

HANDLEIDING OMAHA SYSTEM

Voor zorgverleners

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED





INTRODUCTIE

OMAHA SYSTEM

Vanaf 2015 is het Omaha System in de zorg geïntroduceerd; eerst in de thuiszorg en gaandeweg ook intramuraal in verpleeghuizen. Het is door velen geaccepteerd als een goede basis voor het vastleggen van het zorgproces. Steeds meer organisaties werken met deze classificatie en er is behoefte aan verdieping. Daarom hebben we deze handleiding voor de praktijk geschreven.

We werken de stappen van het zorgproces uit; de taartpunten van de 'het wiel Professional-Cliënt-Relatie' die op de voorkant staat. Met de relatie zorgverlener - cliënt als randvoorwaarde en de cliënt in het midden. Maar we beginnen met een aantal onderwerpen dat van belang is voor het werken met Omaha System als geheel, namelijk klinisch redeneren, indiceren en preventie.

De handleiding is geen voorschrift! Uitgangspunt is dat je als zorgverlener bewust keuzes maakt en je zorgverlening onderbouwt en aanpast aan de context waarin je werkt met steeds weer een unieke cliënt en zijn omgeving.

Het doel van deze handleiding is:

- zorgverleners handvatten bieden over hoe te werken met het Omaha System op de manier zoals het bedoeld is;
- kwaliteit en eenheid in het werken met Omaha System ondersteunen en verder ontwikkelen.

De handleiding is geschreven voor (wijk)verpleegkundigen die basiskennis hebben over Omaha System en die de stappen van klinisch redeneren kennen en kunnen toepassen en voor zorgteams.

We hebben hem getoetst met een expertteam van (wijk) verpleegkundigen werkzaam bij TSN. Mariëtte, Anke, Kasia, Nynke, Lisa, Liesbeth, Marga, Nienke, Trijnie, Miriam, Riemert, Sjantine, Judith en Miranda, bedankt.

LEESWIJZER

In deze handleiding vind je een theoretische toelichting op de verschillende onderdelen, werkvormen, tips en voorbeelden. Elke zorgverlener en elk team kan zo naar behoefte aan de slag met verdieping en het vergroten van kennis over het Omaha System.

We starten met een toelichting op een aantal onderwerpen dat van belang is voor het werken met Omaha System als geheel. Dit is de basis:

1. Klinisch redeneren (is een onderliggende vaardigheid; kun je niet klinisch redeneren dan kun je ook niet goed met Omaha System werken)
2. Omaha System: algemeen + in relatie tot klinisch redeneren
3. Preventie en zelfredzaamheid

Daarna komen de onderdelen van het 'wiel':

4. Relatie zorgverlener – cliënt (de buitenste schil van de taart)
5. Individu, leefeenheid of gemeenschap/buurt (het middelpunt van de 'taart')
6. Verzamel en onderzoek gegevens
7. Stel aandachtsgebied vast
8. Meet stand van zaken per gebied
9. Plan en voer actie uit
10. Meet per gebied tussentijds/einde zorg
11. Evalueer uitkomst per gebied

Bij elk van de bovenstaande onderdelen hebben we dezelfde indeling. We starten met de theorie waarin we toelichting geven op het onderwerp. Dit is stof voor verdieping. Daarna komen de tips aan bod: tips voor verdieping voor (wijk)verpleegkundigen en tips voor verdieping voor het hele team. Deze laatste kunnen (wijk)verpleegkundigen ook gebruiken bij de ondersteuning van hun teams. We eindigen met de bronnen. Hier vind je vaak interessante boeken en websites.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFEENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

"Recognize that the Omaha System is a series of feedback loops. It can effectively link client problems, professional interventions, and client outcomes, the foundation of evidence-based practice". (Martin, 2005)

Er zijn verschillende termen voor methodisch werken: klinisch redeneren, verpleegkundig redeneren, methodisch handelen, planmatig werken. Wij gebruiken hier de term klinisch redeneren. Klinisch redeneren is de basis van goede zorg. Ook bij toepassing van Omaha System is het nodig dat je als zorgverlener goed kunt klinisch redeneren. In dit hoofdstuk lichten we toe wat er verstaan wordt onder klinisch redeneren.

DEFINITIE KLINISCH REDENEREN

Klinisch redeneren is een gestructureerde methode voor het (wijk)verpleegkundig en verzorgend handelen. "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 (actie) en monitoring" (Lambregts et al., 2012).

KENNIS EN VAARDIGHEDEN

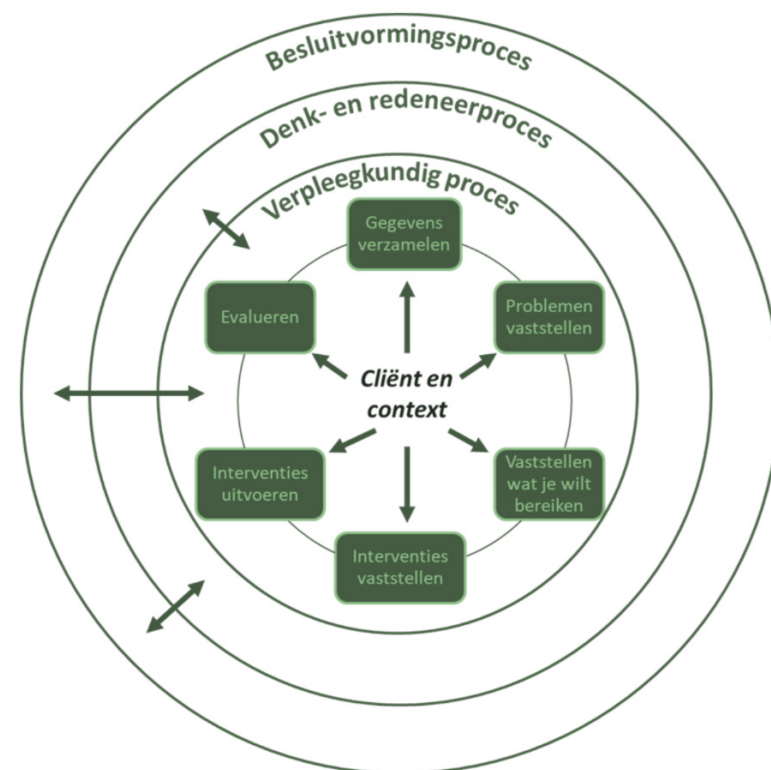
Klinisch redeneren vergt deskundigheid op allerlei terreinen:

