevat gegevens van de cliënten in zorg gedurende een tevoren vastgestelde periode. De gegevens in de dashboards zijn gebaseerd op de verslaglegging in de zorgplannen van 165 cliënten (afbakening tot data behorende tot het Omaha System). Het gaat om 71 cliënten in zorg bij thuiszorgteam A en 94 cliënten bij thuiszorgteam B. De cijfers worden vaak afgezet ten opzichte van dit cliëntenaantal. Dus 100% gaat over 165 cliënten. Of, op teamniveau respectievelijk 71 of 94 cliënten. Er is gebruik gemaakt van de gegevens van de actuele zorgplannen. Archief zorgplannen zijn buiten beschouwing gelaten, met uitzondering van de gevallen waarin uitkomsten van zorg worden bekeken (de scoreschalen in het Omaha System).

Tot slot: Er was een specifieke vraag van de wijkteams om inzicht te krijgen in de relatie tussen verschillende aandachtsgebieden en de mate van complexiteit van de zorgvraag. We hebben geprobeerd om deze samenhang tussen aandachtsgebieden statistisch te onderzoeken, door correlaties te berekenen. Dit is helaas niet gelukt. Dit heeft te maken met de (relatief) kleine aantallen in de data. Om patronen in de data met betrouwbaarheid te kunnen onderzoeken zijn grotere hoeveelheden data nodig.

Leeswijzer:

- Dashboard 1: Cliënten in zorg
- Dashboard 2: Huid
- Dashboard 3: Medicatie
- Dashboard 4: Persoonlijke zorg
- Dashboard 5: Cognitie



1. Cliënten in zorg

Een overzicht van de zorgvragen van cliënten in zorg | 165 cliënten in zorg in maart 2020 | 71 cliënten van team A | 94 cliënten van team B

Over deze cliënten

Wat zijn achtergrondkenmerken van de cliënten (team A en team B samen)?



In totaal 104 vrouwen en 71 mannen



Gemiddeld zijn de cliënten 78 jaar



Gemiddeld vier aandachtsgebieden per cliënt

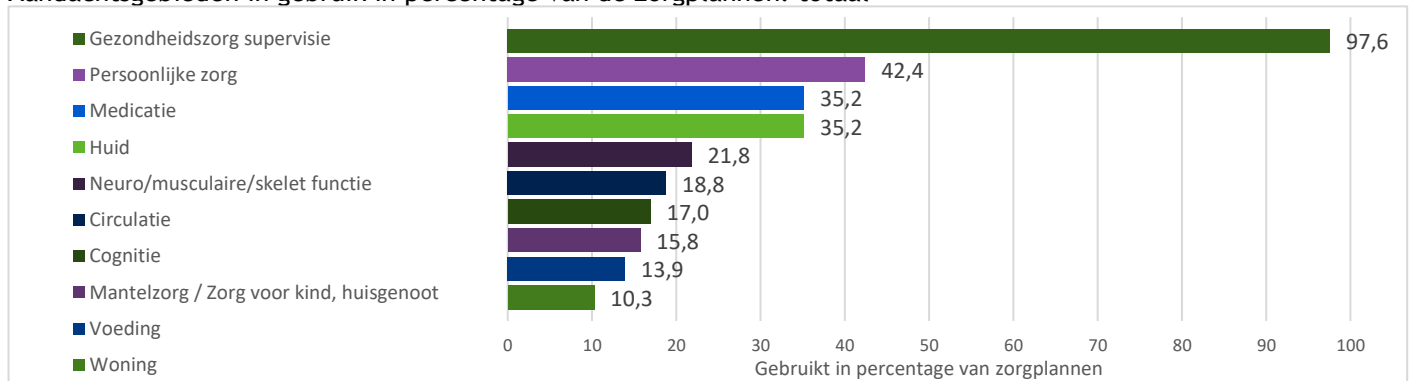


Gegevens over de periode jan 2019 t/m mrt 2020

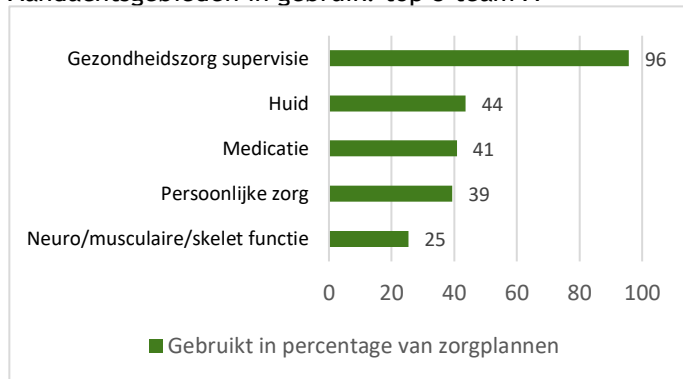
Zorgvraag

Om hoeveel cliënten gaat het en met welke aandachtsgebieden?

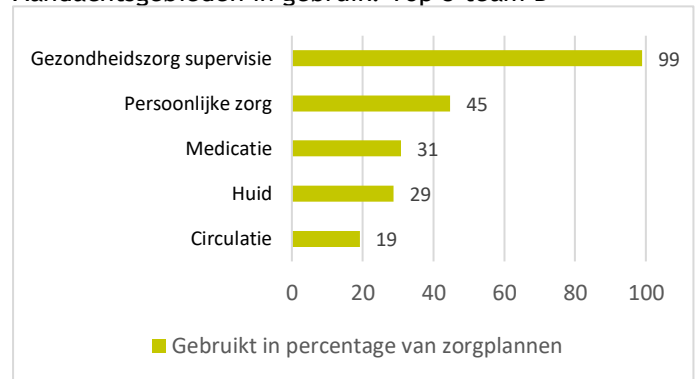
Aandachtsgebieden in gebruik in percentage van de zorgplannen: totaal



Aandachtsgebieden in gebruik: top 5 team A



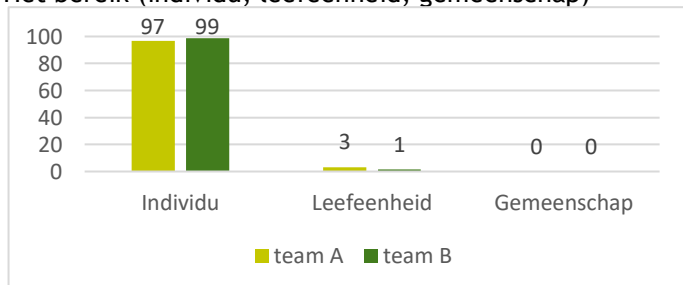
Aandachtsgebieden in gebruik: Top 5 team B



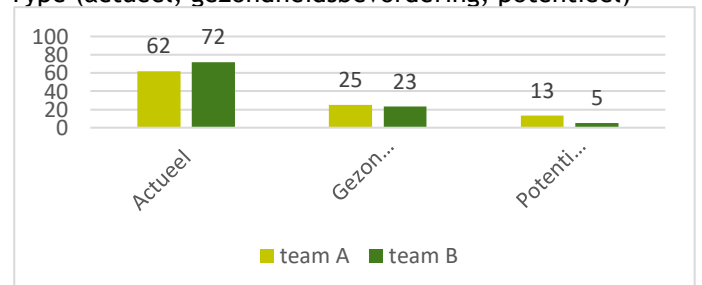
Kenmerken van zorgvraag

Welke kenmerken hebben de zorgvragen van cliënten?

Het bereik (individu, leefeenheid, gemeenschap)



Type (actueel, gezondheidsbevordering, potentieel)



Scoreschalen

Hoe gaat het met de cliënten bij aanvang van de zorg en wat is de gewenste situatie?

De huidige situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	2,9	2,7	2,8
team B	3,2	3,3	3,3
Totaal	3,0	3,1	3,0

Wat betekenen de scoreschalen?

