

**Postprint version** : 1.0  
**Journal website** : <https://mijn.bsl.nl/tvz-verpleegkunde-in-praktijk-en-wetenschap-4-2019/17056760>  
**Pubmed link** :  
**DOI** :

This is a Nivel certified Post Print, more info at [nivel.nl](http://nivel.nl)

## Evalueren van zorg is niet zo eenvoudig

**Debbie van der Steen, Marleen Huijben-Schoenmakers, Kim de Groot**

Binnen een thuiszorgorganisatie verschillen mbo-verpleegkundigen en verzorgenden onderling in werkwijze bij de verslaglegging van evaluatie van zorg. Door een kennistekort voelen de verpleegkundigen en verzorgenden zich niet competent om deze verslaglegging eenduidig uit te voeren. Uit een praktijkgericht onderzoek blijkt dat zij vooral moeite hebben met het invullen van de scores binnen het Omaha System.

De verslaglegging van verpleegkundigen en verzorgenden is essentieel voor de kwaliteit van zorg en de communicatie tussen verpleegkundigen en verzorgenden onderling. Volgens de landelijke richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' uit 2011 hoort deze verslaglegging aan te sluiten bij de fasen van het verpleegkundig proces: gegevensverzameling, diagnoses, doelen, interventies en evaluatie van zorg.<sup>1</sup> Een classificatiesysteem dat dit proces ondersteunt, is het Omaha System (zie kader).<sup>2</sup>

### [Kader]

In de laatste stap van het verpleegkundig proces, de evaluatie, wordt beoordeeld of de huidige interventies voortgezet, bijgesteld of afgesloten moeten worden. De evaluatie wordt in de praktijk vaak uitgevoerd door een verzorgende of verpleegkundige (niveau 3 t/m 6) die de zorgcoördinator is bij een cliënt. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek was het nog verplicht om ieder halfjaar te evalueren. Deze verplichting is onlangs afgeschaft, waardoor verpleegkundigen en verzorgenden nu zelf mogen beslissen wanneer een evaluatie nodig is. Iedere verpleegkundige en verzorgende kan wijzigingen die uit het evaluatiemoment volgen vastleggen in het dossier bij het interventie en evaluatiedeel. Alleen hbo-verpleegkundigen hebben toegang tot het assessmentdeel van het dossier, aangezien het indiceren en herindiceren van zorg is voorbehouden aan deze wijkverpleegkundigen. Voor de continuïteit van de zorgverlening is een accurate verslaglegging van de evaluatie erg belangrijk.

Enkele wijkverpleegkundigen van een thuiszorgorganisatie hebben echter ervaren dat de verslaglegging van de evaluatie van zorg met het Omaha System in hun team niet accuraat en volledig was. Zo viel het hen op dat scores ontbreken en dat aandachtsgebieden die tijdens de zorg afgesloten zijn in het dossier nog wel staan als actueel gebied. Om de verslaglegging van de evaluatie te kunnen verbeteren moet eerst worden nagegaan wat de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden in de huidige situatie zijn.

De betreffende thuiszorgorganisatie waarbij het praktijkgericht onderzoek plaats vond, werkt sinds 2015 met het Omaha System. Alle verpleegkundigen en verzorgenden zijn in 2015 in teamverband geschoold in het werken met het Omaha System. Voor nieuwe medewerkers is een e-learning beschikbaar over het Omaha System.