- Kennis: fysiologie, anatomie, ziektebeelden / aandoeningen, actuele richtlijnen en standaarden, ethische kennis
- Vaardigheden: verpleegtechnische en verzorgende handelingen, communicatieve vaardigheden, observatie- en signaleringsvaardigheden
- Attitude (houding): empathie (invoelend vermogen), respect, professionele houding, afstand kunnen houden en naast de cliënt staan (afstand en nabijheid)

KLINISCH REDENEREN IN SCHEMA

Klinisch redeneren is meer dan alleen cyclisch werken, meer dan de PDCA-cyclus (plan, do, check, act) rond krijgen. Het is een complex proces dat inzicht, deskundigheid en een kritische blik vraagt. Het vergt veel denkwerk en het nemen van de juiste beslissingen.

In schema ziet klinisch redeneren er als volgt uit:



INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFOMGEVING, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSE/EINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

Hieronder volgt een toelichting op het schema klinisch redeneren:

Cliënt en zijn context

De cliënt en zijn context staan centraal. Dit is het uitgangspunt bij de zorg die je geeft. Hoe is de cliënt eraan toe, lichamelijk, psychisch en sociaal? Wat zijn zijn behoeften, verlangens en mogelijkheden? Draagt de omgeving van de cliënt bij aan zijn welbevinden of juist niet? Hoe gaat de cliënt zelf om met zijn gezondheid? Heeft de cliënt een sociaal netwerk/ mantelzorg en waar kunnen zij de cliënt bij ondersteunen?

Verpleegkundig proces/zorgproces

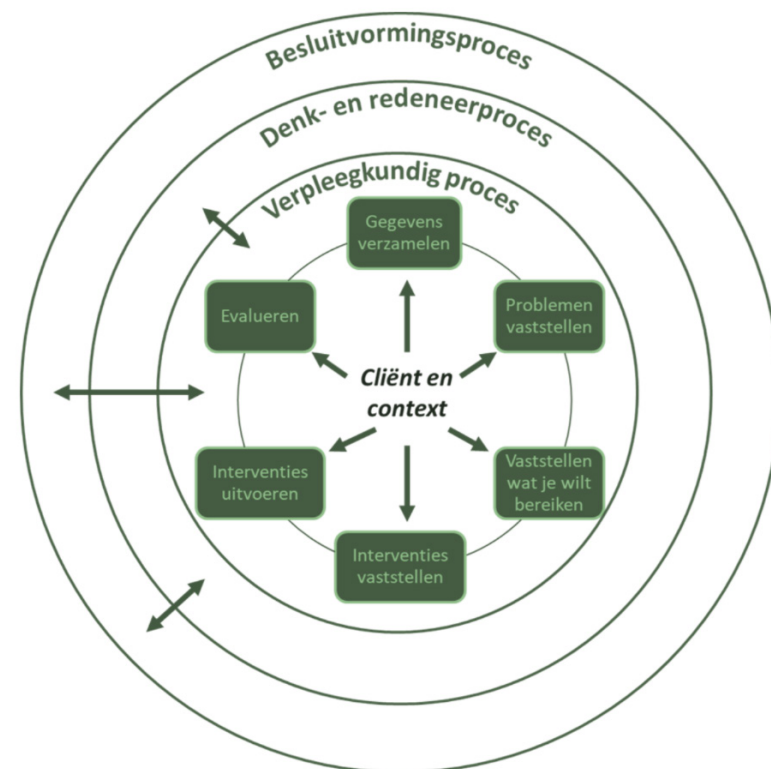
Het verpleegkundig of zorgproces is cyclisch en methodisch. Het omvat zes stappen die na elkaar, maar ook door elkaar gevolgd worden. Geen enkele stap kan worden overgeslagen. Door het methodisch en cyclisch aan te pakken, vergeet je niets en word je voortdurend geprikkeld om goed naar de cliënt te kijken en de juiste vragen te stellen.

Het zorgproces is:

1. **Methodisch** = bewuste en systematische aanpak. Het zorgproces heeft een logische opbouw, je doorloopt steeds deze stappen zodat je niets vergeet.
2. **Cyclisch** = regelmatig terugkerend of rondgaand. Het zorgproces is nooit afgerond, dus na de laatste stap (evaluatie) begint de cyclus weer opnieuw. De stappen hoeven in de praktijk niet altijd in de beschreven volgorde doorlopen te worden.