- 1 = extreme signalen, onjuist gedrag, geen kennis
- 5 = geen signalen/symptomen, consistent passend gedrag, uitstekende kennis

In dit geval gaat het over de uitkomsten over alle zorgvragen 'aandachtsgebieden' heen.

De gewenste situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

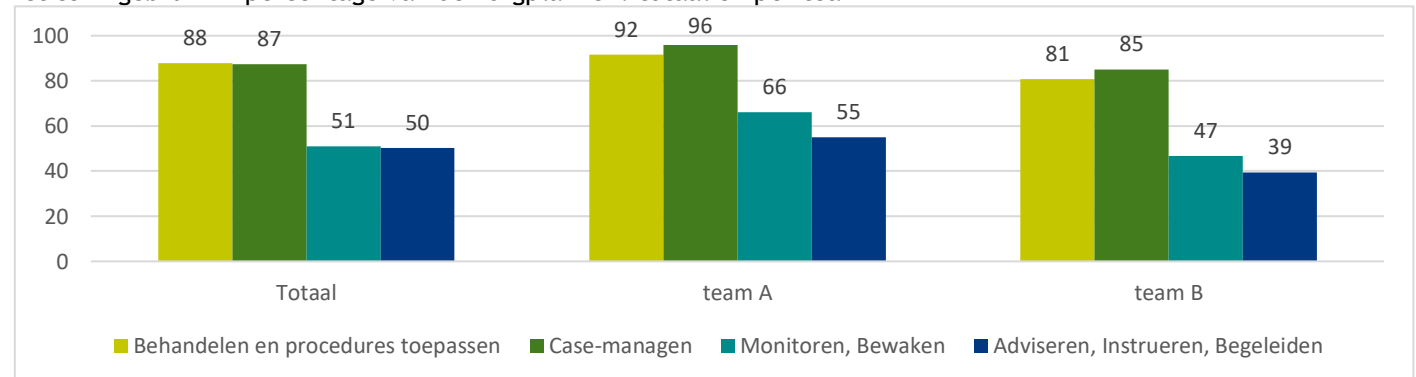
	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,2	3,6	4,0
Team B	3,7	3,9	4,3
Totaal	3,5	3,8	4,1

De gegevens over de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen, omdat de scoreschalen niet altijd worden gebruikt door de thuiszorgteams.

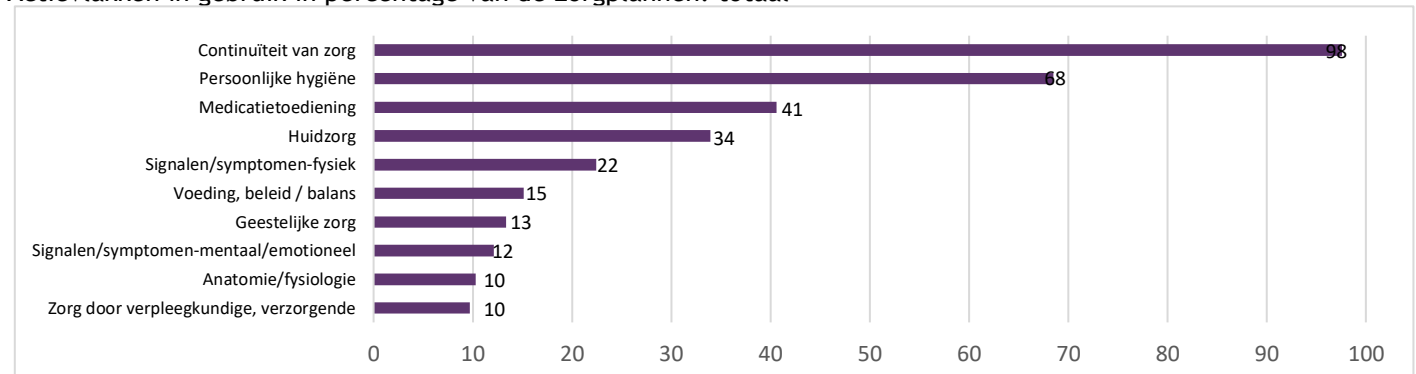
Zorgverlening

Welke zorgverlening (acties en activelakken) wordt geleverd bij de cliënten?

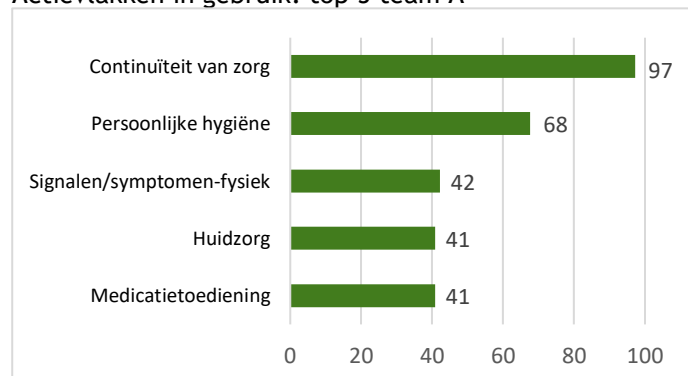
Acties in gebruik in percentage van de zorgplannen: totaal en per team



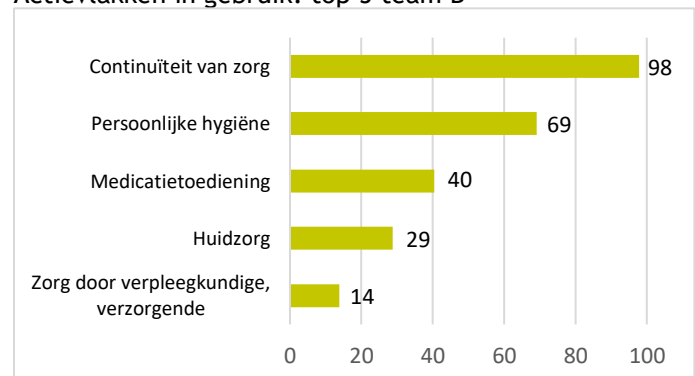
Actielakken in gebruik in percentage van de zorgplannen: totaal



Actielakken in gebruik: top 5 team A



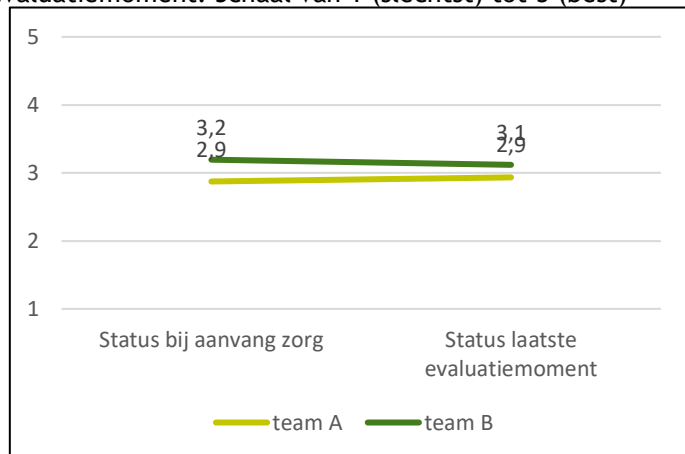
Actielakken in gebruik: top 5 team B



Scoreschalen: effectiviteit van zorgverlening

Hoe gaat het met deze cliënten na leveren zorg? Zien we verbetering, verslechtering, of blijft de situatie hetzelfde? Dit gaat over alle aandachtsgebieden samen.

De status van cliënten bij aanvang zorg en bij het laatste evaluatiemoment. Schaal van 1 (slechtst) tot 5 (best)



Als we kijken naar de cliëntengroep dan zien we:

- Geen waarneembaar effect. We zien geen verschil in de signalen en symptomen bij het laatste evaluatiemoment in vergelijking met de signalen en symptomen bij aanvang van de zorg. Dit gaat over alle aandachtsgebieden.