## [Tabel 1]

### Onderzoeksmethode

Om inzicht te krijgen in de ervaringen met betrekking tot de verslaglegging van de evaluatie van zorg met het Omaha System is een kwalitatief, praktijkgericht onderzoek uitgevoerd. De data werden verzameld via semigestructureerde interviews. Voor deze interviews waren vanuit een literatuurverkenning drie hoofdtopics opgesteld, namelijk: ervaringen met de verslaglegging van de evaluatie met gebruik van het Omaha System, voor- en nadelen van verslaglegging met gebruik van het Omaha System en oplossingsrichtingen voor verbetering van de verslaglegging van de evaluatie. De interviews werden opgenomen met een voicerecorder en vervolgens getranscribeerd. De transcripten werden geanalyseerd volgens de vijftienstappenmethode van Hycner.<sup>3</sup> Het onderzoek vond plaats binnen één team van een thuiszorgorganisatie. Dit team bestaat uit 15 zorgverleners variërend van verzorgende niveau 3 tot hbo-verpleegkundige niveau 6. Vijf verpleegkundigen en verzorgenden zijn geëxcludeerd, aangezien zij geen evaluaties uitvoeren. Verder deden alle verzorgenden en mbo-verpleegkundigen mee aan het onderzoek. De leeftijd en werkervaring van de deelnemers varieerden (zie tabel 1).

### Resultaten

#### Ervaring

Een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan een kennistekort te ervaren en daardoor moeite te hebben met de verslaglegging van de evaluatie. De deelnemers noemen dat zij voornamelijk een kennistekort hebben met betrekking tot de scores.

De betekenis en het doel van de beoordelingsschalen status, kennis en gedrag zijn voor verschillende verpleegkundigen en verzorgenden niet duidelijk. Hierdoor vullen zij bepaalde informatie niet in. Ze vinden het ook moeilijk om in te schatten wat een cijfer voor een andere collega betekent. Dat komt door subjectiviteit van de scores.

*‘Ja, ik vind het lastig hoor, want wat is dan precies 1, wat is 2, wat is 3?’ (Deelnemer 9, verzorgende)*

Uit de interviews komt ook naar voren dat het voor sommige verpleegkundigen en verzorgenden onduidelijk is wat collega’s van elkaar verwachten over de verslaglegging van de evaluatie. Deelnemers merken daarbij verschillen in werkwijze van collega’s. Sommige deelnemers lopen alle 42 aandachtsgebieden langs tijdens een evaluatie, terwijl anderen alleen de aandachtsgebieden die al als actueel probleem aangegeven staan, evalueren bij cliënten.

*‘We doen allemaal maar wat heb ik het idee soms. Iedereen doet het naar eigen goeddunken, we denken van zo zal het bedoeld zijn.’ (Deelnemer 4, verzorgende)*

Verder wordt het Omaha System als een complex en omvangrijk systeem ervaren, omdat het veel aandachtsgebieden omvat.

### Voor- en nadelen

De afhankelijkheid van de techniek wordt ervaren als een nadeel bij de verslaglegging. Aangezien het cliëntendossier waarmee de deelnemers werken elektronisch is, is dit bij een technische storing niet toegankelijk. Wat ook als een nadeel wordt ervaren door enkele verpleegkundigen en verzorgenden, is dat zij beperkte toegang hebben tot het cliëntendossier. Voor aanpassingen in het assessmentdeel moeten zij altijd naar een wijkverpleegkundige om dit te laten verwerken.

De deelnemers hebben verschillende ervaringen met hoeveel tijd zij besteden aan de verslaglegging van de evaluatie van zorg. Dit kan per situatie variëren van een kwartier tot een uur. Een aantal deelnemers zegt met een niet-complexe situatie al minstens een half uur bezig te zijn met evalueren. Daarentegen geven twee andere deelnemers aan niet veel tijd nodig te hebben met evalueren.

*'Nou, kwartiertje. Ja, ik heb niet veel nodig om te evalueren hoor. Tenzij er iets is met familie wat bespreekbaar gemaakt moet worden, dan trek ik een half uur uit.'* (Deelnemer 8, mbo-verpleegkundige)

Op de vraag wat de deelnemers als een voordeel van het gebruik van het Omaha System zien, worden diverse antwoorden gegeven. Sommigen kunnen geen voordeel benoemen, omdat ze het niet kunnen vergelijken met een ander classificatiesysteem. Een groot deel van de deelnemers ervaart voordelen in vergelijking met de manier waarop het evalueren voorheen plaatsvond. Zo is het evalueren zelf en de verslaglegging daarvan volgens hen door gebruik van het Omaha System overzichtelijker. De aandachtsgebieden die open staan als actueel probleem, geven duidelijkheid en structuur.