3. **Samenhangend** = er is een verband tussen de verschillende onderdelen:

- Bij het uitvoeren van de interventies houd je rekening met de gegevens die je verzameld hebt (wat mankeert de cliënt, wat is voor hem belangrijk)
- Bij de zorgverlening opgemerkte risico's zet je om in interventies
- Bij de zorgverlening gesignaleerde verslechtering leidt tot aanpassing van de acties
- Aanpassing van de doelen leidt tot aanpassing van de interventies



INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFOMGEVING, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE ZES STAPPEN VAN HET ZORGPROCES

1. Gegevens verzamelen

Voor we overgaan naar welke gegevens verzameld moeten worden, eerst iets over de verschillende termen die gebruikt worden voor deze fase van gegevensverzameling:

- Intake, startgesprek, aannamegesprek, anamnese gesprek. Met al deze termen wordt het eerste gesprek bedoeld waarin je kennismaakt met de cliënt en eventueel mantelzorg, gegevens over hem en zijn omgeving verzamelt, de cliënt leert kennen.
- Indicatiestelling of assessment. Indicatiestelling en assessment worden door elkaar heen gebruikt, maar er wordt hetzelfde mee bedoeld. Een assessment is breder dan een intake. Bij het assessment indiceer je de noodzakelijke zorg. Je verzamelt de gegevens, net als bij de intake, maar je bepaalt ook met de cliënt welke zorg hij nodig heeft, hoe vaak dit nodig is en welk deskundigheidsniveau deze zorg moet verlenen.

Welke gegevens moet je verzamelen?

- Hulpvraag en verhaal van de cliënt en mantelzorg
- Levensgeschiedenis
- Relaties en sociaal contact
- Steunsysteem en mantelzorg
- Ziektegeschiedenis (anamnese)
- Diagnose en prognose
- Risico's
- Wensen en behoeften
- Zelfredzaamheid, mogelijkheden van de cliënt en van de mantelzorg
- Gegevens verkregen door observatie
- Gegevens verkregen door lichamelijk onderzoek: temperatuur, bloeddruk, gewicht, lengte, ademhaling, pols
- Gegevens van derden: (huis)arts, andere zorgverleners, burens/familie/vrienden.

Het afnemen van een assessment vraagt om een onderzoekende houding: de juiste vragen stellen, doorvragen en de vraag achter de vraag proberen te achterhalen. Bovendien moet je de informatie van de cliënt op waarde schatten en onderscheid maken tussen relevante en irrelevante gegevens.

2. Problemen vaststellen (aandachtsgebieden en kenmerken)

Uit de gegevens haal je de verpleegkundige en verzorgende problemen. Je analyseert en interpreteert de gegevens, je onderwerpt ze als het ware aan een onderzoek: wat betekent deze informatie voor de cliënt, voor zijn gezondheid, wat zijn de gevolgen, hoe ernstig is het? Daarna stel je vast wat er precies aan de hand is: wat is de huidige gezondheidstoestand van de cliënt, welke problemen zijn er op dit moment en wat zijn mogelijke (potentiële) problemen? Welke factoren dragen bij aan die problemen? Kan hij bijvoorbeeld zelf bijdragen aan het voorkomen van verdere verergering? Of is er iets in zijn omgeving dat de problemen groter maakt? En welke risicofactoren zijn er?

Het geformuleerde probleem vormt de basis voor de volgende fase. Bij Omaha System noemen we het probleem 'aandachtsgebied'.

3. Vaststellen wat je wilt bereiken (scores)

Als alle problemen/aandachtsgebieden op een rijtje staan, ga je samen met de cliënt en de mantelzorg bepalen wat het resultaat moet zijn van de zorgverlening: welke aandachtsgebieden hebben prioriteit, wat moet of kan er veranderd worden in de gezondheidstoestand van de cliënt, wat wil de cliënt, wat is haalbaar, wat is volgens de professionele normen noodzakelijk en wat zijn de mogelijkheden van de zorgverlener en die van de organisatie?

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

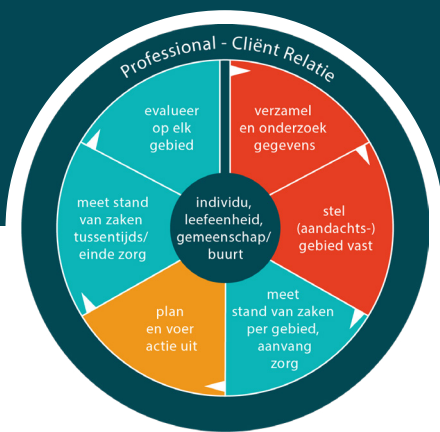
STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

4. Interventies vaststellen (soort actie en actievak)

De interventies die je samen met de cliënt vaststelt, moeten leiden tot het bereiken van de gewenste uitkomsten die je in stap 3 hebt bepaald. Ze moeten de problemen voorkomen of verlichten; ze zijn gebaseerd op evidence based practice, ze moeten efficiënt en effectief zijn. Evidence based practice wil zeggen dat je een afweging maakt tussen wat de cliënt wil, jouw kennis en ervaring en wat er in richtlijnen en onderzoek staat. Daarnaast houd je rekening met jouw mogelijkheden en die van de organisatie.

5. Interventies uitvoeren

De uitvoering van het soort acties en actievak vraagt om bekwaame zorgverleners. Bekwaam betekent voldoende kennis, vaardigheden en ervaring om die zorg uit te voeren en met de juiste attitude. Je kunt inschatten waar de risico's zitten, welke complicaties er op kunnen treden en wat je dan moet doen. Je werkt professioneel en maakt gebruik van de actuele standaarden (landelijke richtlijnen, protocollen). En natuurlijk rapporteer je helder en beknopt zodat jij en jouw collega's het verloop van het zorgproces kunnen volgen.

