

Omaha: eenduidige terminologie in de wijk

Veel zorgorganisaties ondertekenden eind 2014 de instapovereenkomst met de Stichting Omaha System. Zij kiezen het Omaha System als gezamenlijke eenduidige terminologie en zien dat als een belangrijke voorwaarde voor verdere professionalisering en samenwerking in de maatschappelijke gezondheidszorg. In dit artikel staat Marieke Schuurmans stil bij het belang van die 'eenheid in begrip' binnen de wijkverpleging.

Marieke J. Schuurmans

Ik gebruik de term 'eenheid in begrip' om te blijven bij de terminologie van het vorig jaar uitgekomen rapport van onze beroepsvereniging V&VN. Het belang van die eenheid van begrip link ik vooral aan kwaliteit: het moet primair leiden tot een betere beroepsuitoefening en die betere beroepsuitoefening leidt weer tot betere kwaliteit van de zorg (én een hogere arbeidstevredenheid en minder ziekteverzuim).

Net als vele anderen ben ik erg blij met de terugkeer van de wijkverpleegkundige in het landschap van de Nederlandse gezondheidszorg. Ik ben ervan overtuigd dat wijkverpleegkundigen een belangrijke bijdrage leveren aan kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en kosteneffectieve gezondheidszorg. Om te voorkomen dat de wijkverpleegkundige over een aantal jaar weer verdwijnt, is het van groot belang om deze overtuiging om te zetten in zichtbare kwaliteit van zorg.

Definitie van kwaliteit

De meest gebruikte definitie van *kwaliteit van zorg* is simpelweg: de mate waarin

prestatie en verwachting met elkaar overeenkomen. In de gezondheidszorg wordt de definitie van Donabedian (1980) veel gebruikt: 'kwaliteit van zorg is de mate

van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)'. Donabedian werkte zijn definitie uit in een model met drie dimensies van zorgverlening: 1) structuren, 2) processen en 3) uitkomsten. Binnen die dimensies kunnen we indicatoren definiëren om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken; structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Kwaliteit in de wijk

Opleidingsniveau

Als je kijkt naar de kwaliteit van de wijkverpleging is de structuurindicator die het eerst opkomt de mate van deskundig-

heid van verpleegkundigen. Ofwel, wat is hun opleidingsniveau en in welke mate houden zij hun vakkennis op peil? Juist deze indicator laat zien dat er in de verpleging en verzorging bij mensen thuis veel verloren is gegaan. Er werden steeds lager opgeleide mensen ingezet terwijl de zorgvraag steeds complexer werd en er kwam een andere manier van organiseren. Daarmee is niet alleen de kwaliteit achteruit gegaan, maar zijn we in Nederland een prachtig relatief goedkoop systeem van preventie dichtbij mensen thuis kwijtgeraakt. Gelukkig zijn de meeste mensen het inmiddels met elkaar eens

In de verpleging en verzorging bij mensen thuis is veel verloren gegaan

dat een systeem dicht bij mensen thuis met een wijkverpleegkundige als spil goed is. En daarnaast dat binnen de wijkverpleging hbo-opgeleide verpleegkundigen geen overbodige luxe zijn.

Protocollen en richtlijnen

Een van de meeste gebruikte procesindicatoren is het gebruik van protocollen en richtlijnen. Iedereen kent de staatjes wel: bij hoeveel procent van de handelingen is het protocol juist doorlopen, bij hoeveel procent van de cliënten is volgens de richtlijn gehandeld? Op zich belangrijke indicatoren, maar ze staan of vallen met de kwaliteit van die protocollen en richtlijnen. En aangezien die kwaliteit soms te

wensen overlaat mag je als cliënt blij zijn dat echte professionals zich er niet in alle gevallen aan houden. En dat zij op basis van hun kennis van zaken en inzicht in de specifieke situatie soms besluiten er van af te wijken.

Draagt de zorg bij?