*'Dat het wel overzichtelijk is. Het is ook, per gebied wordt het benoemd. En per gebied kun je daar acties op instellen, dus het zwerft niet meer allemaal door elkaar heen, wat je eerst had.'* (Deelnemer 6, verzorgende)

Enkele deelnemers noemen als voordeel dat ze door gebruik van het Omaha System de verschillende gebieden doorlopen. Hierdoor hebben ze een cliënt beter in beeld en leren ze de cliënt beter kennen. Deelnemers komen tijdens hun dagelijkse werk regelmatig bij de cliënt en in die zorgverlening worden vaak dingen gesignaleerd. Alles wat zij in een halfjaar hebben gesignaleerd kunnen zij dan meenemen in het evaluatiegesprek.

*'En je kunt tijdens je werk, in die tijd dat je er al werkt en zorg verleent, dan hoor en zie je natuurlijk ook van alles. Het zijn niet alleen maar de evaluatiemomenten he, je bent er veel vaker. Dus gewoon je oren en ogen open houden, dan kom je vanzelf, als er dingen spelen, hoop ik dat ik ze zie.'* (Deelnemer 4, verzorgende)

### Mogelijkheden ter verbetering

De verzorgenden en verpleegkundigen geven aan dat ze een leidraad, uitleg en scholing in het werken met het Omaha System wensen. Zij ervaren dat er weinig uitleg en begeleiding is gegeven bij de start van het werken met het Omaha System. De deelnemers geven aan dat hierdoor onduidelijkheid heerst.

Ook nieuwe medewerkers geven aan dat zij behoefte hebben aan een scholing over het evalueren met gebruik van het Omaha System. Zij geven aan wel uitleg te hebben gehad van collega's, maar dit is voor hen niet voldoende geweest vanwege de complexiteit van de verslaglegging met een classificatiesysteem.

*'Als jij ergens komt werken, ja en nou ken jij dit systeem, maar je bent een nieuwe medewerker; zo ga maar evalueren. Dan heb je toch zoiets van, wat is dit?'* (Deelnemer 9, verzorgende)

Een enkele deelnemer vertelt dat het fijn zou zijn als er een lijst wordt opgesteld met vragen die per aandachtsgebied gesteld kunnen worden. Dit kan een leidraad bieden bij het verhelderen en verduidelijken van de aandachtsgebieden. Een klein aantal van de deelnemers maakt gebruik van de overzichtskaart van het Omaha System en dit geeft hun verduidelijking over wat er bedoeld wordt met de scores bij de beoordelingsschalen.

*'Ik heb daar zo'n formulier bij van wat die nummers inhouden. Dat heb ik en dat neem ik dan ook altijd mee, dat ik dan ook wel weet van wat betekent het allemaal.'* (Deelnemer 4, verzorgende)

## Discussie en conclusie

Verpleegkundigen en verzorgenden die deelnamen aan dit onderzoek voelen zich niet competent genoeg om de evaluatie van zorg op de juiste wijze vast te leggen met het Omaha System. Als oorzaak noemen de geïnterviewden dat zij een kennistekort ervaren. Bij de start van het werken met het Omaha System zijn in de thuiszorgorganisatie voor alle verpleegkundigen en verzorgenden scholingsbijeenkomsten georganiseerd. De geïnterviewden ervaren dat ze toen te weinig uitleg en begeleiding hebben gekregen. Hierdoor zijn er verschillende werkwijzen ontstaan en heeft een aantal zorgverleners het gevoel 'maar wat te doen'. De implementatie van een classificatiesysteem blijkt vaker uit een eenmalige en korte cursus te bestaan terwijl het juist belangrijk is om voldoende tijd en ruimte te geven voor (bij) scholing, zeker wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn. Ook moeten zorgverleners veel werken met een classificatiesysteem om er vaardig in te blijven.<sup>4</sup>

Om de verslaglegging van de evaluatie van zorg binnen de betreffende thuiszorgorganisatie te verbeteren, is het aan te raden om een bijscholing aan te bieden aan de mbo-verpleegkundigen en verzorgenden. Immers wanneer kennis tekortschiet over hoe te evalueren, zullen mogelijk niet de juiste keuzes worden gemaakt en dit kan invloed hebben op de zorgverlening.