6. Evalueren

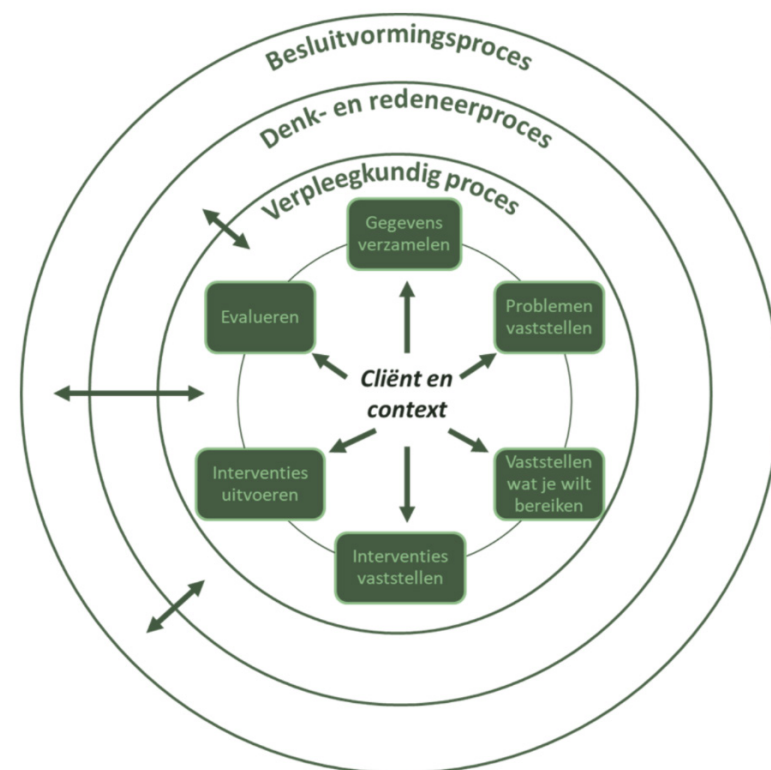
In hoeverre is de gezondheidstoestand verbeterd, verslechterd of stabiel gebleven? Wat vindt de cliënt eigenlijk van de zorg? Is hij er tevreden over?

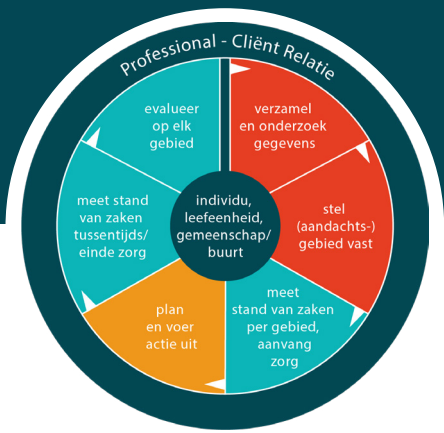
De zorgverlener evalueert:

- Het proces: is de cliënt tevreden over de geboden zorg, verloopt de zorgverlening goed?
- Het product: zijn de resultaten behaald, was het vastgestelde probleem/aandachtsgebied juist, waren de interventies (soort actie en actievak) juist?

En het is een goed moment om weer even stil te staan bij waar je mee bezig bent. Heb je voldoende informatie van de cliënt? Is er in de tussentijd wat veranderd? Zijn er nog risico's of problemen die je eerder over het hoofd hebt gezien? Zijn er nog nieuwe risico's of problemen bijgekomen doordat de situatie van de cliënt is veranderd?

Evaluatie is niet alleen de laatste stap in het verpleegkundig proces, maar dient gedurende het hele proces plaats te vinden. Op basis van de evaluatie wordt de zorg indien nodig bijgesteld.





KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DENK EN REDENEERPROCES

Het denk- en redeneerproces vragen om een onderzoekende houding. Voortdurend vraag je jezelf (bewust of onbewust) af of je voldoende informatie hebt over de cliënt, of je voldoende kennis hebt, of je de landelijke standaarden kent en wat jouw ideeën zijn. Je legt verbanden tussen wat je ziet en wat je weet. Je toetst je ideeën aan die van de cliënt. Je interpreteert je waarneming: hoe ernstig is het, welke risico's loopt de cliënt?

Denken en redeneren gebeurt vanuit het eigen referentiekader van de zorgverlener en dat wordt sterk beïnvloed door verschillende factoren:

1. Achtergrond van de zorgverlener. Waar kom je vandaan? Hoe ben je opgevoed? Welke opleiding heb je gedaan? Waar heb je gewerkt?
2. Normen en waarden. Normen zijn concrete gedragsregels; ze zijn sterk afhankelijk van iemands religieuze, culturele, sociale en maatschappelijke achtergrond. Waarden zijn opvattingen over wat wenselijk is; het zijn idealen en motieven die een mens nastrevenswaardig vindt. Iedere mens en iedere groep of cultuur heeft haar eigen normen en waarden. Daarom kunnen de normen en waarden van zorgverleners onderling of tussen zorgverlener en cliënt botsen of leiden tot een moreel of ethisch dilemma.
3. Levenservaring. Levenservaring heeft niet alleen te maken met leeftijd, maar vooral met wat je als mens meemaakt in het leven en hoe bewust je wilt leren van je ervaringen.