Belangrijkste uitkomstindicator voor mensen die afhankelijk zijn van zorg is of de zorg in positieve zin iets toevoegt aan

fectief is. Niemand wil immers zorgpremies verder omhoog zien gaan, en tegelijkertijd wil niemand de kansen op benodigde zorg zien verkleinen. Om die reden is *effectiviteit van handelen* naar mijn mening voor iedere zorgprofessional een belangrijke waarde.

Data rich, information poor

Hoe krijgen we antwoord op deze vragen? Meten? Is meten weten? Het ant-

Als het gaat om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg is informatie over *nurse sensitive patient outcomes* gewenst. Dat zijn uitkomsten bij cliënten die worden beïnvloed door de kwantiteit of kwaliteit van verpleegkundige zorg. Simpel gezegd, de cliënt heeft een probleem, op basis daarvan doet de verpleegkundige iets en dit levert een uitkomst voor de cliënt. Interessant hierbij is dat veel van die uitkomsten van verpleegkundige zorg liggen op het voorkomen van, of het voorkomen van erger. Denk bijvoorbeeld aan het voorkomen van decubitus, ondervoeding of verlies van zelfredzaamheid, maar ook van angst, overbelasting van mantelzorgers of intoxicatie met medicatie. Problemen waar verpleegkundigen op acteren zijn dan ook vaak te benoemen als risico's (dus geen actueel probleem maar een potentieel probleem met een hoge mate van kans). In de UK zijn prachtige voorbeelden waarbij wijkverpleegkundigen op een set van mogelijke problemen van kwetsbare ouderen interveniëren met als resultaat preventie van negatieve *patient outcomes* en van ziekenhuisopnamen.

Klinisch redeneren

Verpleegkundigen gebruiken als basis voor hun werk klinisch redeneren. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse ge-

Hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen zijn geen overbodige luxe

hun situatie, of de zorg hun dagelijks leven lichter maakt en niet zwaarder. Oftewel, word je als cliënt beter van de zorg (en dan beter in de overdrachtelijke zin)?

Gewenste gezondheidsuitkomsten

Juist omdat die uitkomsten zo belangrijk zijn spreekt de definitie van kwaliteit van zorg van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM, 2001) mij erg aan: *'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'*. Centraal in deze definitie staan dus de gewenste gezondheidsuitkomsten. Kijkend naar de wijkverpleging is de primaire vraag: wat zijn de gewenste uitkomsten? Als je dat weet kun je de vraag beantwoorden of die gewenste uitkomsten bereikt worden. Daarna kun je op basis van het tweede deel van de IOM-definitie de vraag stellen of het wel of niet bereiken van de gewenste uitkomsten samenhangt met de zorg op basis van *current professional knowledge*. Om te besluiten met de vraag of dat ook kosteneff-

woord kan zowel bevestigend als ontkenkend zijn, het hangt namelijk volledig af van wat je meet. Zoals een van mijn favoriete wetenschappers Albert Einstein ooit zei: *'Everybody is a genius. But if you judge a fish by its ability to climb a tree it will live its whole life believing that it is stupid'*. Ofwel als je naar de verkeerde maten/gegevens kijkt lijkt het net alsof die wijkverpleegkundige er niet toe doet.

In Amerika heb ik voor het verzamelen van de verkeerde gegevens een mooi acronym geleerd: DRIP: *data rich, information poor*. Dit is in veel praktijken de

'Als je naar de verkeerde maten kijkt lijkt het net alsof die wijkverpleegkundige er niet toe doet'

dagelijkse werkelijkheid: er wordt van alles en nog wat gemeten, maar wat weten we nu echt over de problemen van de cliënt in relatie tot het handelen van de professional en de verwachte en bereikte uitkomsten? Niet veel.

richt op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. Dit continue cyclische proces van klinisch redeneren omvat risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monito-

ring (evaluatie). Eenheid van begrip is hiervoor essentieel. Immers wanneer de ene verpleegkundige een andere invulling van het probleem (bijvoorbeeld incontinentie) heeft dan de andere, dan wordt het lastig om gezamenlijk het zorgprobleem met alle beïnvloedende factoren goed te doorgronden, zorg uit te voeren en te evalueren. Eenheid van taal (waarin zowel de problemen, de interventies als de uitkomsten van verpleegkundige zorg terug te vinden zijn) is een randvoorwaarde voor kwaliteit van zorg als meer mensen gezamenlijk die zorg leveren. En daarnaast om inzicht te bieden over het effect van die zorg.