Dit kan twee dingen betekenen:

- 1) Er is daadwerkelijk geen vooruitgang, of achteruitgang in signalen en symptomen bij de cliëntengroep
- 2) De data waarop deze analyses over 'effectiviteit' zijn gedaan zijn niet betrouwbaar, volledig, geven geen valide beeld van de status van de cliënten. (Gezien het feit dat de scoreschalen niet altijd (consequent) gebruikt worden, is dit een plausibele verklaring.

In gesprek

Gebruik de onderstaande vragen om in gesprek te gaan over de cijfers

Herkennen

- Welke aandachtsgebieden, kenmerken, acties en actievlakken worden het meest en minst gebruikt? Herken je deze cijfers met het beeld dat je hebt van de 'dagelijkse zorgpraktijk'?



Begrijpen

Kun je de cijfers op deze pagina's verklaren? Bijvoorbeeld:

- De aandachtsgebieden die veel/weinig/niet gebruikt worden?
- Dat er vooral zorg wordt geboden aan 'het individu' met een zorgvraag die 'actueel' is?
- De verschillen en overeenkomsten die we zien tussen de teams?
- Het gegeven dat we geen waarneembare veranderingen zien in de status van cliënten na het leveren van de zorgverlening?

Waarderen

Vinden we de cijfers op deze pagina goed genoeg? Bijvoorbeeld:

- Als we de aandachtsgebieden, kenmerken, acties, actievlakken beschouwen als de focus van zorg bij de teams. In hoeverre vind je deze dan passend bij 1) de organisatorische visie op 'goede zorg'? en 2) de uitgangspunten van het kwaliteitskader wijkverpleging?
- We zien geen veranderingen na het leveren van de zorg in de status van cliënten. Dit kan meerdere redenen hebben (zie ook tekst bij betreffende onderdeel). Stel dat de cijfers de dagelijkse praktijk naar waarheid schetsen. Wat vind je daar dan van? In hoeverre lever je dan 'goede zorg'? Is dit nog afhankelijk van om welk aandachtsgebied het gaat? Hoe erg is het om 'geen vooruitgang te zien'?
- De scoreschalen. Hoe zijn onze ambities en is dit reëel bij de doelgroepen aan wie we zorg verlenen? Waarom wel/niet. Ambitie van het team/zorgverlener past bij de wensen en verwachtingen van de cliënten. Dat kun je niet uit deze data halen, maar is wel interessant. Worden de gewenste scores gedaan in overleg met de client? In welke mate kan de client zelf bijdragen aan het behalen van de gewenste scores?

Handelen

Is het nodig om te handelen op basis van deze cijfers? Bijvoorbeeld:

- We weten nu welke aandachtsgebieden veel voorkomen in de teams. Is er voldoende kennis en ervaring in het team / de organisatie om deze cliënten goede zorg te bieden. Is scholing wenselijk? Wat zeggen de cijfers over het benodigde opleidingsniveau, specialisaties en het aannamebeleid voor het team/ de organisatie?
- We zien geen veranderingen na het leveren van de zorg in de status van cliënten. Dat kan meerdere redenen hebben. Eén daarvan is dat de scoreschalen in het Omaha System niet, of niet goed genoeg worden gebruikt. Wat zijn verbeterpunten als het gaat om het gebruik van het onderdeel 'scoreschaal' in het Omaha System?



2. Huid

Natuurlijk bekleedsel van het menselijk lichaam | 85 cliënten in zorg met dit aandachtsgebied | 53 cliënten team A | 33 cliënten team B

Zorgvraag

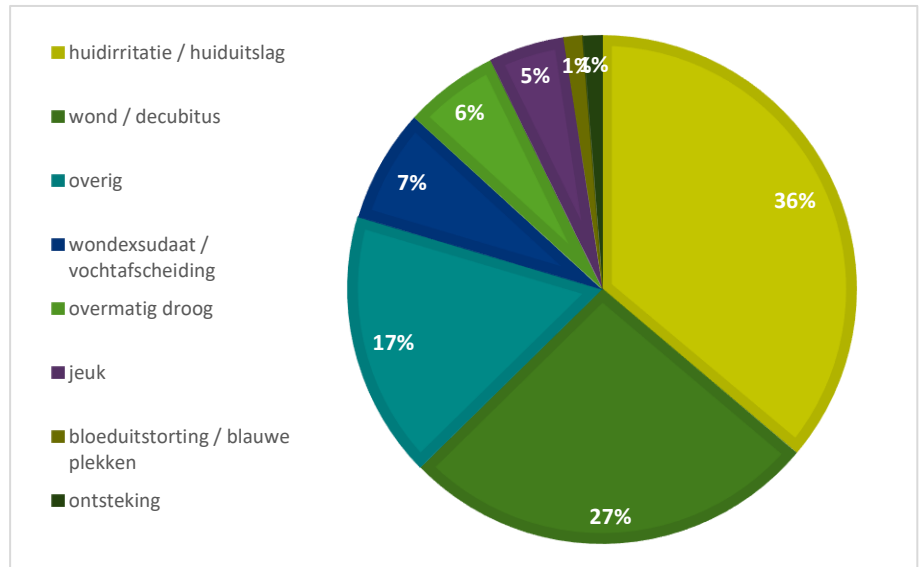
Om hoeveel cliënten gaat het en met welke signalen /symptomen?

Het gaat om 85 cliënten in totaal die zorg krijgen voor 'huid'

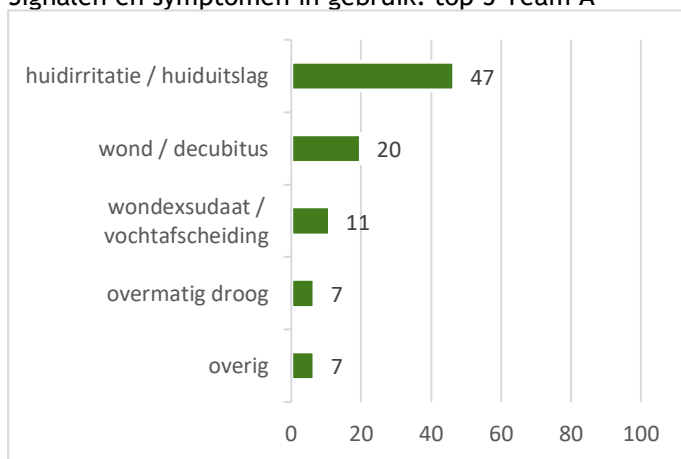
- Team A = 53 cliënten
- Team B = 32 cliënten

Veelgebruikte signalen / symptomen bij dit aandachtsgebied zijn:

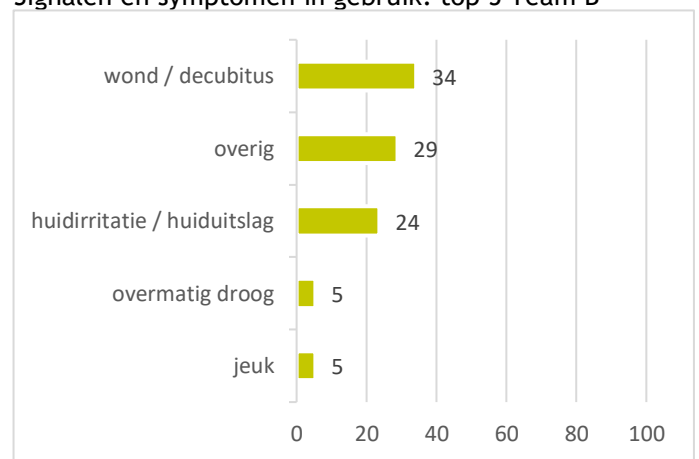
- Huidirritatie (36%)
- Wond/ decubitus (27%)
- Overig (17%)



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 Team A



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 Team B



Scoreschalen

Hoe gaat het met deze cliënten bij aanvang van de zorg en wat is de gewenste situatie?

De huidige situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
Team A	3,1	2,7	2,2
Team B	2,7	2,8	3,0
Totaal	2,9	2,8	2,6

Wat betekenen de scoreschalen?