4. Kennis en vaardigheden. Hoe meer je weet en kunt, hoe beter je alle relevante aspecten kan betrekken bij je redenering. Zo heb je kennis nodig van bijvoorbeeld fysiologie en anatomie, (gevolgen van) ziektebeelden, risico's en zorghandelingen. Ook zijn goede communicatieve en observatievaardigheden nodig. Het kiezen van het juiste aandachtsgebied en de keuze van de juiste actievlakken vergt kennis van actuele richtlijnen en standaarden.
5. Visie en ideeën op zorg. Welke ideeën heb je over zorg? Wat vind je belangrijk? Je visie wordt in de loop van de tijd ontwikkeld op basis van verpleegkundige theorieën en eigen ideeën.
6. Informatie van en over de cliënt, zowel van hemzelf als van derden. Het denk- en redeneerproces wordt gestuurd vanuit de cliënt en zijn context. Het gaat erom datgene te doen dat bij die cliënt op dat moment van belang is. Brede informatie draagt wezenlijk bij aan dat redeneerproces.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

BESLUITVORMINGSPROCES

Zorgverleners nemen de hele dag door besluiten over de beste zorg voor de cliënt. Besluiten over wat te doen met: informatie van de cliënt, informatie van derden, signalen, calamiteiten. En besluiten over planning en over hoe het best de interventies uit te voeren. Het is het resultaat van een kritisch denk- en redeneerproces.

Tijdens het besluitvormingsproces ga je na of het juist is wat je bedacht hebt in het denk- en redeneerproces. Klopt het wel wat ik bedacht had? Heb ik niets over het hoofd gezien? Heb ik de juiste bronnen van kennis gebruikt? Je doorloopt dit proces soms alleen; soms zul je bij collega's toetsen of je het bij het rechte eind hebt.

Besluitvorming gebeurt vaak impliciet. Zeker ervaren zorgverleners hebben een klinische blik en handelen onbewust op de juiste manier. Daar is niets mis mee, maar er wordt steeds vaker van zorgverleners verwacht dat je kunt beargumenteren en verantwoorden wat je doet, op basis waarvan je het besluit hebt genomen. En voor onervaren zorgverleners geldt dat je de besluitvorming pas goed onder de knie krijgt als je steeds weer moeten uitleggen wat je doet en waarom je dat zó doet. Het helpt je verder als je dat moet verwoorden. Het zet je aan het denken en stimuleert je om na te gaan wat de beste optie is. Daarnaast maak je zo voor je collega's duidelijk wat de achtergrond van je handelen is en dat biedt de mogelijkheid om het te bespreken en van elkaar te leren.

Het besluitvormingsproces gebeurt in nauw overleg met de cliënt, ook wel 'shared decision making' genoemd. Gezamenlijke besluitvorming – in ideale vorm – veronderstelt dat zorgverlener en cliënt samen tot een beslissing komen op basis van een open uitwisseling van kennis, ervaringen en inzichten. Gezamenlijke besluitvorming veronderstelt een 'cliëntgerichte' zorgverlener en een 'actief participerende' cliënt.

'*Cliëntgerichtheid*' vraagt van de zorgverlener dat hij of zij de cliënt als persoon in een sociale context beschouwt en ook rekening houdt met diens gevoelens, wensen, verwachtingen, waarden en ervaringen.

'*Actieve participatie*' vraagt van de cliënt dat die op zijn of haar beurt de zorgverlener hierover informeert en meedenkt over de invulling van het behandeltraject

bron: www.ceg.nl, Platform Gedeelde Besluitvorming.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFEENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

BEKWAAMHEID

Toepassen of aanleren van nieuwe vaardigheden/gedrag, zoals het leren werken met Omaha System, verloopt doorgaans via een vast patroon. Wanneer je als (wijk)verpleegkundige een

zorgverlener van je team ondersteunt in het werken met Omaha System, kan het helpen te weten in welke leerfase deze persoon zit. Elke leerfase brengt ook zijn eigen emoties met zich mee.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFOMGEVING, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Leerfase	Wijze van begeleiden	Emotie
Fase 1: Onbewust onbekwaam: Je weet niet dat je iets niet kunt. Je zwachtelt de benen van je cliënt, maar je doet dat niet op de juiste manier. Maar je doet het altijd zo en er is nog nooit iemand geweest die er iets over gezegd heeft. En jij hebt ook nog nooit bij een ander nagevraagd of je het wel goed doet.	<ul style="list-style-type: none"> Weinig ondersteuning en veel sturing. Instrueren. Uitleggen (wat, hoe, wanneer) wat de ander moet doen. Controleren van de uitvoering. 	
Fase 2: Bewust onbekwaam: Je weet dat je iets niet kunt. Je wilt dit gaan leren, en je weet ook dat het niet vanzelf gaat maar dat je er bijvoorbeeld scholing en uitleg voor nodig hebt. Je wilt snappen waar datgene wat je in het zorgplan leest vandaan komt. Je kijkt eens op de website van omahasystem.nl.	<ul style="list-style-type: none"> Veel ondersteuning en veel sturing Overtuigen. Stimuleren, aanmoedigen en feedback geven. Overleggen en controle op de uitvoering 	
Fase 3: Bewust bekwaam: Je bent bezig om te leren. Zolang je je gedachten er volledig bij hebt, lukt het vrij aardig: als je de tijd neemt om het zorgplan te lezen is het best logisch wat er staat. Om het nog beter te begrijpen neem je met de (wijk)verpleegkundige het zorgplan van een cliënt die je goed kent door. Dit is de lastigste leerfase! Je kunt je onzeker voelen, gefrustreerd. Je hebt de neiging op te geven. Je denkt: 'het globale inzicht wat ik door het kijken op de website kreeg werkt ook wel!' Dat kan zo zijn, maar je komt dan niet verder.	<ul style="list-style-type: none"> Veel ondersteuning en weinig sturing. Stimuleren, aanmoedigen en feedback geven. Overleggen en hulp bij de uitvoering. 	
Fase 4: Onbewust bekwaam: Je hebt het geleerd: je kunt nu zonder al te veel inspanning het zorgplan dat je uitvoert begrijpen. Je snapt waar de aandachtsgebieden, scores en activelakken die in het zorgplan staan vandaan komen. Je kunt nu ook voorstellen doen om het zorgplan aan te passen.	<ul style="list-style-type: none"> Delegeren, weinig ondersteuning en weinig sturing. Overlaten, afspreken wat en hoe je het overlaat. Hulp bij de uitvoering. 	