De hbo-verpleegkundigen zijn in dit onderzoek niet geïnterviewd, omdat zij geen evaluaties uitvoeren. Mogelijk zouden zij een positievere ervaring hebben met de verslaglegging van de evaluatie van zorg met het Omaha System. Uit onderzoek van De Groot et al. (2017) blijkt namelijk dat hbo-verpleegkundigen positiever zijn over hun eigen competenties bij de verslaglegging in de zorg dan hun collega's van andere opleidingsniveaus.<sup>5</sup>

Verder noemen de verpleegkundigen en verzorgenden in de interviews een aantal voor- en nadelen bij de verslaglegging van de evaluatie van zorg met behulp van het Omaha System. Een belangrijk voordeel dat enkele geïnterviewden ervaren is dat door gebruik van het Omaha System zij een vollediger beeld hebben van de cliënten. Verzorgenden en verpleegkundigen zouden allen moeten ervaren dat de verslaglegging in het elektronische cliëntendossier bijdraagt aan de zorgverlening.<sup>6</sup> Tegelijkertijd wordt als nadeel genoemd dat geïnterviewden nieuwe informatie die volgt uit een evaluatiegesprek zelf niet bij het assessmentdeel kunnen vastleggen. Hierdoor wordt het cyclische aspect van het verpleegkundig proces verstoord. De huidige elektronische cliëntendossiers lijken vaker een verstorende factor te zijn in de verslaglegging van het verpleegkundig proces.<sup>7</sup> Verbetering van de inrichting van cliëntendossiers bij de thuiszorgorganisatie is dan ook aan te raden. Wanneer dossiers het verpleegkundig proces niet ondersteunen, dan wordt verslaglegging mogelijk ervaren als een administratieve handeling die geen integraal onderdeel van de zorg uitmaakt.

## REFERENTIES

1. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Utrecht: V&VN; 2011.
2. Koster, N & Harmsen, J. Het Omaha System: een introductie. Delden: Uitgeverij Perquery; 2015.

3. De Jong, A, Vandenbroele, H, Glorieux, M, e.a. Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs (5e druk). Amsterdam: Reed Business; 2015.
4. Verstraeten, M. Digitaal classificeren. Hoe staat het ermee? Nursing. 2016;(5); 38-41.
5. Groot, K de, Veer, AJE de, Paans, W, e.a. Verpleegkundige verslaglegging: hbo'ers meest positief. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2017;127(3); 40-41.
6. Schuurmans, MJ. Omaha: eenduidige terminologie in de wijk. Tijdschrift voor verpleegkundig experts. 2015;125(5):38-41.
7. Groot, K de, Paans, W, Veer, AJE de, e.a. Knelpunten bij verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden. Tijdschrift voor verpleegkundigen. 2017;127(6); 34-36.

## Kader

### Het Omaha System

Het Omaha System is een classificatiesysteem dat door de overgrote meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging wordt gebruikt. Het Omaha System bestaat uit drie componenten, namelijk het assessmentdeel, het interventiedeel en het evaluatiedeel.<sup>2</sup> Het Omaha System bevat 42 aandachtsgebieden die zijn verdeeld over vier domeinen: het omgevingsdomein, het psychosociaal domein, het fysiologisch domein en het domein met betrekking tot het gezondheidsgerelateerd gedrag. Voorbeelden van aandachtsgebieden zijn 'pijn' en 'persoonlijke zorg'.

Tabel 1 Gegevens deelnemers onderzoek (N=10)

Mbo-verpleegkundigen	N=6	
Verzorgenden	N=4	
Leeftijd	Gemiddeld 44,5 jaar	Range 22 – 61 jaar
Werkzaam binnen organisatie	Gemiddeld 10,5 jaar	Range 0,5 – 24 jaar