- 1 = extreme signalen, onjuist gedrag, geen kennis
- 5 = geen signalen/symptomen, consistent passend gedrag, uitstekende kennis

In dit geval gaat het over de uitkomsten over het aandachtsgebied 'huid'.

De gewenste situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

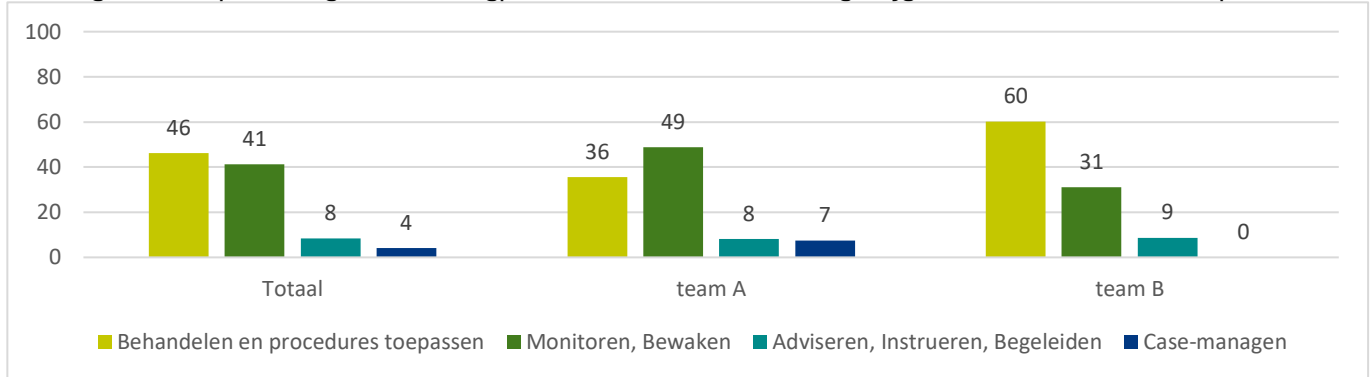
	Status	Kennis	Gedrag
Team A	3,1	2,8	4,1
Team B	3,6	4,2	4,8
Totaal	3,4	3,5	4,4

De gegevens over de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen, omdat de scoreschalen niet altijd worden gebruikt door de thuiszorgteams.

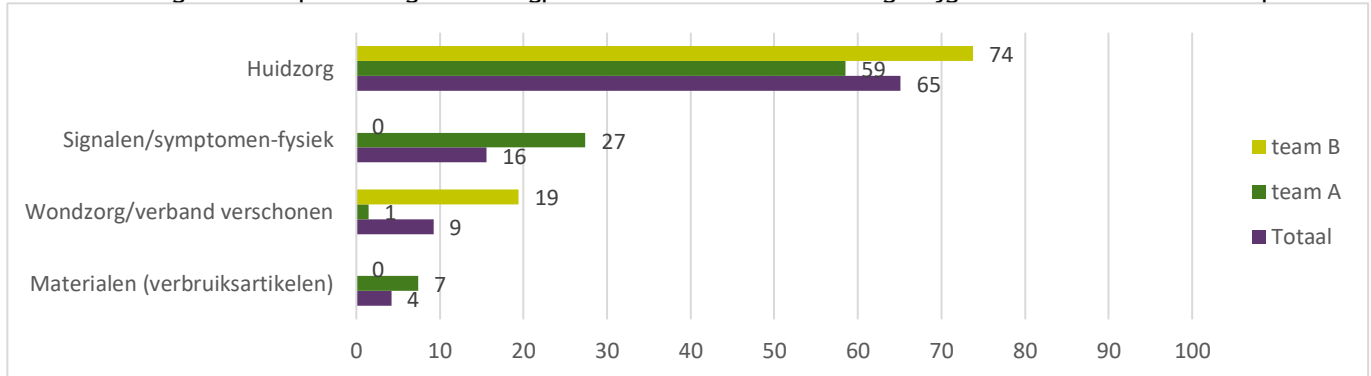
Zorgverlening

Welke zorgverlening (acties en activelakken) wordt geleverd bij cliënten met aandachtsgebied 'huid'?

Acties in gebruik in percentage van de zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'huid': totaal en per team

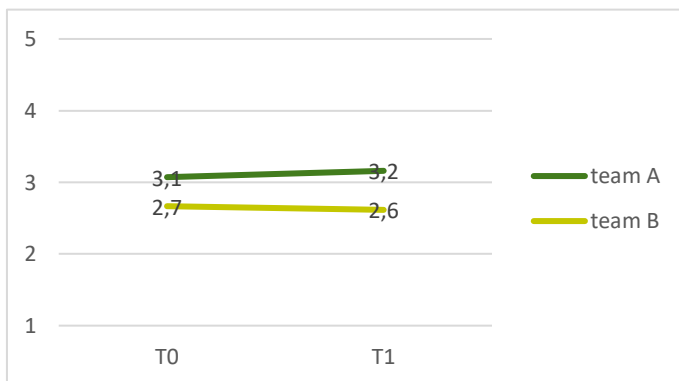


Activelakken in gebruik in percentage van zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'huid': totaal en per team



Scoreschalen: effectiviteit van zorgverlening

Hoe gaat het met de cliënten na de zorg? Uitkomsten op de scoreschaal 'status'.



Als we kijken naar de cliëntengroep dan zien we:

- Geen waarneembaar effect op status.

Dit kan twee dingen betekenen:

- 1) Er is daadwerkelijk geen vooruitgang, of achteruitgang in signalen en symptomen bij de cliëntengroep op het gebied van 'huid'.
- 2) De data waarop deze analyses over 'effectiviteit' zijn gedaan zijn niet betrouwbaar, volledig, geven geen valide beeld van de status van de cliënten. Gezien het feit dat de scoreschalen niet altijd (consequent) gebruikt worden, is dit een plausibele verklaring.

In gesprek

Gebruik de onderstaande vragen om in gesprek te gaan over de cijfers.

- Welke signalen/symptomen, acties/activelakken worden het meest en minst gebruikt? Komt dit overeen met het beeld dat je hebt uit 'de dagelijkse praktijk'? Wat is de reden om het signaal overig te kiezen?
- Zijn er verschillen en overeenkomsten te zien tussen de twee teams? Hoe zijn deze te verklaren? (Bijvoorbeeld cliëntkenmerken, afspraken in het team, scholing, expertise en ervaring van zorgverleners)
- Wat zijn verbeterpunten als het gaat om de zorg en de rapportage in het zorgplan bij cliënten met het aandachtsgebied 'huid'?





3. Medicatie

Gebruik of toediening van vrij verkrijgbare of voorgeschreven medicatie en infusie, noodzakelijk voor het naleven van behandelvoorschriften, veiligheid en planning | 67 cliënten in zorg met dit aandachtsgebied | 32 team A | 35 cliënten team B

Zorgvraag

Om hoeveel cliënten gaat het en met welke signalen /symptomen?