Figuur: Leerfasen van Maslow



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN & TEAMS

1. FILMPJE KLINISCH REDENEREN VOOR VERZORGENDEN



3. WAAR MOET JE OP LETTEN?

Klinisch redeneren leer je niet alleen in je opleiding, maar vooral in de praktijk:

- Wees kritisch op jezelf en stel jezelf voortdurend de volgende vragen:
 - Waarom doe ik dit zo? Leg het aan jezelf uit.
 - Op basis waarvan heb ik dit besluit genomen? Ervaring, een richtlijn, een protocol?
- Bespreek regelmatig een casus met collega's en stel dan aan elkaar bovenstaande vragen. Zie ook de 'methode Ronnie' in hoofdstuk 11.
- Voor minder ervaren (wijk)verpleegkundigen: zoek een ervaren collega als buddy.

2. FILMPJE INTRODUCTIE OMAHA SYSTEM



INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

4. PASSEND BEGELEIDEN NAAR BEKWAAMHEID

[Klik hier](#) naar vragen die helpen de bekwaamheid en bereidheid van een zorgverlener, om een bepaalde taak uit te voeren, te bepalen.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

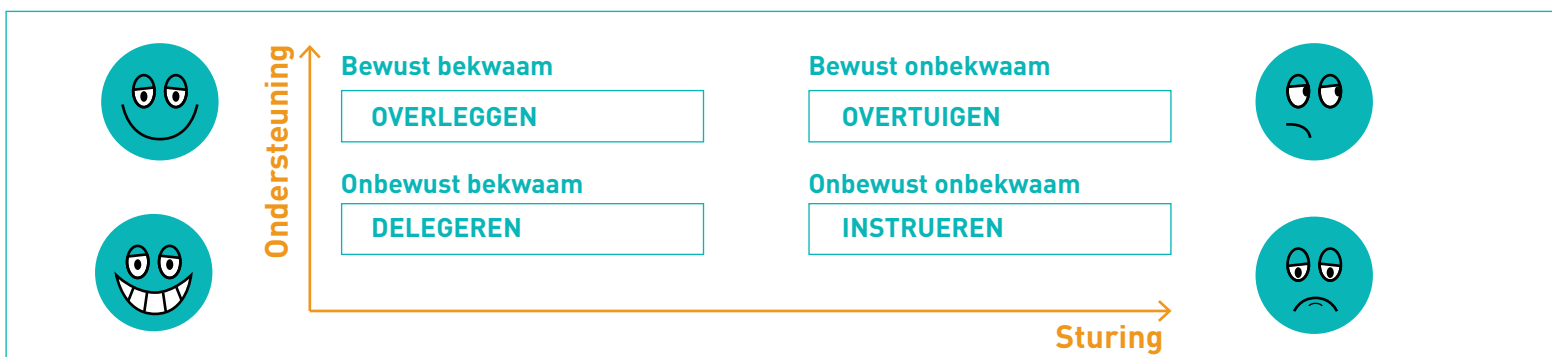
STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



Figuur: leerfasen met bijbehorende vormen van sturing en begeleiding

Tips uit de praktijk

- Bied een zorgverlener de ruimte om naar je toe te komen.
- Geef een zorgverlener de ruimte om zelf mee te denken in welke leerfase hij zit.
- Stel vragen, in één-op-één-contact.
- Ga na of je het over dezelfde taak hebt. Bijvoorbeeld: zorgverleners die het zorgplan verwarren met het ECD.
- Neem samen een zorgplan door en ga na wat de zorgverlener wel of niet begrijpt.

- Onderzoek hoe het komt dat de zorgverlener zich niet bewust is van wat hij niet weet, kan of (misschien) wil.
- Sluit in eerste instantie aan bij het woordgebruik van de zorgverlener, maar vertaal steeds in de termen van Omaha System zodat de zorgverlener leert waar deze termen voor staan en hoe ze gebruikt moeten worden.
- Herhaal je uitleg. Ga na of de zorgverlener het begrijpt.
- Laat de zorgverlener het in haar eigen woorden benoemen.
- Stel controlevragen.



KLINISCH REDENEREN

De theorie

Redeneerproces

Besluitvormingsproces

Bekwaamheid

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

MEER WETEN?

Adriaansen, M. (2004). Praktijkverhalen zijn veel belangrijker dan het model. Tijdschrift voor verpleegkundigen.

Bell-Peereboom, D. & Timmer, C. (2007). Raad weten met de situatie. Onderwijs en Gezondheidszorg, 31 (7), 19-22.

Benner, P., Bunt van de, C.E., Hellema, F.G. (2006). Van beginner naar expert: excellentie en invloed in de verpleegkundige praktijk. Maarssen : Elsevier.