Systemen voor eenheid van begrip

In de verpleegkunde zijn verschillende systemen die ieder voor zich eenheid van begrip beogen. V&VN heeft recent de in Nederland gebruikte systemen op een rijtje gezet (*V&VN Visie eenheid in begrip, oktober 2014*):

- WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF);
- Omaha System;
- Residence Assessment Instrument (RAIview);
- NANDA-International, classificatie van verpleegkundige diagnoses;
- Nursing Intervention Classification (NIC);
- Nursing Outcome Classification (NOC).

Ieder van die systemen heeft voor- en nadelen. Om de waarde van een systeem te bepalen zijn er allereerst een aantal basisvereisten: validiteit, betrouwbaarheid en praktische toepasbaarheid. Validiteit bepaalt of het systeem vastlegt wat het zou moeten vastleggen: zijn de verzamelde gege-

vens een inhoudelijke reflectie van datgene dat de verpleegkundige gebruikt om haar zorg mee te verlenen? Betrouwbaarheid kan gezien worden als de nauwkeurigheid van het systeem, of de vastgelegde gegevens de daadwerkelijke gegevens weerspiegelen, en of dit onafhankelijk is van welke verpleegkundige er mee werkt. Tot besluit de praktische toepasbaarheid: dat is de mate waarin het systeem aan-

grippen ook met systemen van bijvoorbeeld huisartsen en paramedici?

De systemen onder de loep

Vorig jaar verscheen er een systematisch literatuuroverzicht van onderzoek uit de periode 1960-2012 gericht op *evidence* over verpleegkundige gestandaardiseerde systemen (*Topaz et al, 2014*). De studie had alleen betrekking op systemen die

Verpleegkundigen ervaren veel registraties als meetlast

sluit bij het handelen van verpleegkundigen. Daarbij kun je ook kijken naar de tijdsinvestering. Naast alle basisvereisten speelt ook een rol in hoeverre eenheid van begrip matcht met die van andere zorgverleners. Is het systeem ook betrouwbaar bij gebruik door verzorgenden of helpenden? Matchen de gebruikte be-

door de Amerikaanse beroepsvereniging (American Nursing Association ANA) zijn erkend. De ICF en de RAI werden hierbij niet meegenomen. Opvallend is dat er de laatste jaren steeds meer onderzoek naar systemen is gedaan, maar dat tegelijkertijd de 312 geïdentificeerde studies overwegend beschrijvende studies



Foto: Frank Muller/ZorginBeeld.nl

waren en er nauwelijks interventiestudies zijn uitgevoerd.

Het overgrote merendeel (72,1%) van de studies was gericht op het NANDA/NIC/NOC-systeem, OMAHA was - op afstand - tweede (9,6% van de studies). De conclusie van de review was dat beide systemen goed bruikbaar zijn.

Ook verscheen er vorig jaar een systematisch review specifiek over het OMAHA system (Tastin et al, 2014). In deze review waren ze iets minder selectief met de studies, over de periode 2004-2011 werden er 56 publicaties geselecteerd. De conclusie: het systeem heeft veel potentieel om informatie te bieden over de kwaliteit van zorg.