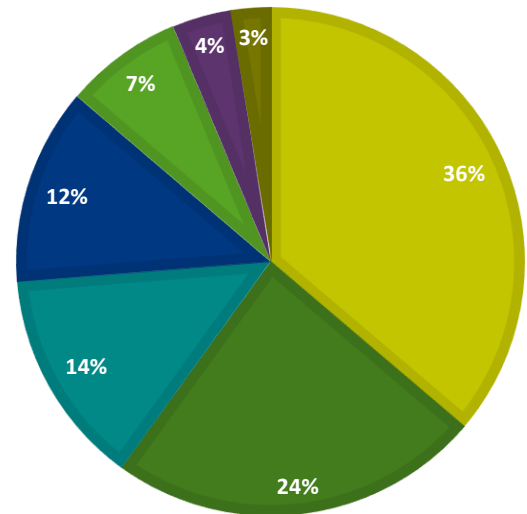
Het gaat om 67 cliënten in totaal die zorg krijgen voor 'medicatie'

- Team A = 32 cliënten
- Team B = 35 cliënten

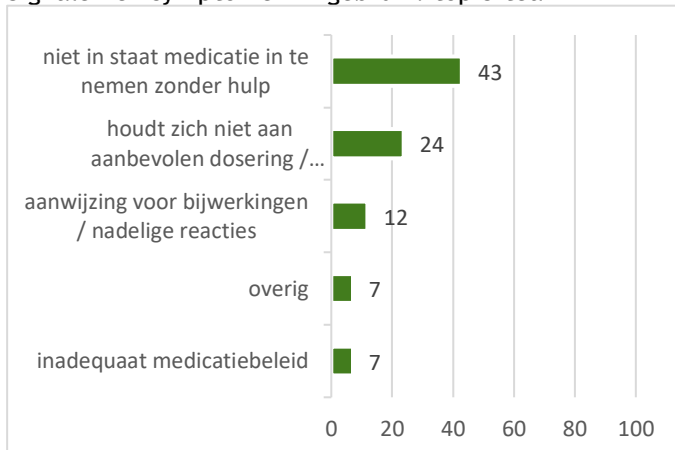
Veelgebruikte signalen / symptomen bij dit aandachtsgebied zijn:

- Niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp (36%)
- Houdt zich niet aan de aanbevolen dosering/schema (24%)
- Inadequaar medicatiebeleid (14%)

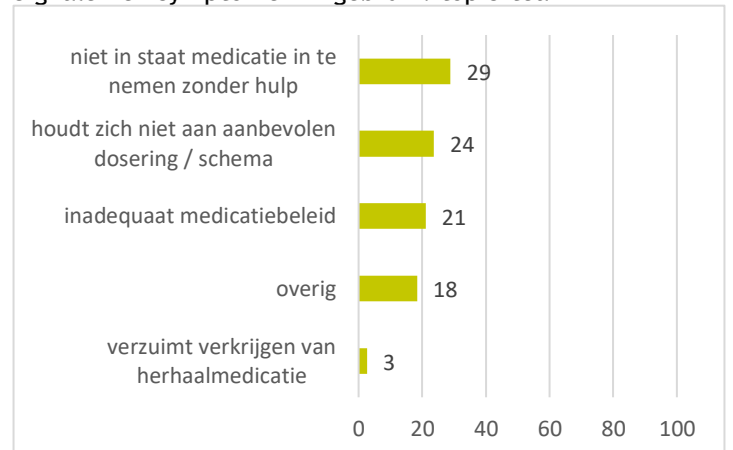
- niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp
- houdt zich niet aan aanbevolen dosering / schema
- inadequaar medicatiebeleid
- overig
- aanwijzing voor bijwerkingen / nadelige reacties



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team A



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team B



Scoreschalen

Hoe gaat het met deze cliënten bij aanvang van de zorg en wat is de gewenste situatie?

De huidige situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,0	2,5	2,6
team B	3,4	2,9	2,9
Totaal	3,2	2,7	2,8

Wat betekenen de scoreschalen?

- 1 = extreme signalen, onjuist gedrag, geen kennis
- 5 = geen signalen/symptomen, consistent passend gedrag, uitstekende kennis

De gewenste situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,8	2,7	3,5
Team B	4,8	3,1	3,9
Totaal	4,4	3,0	3,7

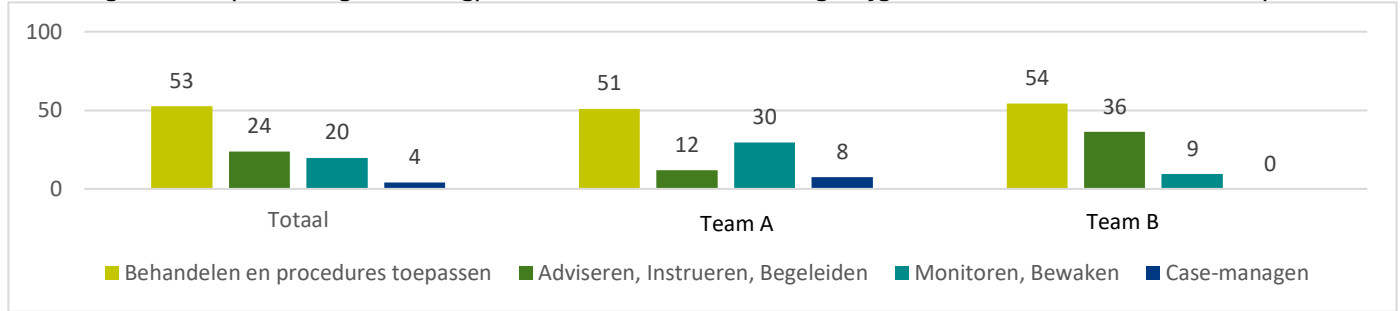
In dit geval gaat het over de uitkomsten over het aandachtsgebied 'medicatie'.

De gegevens over de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen, omdat de scoreschalen niet altijd worden gebruikt door de thuiszorgteams.

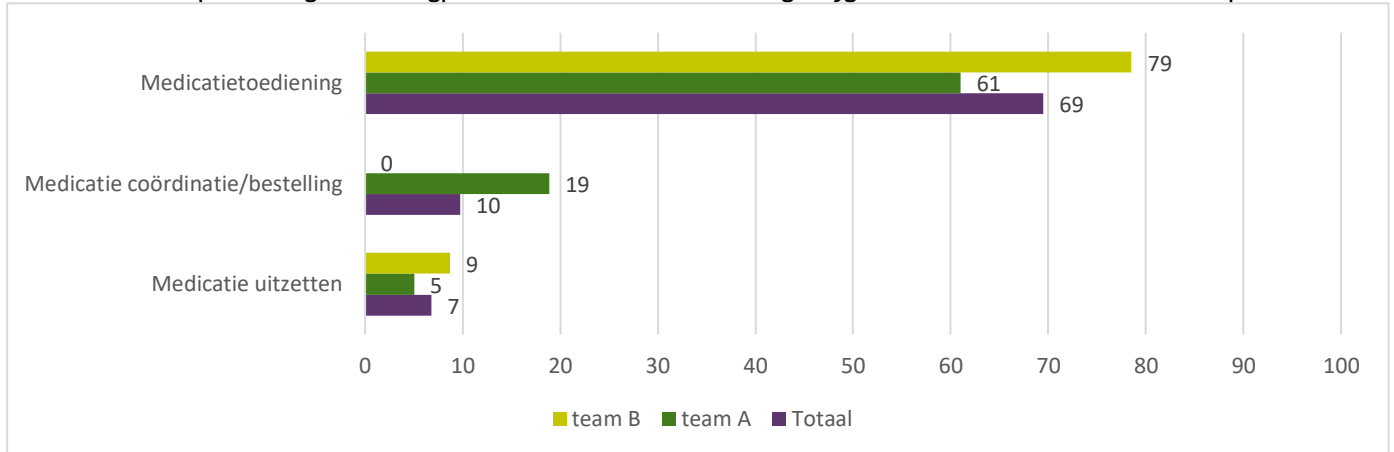
Zorgverlening

Welke zorgverlening (acties en actievlakken) wordt geleverd bij cliënten met aandachtsgebied 'medicatie'?

Acties in gebruik in percentage van zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'medicatie': totaal en per team

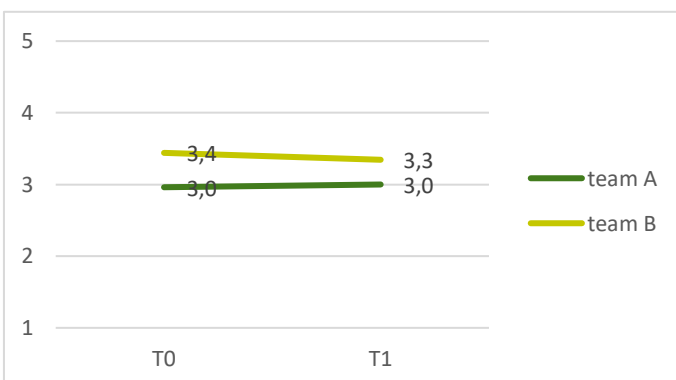


Actievlakken in percentage van zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'medicatie': totaal en per team



Scoreschalen: effectiviteit van zorgverlening

Hoe gaat het met de cliënten na de zorg? Uitkomsten op de scoreschaal 'status'.