Bakker, T., Habes, V., Quist, G., Sande, J. van der, Vrie, W. van de. (2016). Klinisch redeneren voor ouderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haaren, E. van, Graaf-Waar, H. de, Mast, J., Martijn, R. (2017). Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hersey, P., Situationeel leidinggeven, 2001 5e druk

Blanchard, K., e.a., Situationeel leiderschap II en de One Minute Manager., 2007 11e druk

Lambregts, J., Grotendorst, A., Merwijk, van C. (2016). Bachelor of Nursing 2020. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lambregts, J., Grotendorst, A., Merwijk, van C. (2012). Leren van de toekomst: verpleegkundigen & verzorgenden 2020. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Meerdere artikelen met meerdere auteurs, Dossier klinisch redeneren (2015). Tijdschrift voor verpleegkundig expert.

Straalen, van L. en Schuurmans, M. (redactie). (2016). Klinisch redeneren voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

www.ceg.nl www.zorgvoorbeter.nl, thema: Goed in gesprek

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl



OMAHA SYSTEM, ALGEMEEN EN RELATIE TOT KLINISCH REDENEREN

De theorie

Relatie tot klinisch redeneren

DE THEORIE

Omaha System is een verpleegkundige classificatie. Een classificatie is volgens Nictiz: een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld (www.nictiz.nl).

Het is een gestandaardiseerde terminologie voor het vastleggen van de verschillende stappen in het zorgproces. Met een classificatie leg je gegevens vast en orden je ze in bepaalde categorieën. Je kanaliseert zo de gegevensstroom. Bovendien helpt het om hiaten te ontdekken, want als je een bepaalde categorie vergeet, valt dat op (van Haaren et.al., 2017).

Dit hoofdstuk beschrijft in grote lijnen wat Omaha System is. In de volgende hoofdstukken gaan hier dieper op in. Aan het eind van dit hoofdstuk bespreken we de relatie tussen Omaha System en klinisch redeneren.

ALGEMEEN

Vier domeinen

Omaha System kent vier domeinen:

- Gezondheidsgerelateerd gedrag
- Psychosociaal
- Omgeving
- Fysiologisch

Aandachtsgebieden

De vier domeinen zijn onderverdeeld in [42 aandachtsgebieden](#)

Kenmerken

Van elk aandachtsgebied geef je de kenmerken aan:

- Gaat het om: individu, leefeenheid of gemeenschap?
- Gaat het om: een actueel of potentieel probleem of om gezondheidsbevordering?
- Wat zijn de signalen/symptomen die je keuze voor het aandachtsgebied onderbouwen?

Scores

Omaha System werkt met uitkomsten voor de cliënt, die weergegeven worden in scores. Je scoort de ernst (de status) van de signalen/symptomen, kennis en gedrag. Voor alle drie scoor je zowel de huidige als de gewenste situatie.

Interventies

De interventies bestaan uit twee aspecten: [soort actie en actievlak](#).

Soort actie

- Adviseren/instrueren/begeleiden
- Behandelen
- Casemanagen
- Monitoren/bewaken

Actievlak:

76 actievlakken

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFEENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



OMAHA SYSTEM, ALGEMEEN EN RELATIE TOT KLINISCH REDENEREN

De theorie

Relatie tot klinisch redeneren

RELATIE TOT KLINISCH REDENEREN

Omaha System is een systeem dat de verschillende stappen in het verpleegkundig proces vastlegt. Zo'n classificatie helpt je ook om je gedachten te ordenen en te zorgen dat je geen stappen vergeet. Maar het vervangt niet het klinisch redeneren. Klinisch redeneren is veel breder, zoals omschreven in hoofdstuk 1. Klinisch redeneren vraagt veel denkwerk, goed redeneren en de juiste besluiten nemen. Klinisch redeneren kan niet zonder kennis, vaardigheden en ervaring. Alleen door goed klinisch te redeneren kun je Omaha System adequaat toepassen.

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

Van de burger wordt verwacht dat hij zelfredzaam is, zijn eigen regie voert, in zijn kracht gezet wordt. Dit heeft gevolgen voor de zorgverleners in de wijk: preventie, stimuleren van zelfredzaamheid en wijkgericht werken krijgen meer aandacht.

[Zie kwaliteitskader wijkverpleging](#)

Ook intramuraal wordt van cliënten verwacht dat ze zoveel mogelijk zelf doen en mantelzorgers worden gevraagd een bijdrage te leveren.

[Zie kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#)

Zorg die niet meer noodzakelijk is moet worden afgebouwd. En dat is makkelijker gezegd dan gedaan. Niet elke cliënt wil het weer zelf gaan doen; het vergt soms overredingskracht om hem zover te krijgen.

Eerst even de begrippen op een rijtje:

- **Eigen regie of zelfregie** = zelf bepalen. Volgens Van Dale betekent 'regie': de leiding hebben. Movisie definieert zelfregie als volgt: "het richting geven aan het leven, ook wanneer men een beroep op anderen moet doen voor steun bij zelfredzaamheid of participatie". Zelfregie gaat dus om zelf beslissen over het leven en eventuele ondersteuning daarbinnen. Het gaat om zelf bepalen, niet om zelf doen (bron: www.movisie.nl).
- **Zelfredzaamheid** = het vermogen om het leven in te richten zonder hulp van anderen. Zelfredzaamheid is het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levenssterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg (bron: www.vilans.nl).