Een aantal jaar geleden inmiddels heb ik zelf met een student Verplegingswetenschap ook de literatuur over OMAHA op een rijtje gezet (Strijbos en Schuurmans, 2010) en ook wij kwamen toen tot de conclusie dat OMAHA een mooi systeem is dat goed aansluit bij de praktijk en dat er wetenschappelijk gezien een basis is om met dit systeem kwaliteit te monitoren. Maar tegelijkertijd stelden we vast dat er verder onderzoek nodig is specifiek gericht op de validiteit en betrouwbaarheid. Ik ben dan ook erg blij dat er binnen de ambities van de Stichting OMAHA uitdrukkelijk ruimte is om verder onderzoek te doen. Met elkaar ontwikkelen de deelnemende organisaties een geweldige database. Daarmee kan een onderzoeker met verstand van de inhoud en beschikking over de juiste methodologie veel doen om openstaande vragen aangaande validiteit en betrouwbaarheid te beantwoorden. Voorwaarde is wel dat het systeem goed gebruikt wordt.

Een van de hinderpalen in het onderzoek tot nu toe die ook uitdrukkelijk in de review van Topaz naar voren kwam, is het

probleem van de zogeheten *missing values*, ofwel de missende waarden. Als verpleegkundigen een systeem niet ervaren als iets dat bijdraagt aan hun zorgverlening, dan is het vastleggen van de gegevens enkel een administratieve handeling in plaats van een integraal onderdeel van hun zorgverlening. Dit kan ertoe leiden dat gegevens onvolledig worden ingevoerd. Analyses met datasets met veel missende waarden geven minder betrouwbare antwoorden op vragen. Onderzoek van de collega's van de Hogeschool Ede (van Hell et al, 2013) liet zien dat verpleegkundigen veel registraties ervaren als meetlast. Uit het onderzoek kwamen als voorwaarden voor het gebruik van registraties dat verpleegkundigen ervaren dat het hun professionele autonomie ondersteunt, dat ze zich voldoende competent voelen en dat de te registreren zaken relevant zijn. Nog al te vaak ervaren professionals dat systemen over de schutting worden gegooid en ze het er maar mee moeten uitzoeken. Het draait dus om ervaren meerwaarde van een systeem, meerwaarde voor het eigen professionele handelen en daarmee dus voor de kwaliteit van zorg.

Tot besluit, geen enkel systeem is een doel op zich zelf, ieder systeem is primair een middel om de benodigde gegevens noodzakelijk voor een goede zorgverlening voor een individuele cliënt vast te leggen. Wanneer het systeem voldoet aan de juiste voorwaarden kan daarmee kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt worden. De ambities die door de stichting OMAHA zijn vastgelegd zullen naar mijn mening bijdragen aan kwalitatief hoogwaardige en kosteneffectieve wijkverpleegkundige zorg.

Het zou mooi zijn als ook partijen die andere systemen gebruiken dan OMAHA de krachten bundelen en af-

spraken maken om de gegevens systematisch te verzamelen en verder onderzoek mogelijk maken naar validiteit, betrouwbaarheid en gebruikersvriendelijkheid. Wijkverpleegkundige gegevensverzameling is een belangrijk middel om de kwaliteit van zorg te borgen en de zichtbaarheid van dat wat de wijkverpleegkundige aan haar cliënten te bieden heeft te vergroten. ■

Noot

Stichting Omaha System: www.omahasystem.nl/omaha

Referenties

- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Hell van-Cromwijk, M.C., Hoekstra, T.S., Holwerda, Y. & Cusveller, B.S. (2013). Naar verpleegkundig eigenaarschap van kwaliteit. *TvZ* 2013, 4, 24-26.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm; a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
- Strijbos, M, Schuurmans, M.J. (2010). *Validiteit en betrouwbaarheid van het OMAHA-systeem: een systematische literatuurreview*. Utrecht: niet gepubliceerde literatuurstudie Verplegingswetenschap.
- Tastan, S., Linch, G.C., Keenan, G.M. e.a. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 51(8): 1160-70.
- Topaz, M., Golfenshtein, N. & Bowles, K.H.T. (2014). The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc* 21(1):163-70.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (2014). *Visie eenheid in begrip*. Utrecht: Uitgeverij V&VN.