Als we kijken naar de cliëntengroep dan zien we:

- Geen waarneembaar effect op status.

Dit kan twee dingen betekenen:

- 1) Er is daadwerkelijk geen vooruitgang, of achteruitgang in signalen en symptomen bij de cliëntengroep op het gebied van 'medicatie'.
- 2) De data waarop deze analyses over 'effectiviteit' zijn gedaan zijn niet betrouwbaar, volledig, geven geen valide beeld van de status van de cliënten. (Gezien het feit dat de scoreschalen niet altijd (consequent) gebruikt worden, is dit een plausibele verklaring.)

In gesprek

Gebruik de onderstaande vragen om in gesprek te gaan over de cijfers.

- Welke signalen/symptomen, acties/actievlakken worden het meest en minst gebruikt? Komt dit overeen met het beeld dat je hebt uit 'de dagelijkse praktijk'? Wat is de reden om het signaal overig te kiezen?
- Zijn er verschillen en overeenkomsten te zien tussen de twee teams? Hoe zijn deze te verklaren? (Bijvoorbeeld cliëntkenmerken, afspraken in het team, scholing, expertise en ervaring van zorgverleners)
- Wat zijn verbeterpunten als het gaat om de zorg en de rapportage in het zorgplan bij cliënten met het aandachtsgebied 'medicatie'?





4. Persoonlijke zorg

Zorg dragen voor persoonlijke reinheid en kleding | 73 cliënten in zorg met dit aandachtsgebied | 30 cliënten Team A | 43 cliënten Team B

Zorgvraag

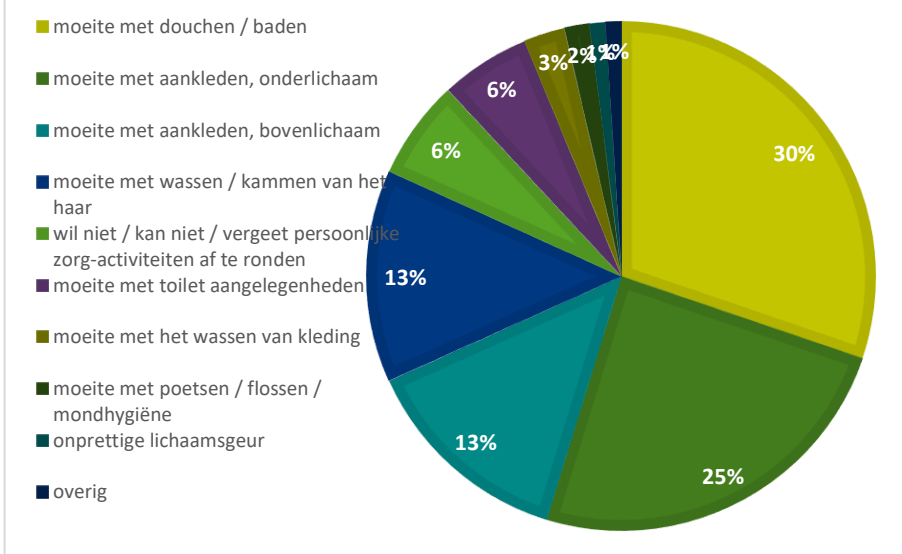
Om hoeveel cliënten gaat het en met welke signalen /symptomen?

Het gaat om 73 cliënten in totaal die zorg krijgen voor 'persoonlijke zorg'

- team A = 30 cliënten
- team B = 43 cliënten

Veelgebruikte signalen / symptomen bij dit aandachtsgebied zijn:

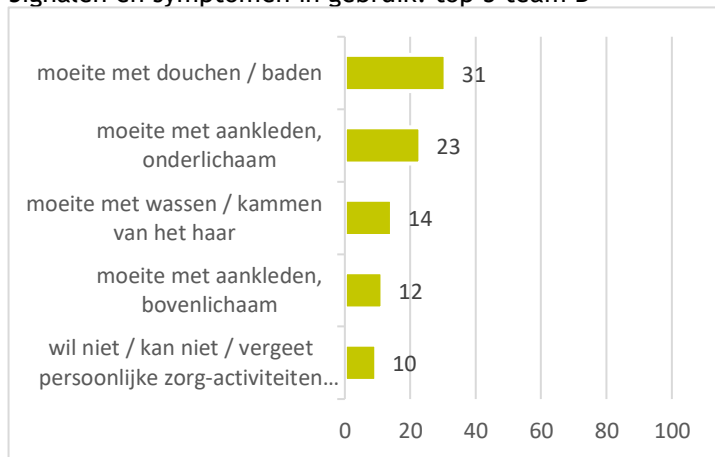
- Moeite met douchen / baden (30%)
- Moeite met aankleden, onderlichaam (25%)
- Moeite met aankleden, bovenlichaam (13%)
- Moeite met wassen, kammen van de haren (13%)



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team A



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team B



Scoreschalen

Hoe gaat het met deze cliënten bij aanvang van de zorg en wat is de gewenste situatie?

De huidige situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	2,8	3,0	3,1
team B	3,3	3,9	3,6
Totaal	3,1	3,8	3,4

Wat betekenen de scoreschalen?

- 1 = extreme signalen, onjuist gedrag, geen kennis
- 5 = geen signalen/symptomen, consistent passend gedrag, uitstekende kennis

De gewenste situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,7	3,5	4,0
team B	4,5	4,2	4,2
Totaal	4,2	4,2	4,1

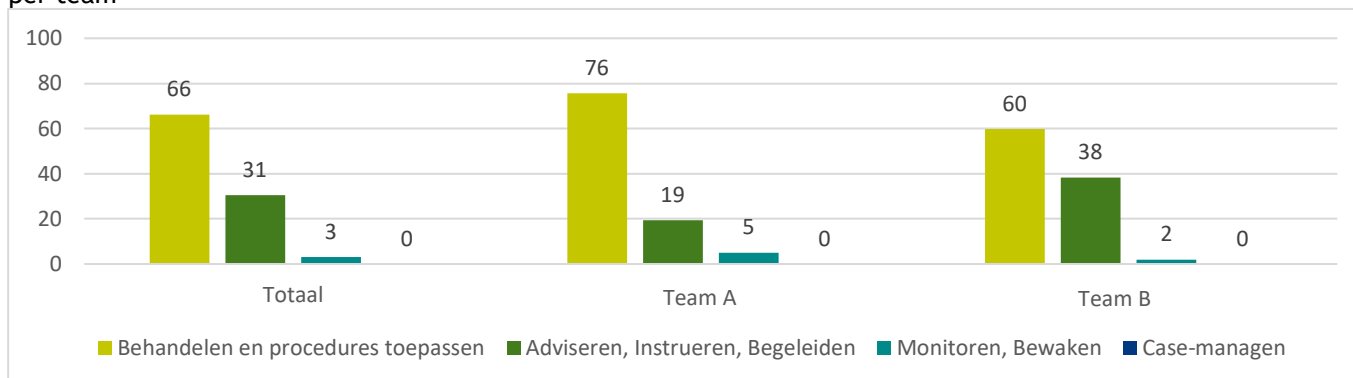
In dit geval gaat het over de uitkomsten over het aandachtsgebied 'persoonlijke zorg'.

De gegevens over de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen, omdat de scoreschalen niet altijd worden gebruikt door de thuiszorgteams.

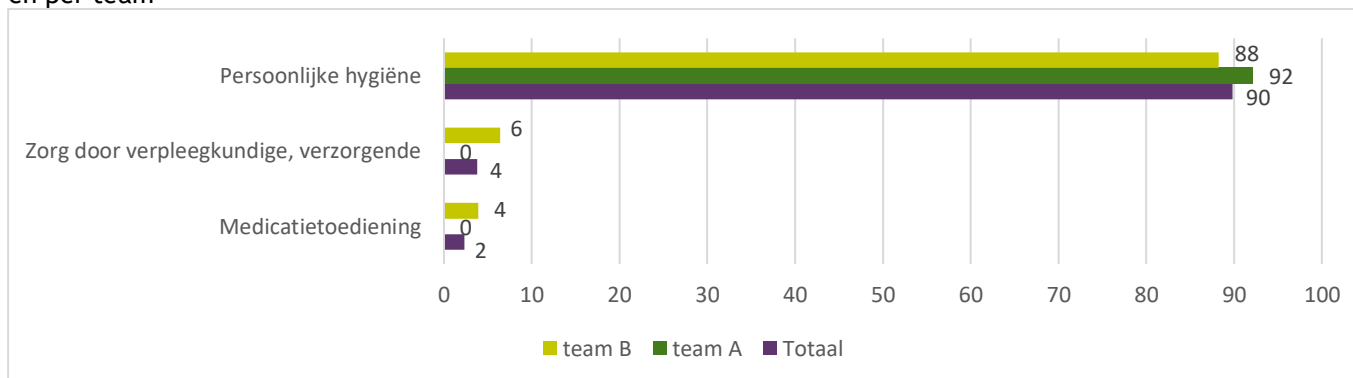
Zorgverlening

Welke zorgverlening (acties en activelakken) wordt geleverd bij cliënten met aandachtsgebied 'persoonlijke zorg'?

Acties in gebruik in percentage van de zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'persoonlijke zorg': totaal en per team

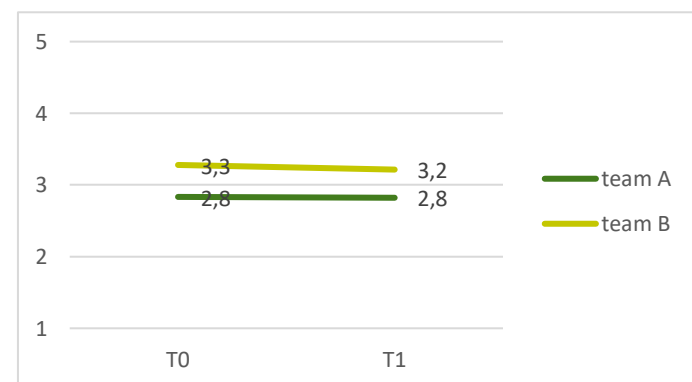


Activelakken in gebruik in percentage van zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'persoonlijke zorg': totaal en per team



Scoreschalen: effectiviteit van zorgverlening

Hoe gaat het met de cliënten na de zorg? Uitkomsten op de scoreschaal 'status'.



Als we kijken naar de cliëntengroep dan zien we:

- Geen waarneembaar effect op status.

Dit kan twee dingen betekenen:

- 1) Er is daadwerkelijk geen vooruitgang, of achteruitgang in signalen en symptomen bij de cliëntengroep op het gebied van 'persoonlijke zorg'.
- 2) De data waarop deze analyses over 'effectiviteit' zijn gedaan zijn niet betrouwbaar, volledig, geven geen valide beeld van de status van de cliënten. Gezien het feit dat de scoreschalen niet altijd (consequent) gebruikt worden, is dit een plausibele verklaring.

In gesprek

Gebruik de onderstaande vragen om in gesprek te gaan over de cijfers.

- Welke signalen/symptomen, acties/activelakken worden het meest en minst gebruikt? Komt dit overeen met het beeld dat je hebt uit 'de dagelijkse praktijk'?
- Zijn er verschillen en overeenkomsten te zien tussen de twee teams? Hoe zijn deze te verklaren? (Bijvoorbeeld cliëntkenmerken, afspraken in het team, scholing, expertise en ervaring van zorgverleners).
- Wat zijn verbeterpunten als het gaat om de zorg en de rapportage in het zorgplan bij cliënten met het aandachtsgebied 'persoonlijke zorg'?





5. Cognitie

Het vermogen om te denken, informatie op te nemen en te verwerken | 29 cliënten in zorg met dit aandachtsgebied | 14 cliënten Team A | 15 cliënten Team B

Zorgvraag

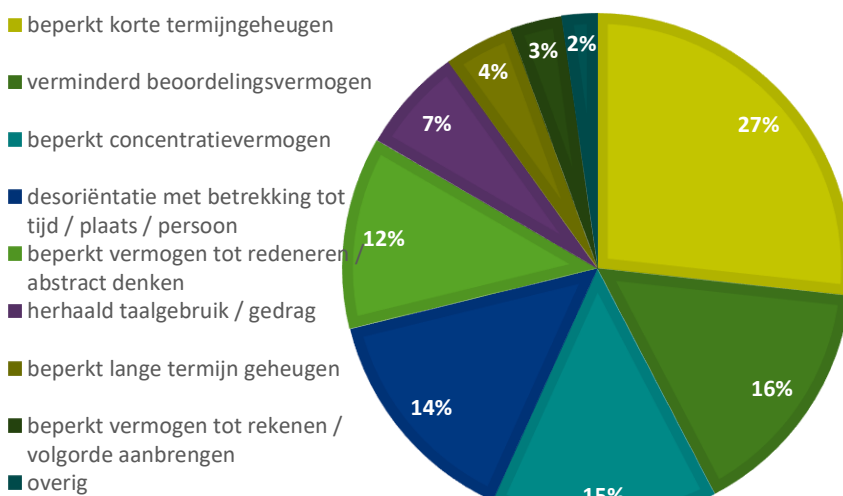
Om hoeveel cliënten gaat het en met welke signalen / symptomen?

Het gaat om 29 cliënten in totaal die zorg krijgen voor 'cognitie'

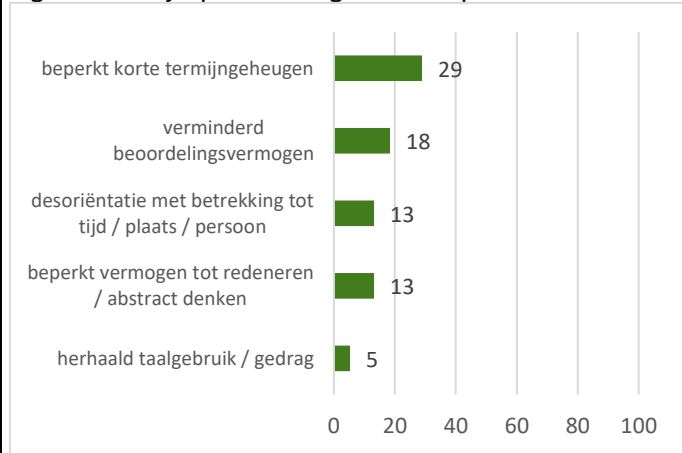
- team A = 14 cliënten
- team B = 15 cliënten

Veelgebruikte signalen / symptomen bij dit aandachtsgebied zijn:

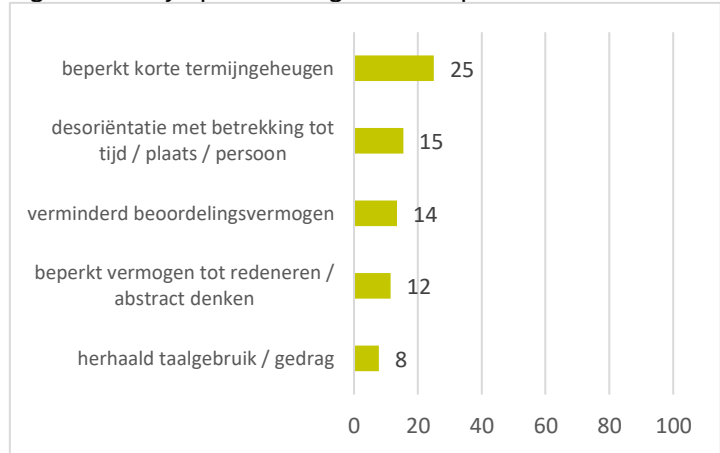
- Beperkt korte termijngeheugen (27%)
- Verminderd beoordelingsvermogen (16%)
- Beperkt concentratievermogen (15%)



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team A



Signalen en symptomen in gebruik: top 5 team B



Scoreschalen

Hoe gaat het met deze cliënten bij aanvang van de zorg en wat is de gewenste situatie?

De huidige situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,1	2,0	3,0
team B	3,9	2,6	2,9
Totaal	3,5	2,4	3,0

Wat betekenen de scoreschalen?

- 1 = extreme signalen, onjuist gedrag, geen kennis
- 5 = geen signalen/symptomen, consistent passend gedrag, uitstekende kennis

In dit geval gaat het over de uitkomsten over het aandachtsgebied 'cognitie'.

De gewenste situatie. Op schaal van 1 (slechtst) - 5 (best)

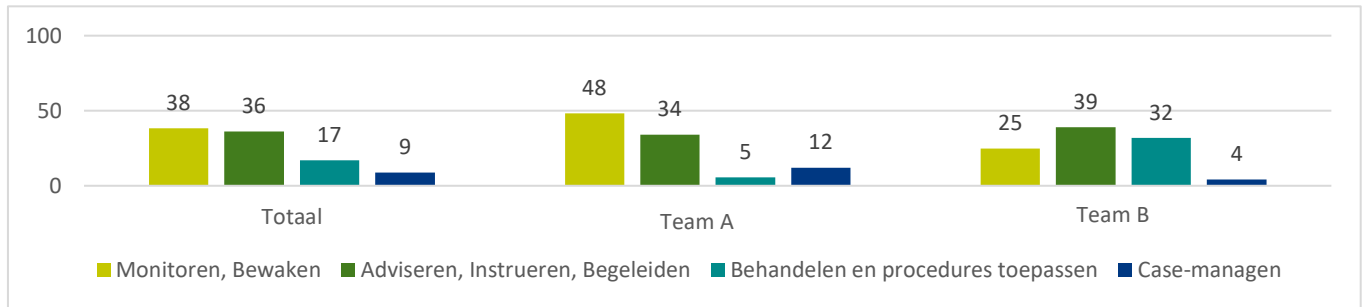
	Status	Kennis	Gedrag
team A	3,9	2,6	3,7
team B	4,1	3,1	3,0
Totaal	4,0	2,9	3,3

De gegevens over de uitkomsten zijn gebaseerd op beperkte aantallen, omdat de scoreschalen niet altijd worden gebruikt door de thuiszorgteams.

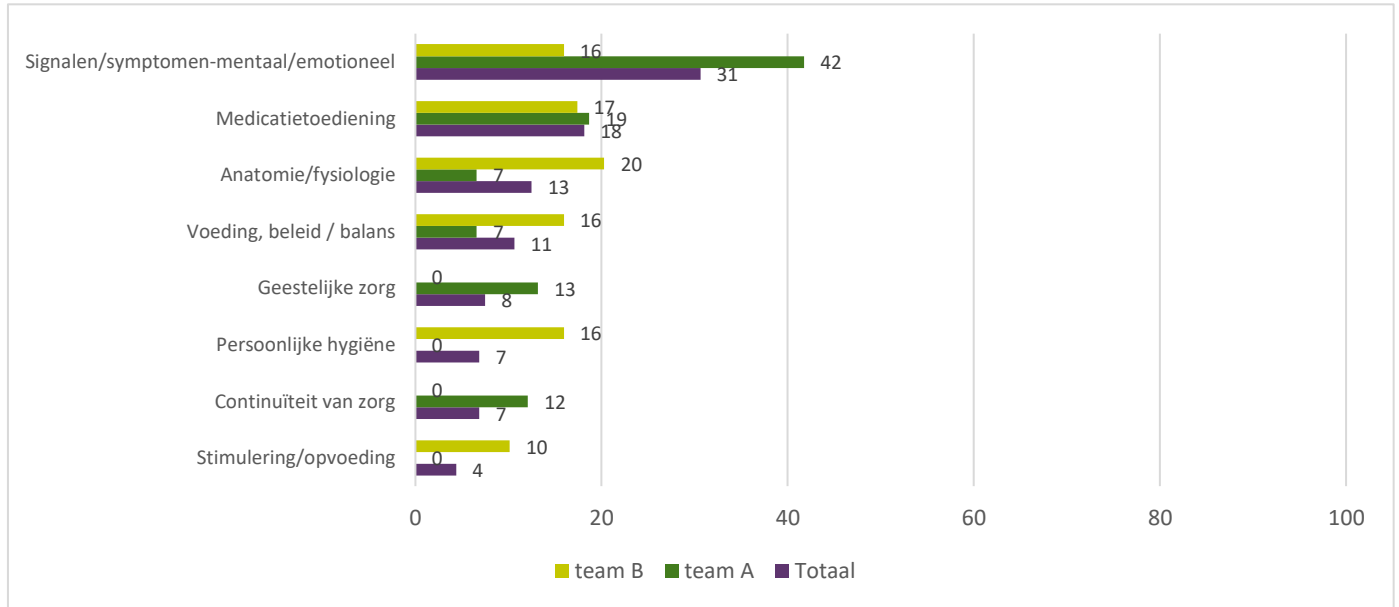
Zorgverlening

Welke zorgverlening (acties en actievlakken) wordt geleverd bij cliënten met aandachtsgebied 'cognitie'?

Acties in gebruik in percentage van de zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'cognitie': totaal en per team

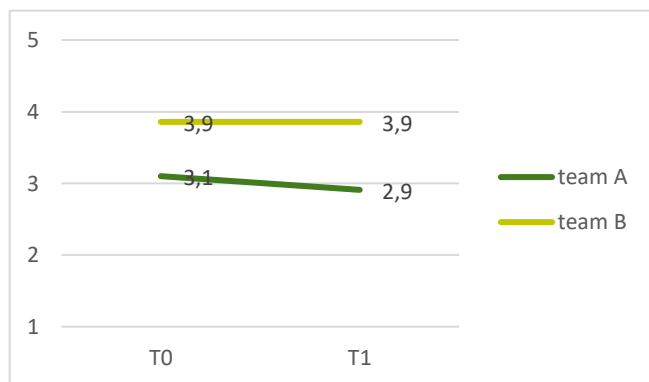


Actievlakken in gebruik in percentage van zorgplannen van cliënten die zorg krijgen voor 'cognitie': totaal en per team



Scoreschalen: effectiviteit van zorgverlening

Hoe gaat het met de cliënten na de zorg? Uitkomsten op de scoreschaal 'status'.



Als we kijken naar de cliëntengroep dan zien we:

- Geen waarneembaar effect op status.

Dit kan twee dingen betekenen:

- 1) Er is daadwerkelijk geen vooruitgang, of achteruitgang in signalen en symptomen bij de cliëntengroep op het gebied van 'cognitie'.
- 2) De data waarop deze analyses over 'effectiviteit' zijn gedaan zijn niet betrouwbaar, volledig, geven geen valide beeld van de status van de cliënten. Gezien het feit dat de scoreschalen niet altijd (consequent) gebruikt worden, is dit een plausibele verklaring.

In gesprek

Gebruik de onderstaande vragen om in gesprek te gaan over de cijfers.

- Welke signalen/symptomen, acties/actievlakken worden het meest en minst gebruikt? Komt dit overeen met het beeld dat je hebt uit 'de dagelijkse praktijk'?
- Zijn er verschillen en overeenkomsten te zien tussen de teams? Hoe zijn deze te verklaren?
- Wat zijn verbeterpunten als het gaat om de zorg en de rapportage in het zorgplan bij cliënten met het aandachtsgebied 'cognitie'?





Wijzer in zorg en welzijn