- **Preventie** = het geheel van maatregelen gericht op het terugdringen van risico's op ongevallen en ziekten en daarmee het voorkomen of beperken van de gevolgen daarvan; naast het onderscheid in primaire, secundaire en tertiaire preventie is tegenwoordig een gebruikelijkere indeling in universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie; de eerste twee vormen richten zich op groepen mensen (mensen met en zonder risicofactoren), de laatste twee vormen op het individu (bron: Pinkhof Geneeskundig Woordenboek, 2012). Het doel van preventie is dus te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen, maar ook om te voorkomen dat ze ernstiger ziek worden.

Binnen Omaha System vind je deze termen niet letterlijk terug, maar worden de termen actueel, potentieel en gezondheidsbevordering gebruikt. De laatste twee termen kun je voor preventie gebruiken. Maar je kunt er binnen Omaha zeker ook nog op andere manieren aandacht aan besteden:

- Ga bij de assessment na in hoeverre de cliënt zijn eigen regie (deels) kan voeren en hoe zijn zelfredzaamheid kan worden vergroot.
- Besteed hier ook aandacht aan bij de keuze van de aandachtsgebieden.
- Als je de eigen regie of de zelfredzaamheid wilt stimuleren of preventieve acties in wilt zetten, kies dan bij Soort actie AIB, kies je activelak en geef in de toelichting precies aan wat je gaat doen.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN

1. OMAHA SYSTEM EN PREVENTIE/ZELFREDZAAMHEID

Aandacht voor preventie en stimuleren van zelfredzaamheid kan bij elk aandachtsgebied binnen Omaha System. Meestal kies je dan als soort actie AIB (advies, instructie, begeleiding), maar soms is ook MB (monitoren, bewaken) of CM (casemanagement) aan de orde.

Op de volgende pagina's zijn 4 voorbeelden opgesomd (uit voorbeeldzorgplannen) van preventieve zorg en stimuleren van zelfredzaamheid.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

1. Bij een cliënt met CVA

Aandachts-gebied	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Fysieke activiteit	AIB	Oefening en beweging	Advies en voorlichting over: <ul style="list-style-type: none"> Belang van actief en passief bewegen, onder andere kracht en balans. Belang van zoveel mogelijk zelf doen (voorkomen van achteruitgang, behoud van functies). Energiemanagement.
Geestelijke gezondheid	AIB	Copingsvaardigheden	Begeleiding bij: <ul style="list-style-type: none"> Acceptatie en verwerking. Gevolgen van CVA (cognitieve stoornissen, communicatieproblemen, parese, vermoeidheid, enz.). Stoornissen in gedrag en emoties: verlies interesse, verminderde sociale vaardigheden, agressiviteit, angst, depressiviteit, prikkelbaarheid en persoonlijkheidsveranderingen. Ondersteuning zelfmanagement.



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

2. Bij een cliënt met ernstige hartproblemen

Aandachts-gebied	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Cognitie	MB	Signalen/ symptomen-fysiek	Monitoren: <ul style="list-style-type: none"> Cognitieve stoornissen (lijkt bij veel cliënten met hartfalen voor te komen en neemt toe met ernst van hartfalen; vasculaire risicofactoren zijn zowel risicofactoren voor het ontwikkelen van hartfalen als voor cognitieve stoornissen en dementie).
Mantelzorg	AIB	Copingsvaardigheden	Advies, instructie en begeleiding bij: <ul style="list-style-type: none"> Acceptatie en verwerking Gevolgen van hartfalen Omgaan met de gevolgen Aangeven belang van: behoud van een optimale lichamelijke conditie (binnen de gegeven mogelijkheden), vermindering van gedrag dat de ziekte nadelig kan beïnvloeden, opmerken van vroege symptomen van verslechtering Wanneer professionele hulp moet worden ingeroepen



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFEENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

3. Bij een cliënt met diabetes die je zelf wilt leren spuiten

Aandachts-gebied	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Medicatie	AIB	Medicatie-toediening	Instructie: <ul style="list-style-type: none"> • Injecteren insuline • Opslag insuline • Toediening Glucagon • Ondersteuning zelfmanagement
Circulatie	CM	Continuïteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking met/verwijzing naar andere disciplines: onder andere huisarts, specialist, diabetesverpleegkundige, POH, diëtist, psycholoog, apotheker, pedicure, podotherapeut en voetenteam.

4. Bij een cliënt met elastische kousen die je zelf wilt leren zijn elastische kousen aan te trekken

Aandachts-gebied	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Circulatie	AIB	Overigen	Instructie cliënt en/of mantelzorg: <ul style="list-style-type: none"> • Gebruik hulpmiddel om zelf elastische kousen aan te trekken. • Vervang elastische kous als deze versleten is (levensduur 3 - 9 maanden). • Lopen zoveel mogelijk beperken en benen omhoog voordat steunkous aangetrokken is. • Trek de elastische kous niet direct na het douchen aan. Het is nog beter om 's avonds te douchen. • Gebruik geen talkpoeder, smeet het been niet in voor het aantrekken van de kous. • Trek niet aan de boord van de kous.



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

2. ZELFREDZAAMHEIDSRADAR

De ZelfredzaamheidsRadar is een breed gebruikt instrument om de zelfredzaamheid van je cliënt in kaart te brengen en samen te bedenken hoe je die kunt verbeteren, met en zonder hulpmiddelen of slimme technologie. De ZelfredzaamheidsRadar bestaat uit 15 domeinen (continentie, aankleden, mobiliteit, leervermogen, etc.) die je een cijfer (tussen 1 en 5) kunt geven. Als de cliënt op een bepaald domein lager scoort ga je zoeken naar verbeteringen.

De radar is ook digitaal beschikbaar:

www.zelfredzaamheidsradar.nl

Scoort de cliënt slecht op een bepaald domein van de zelfredzaamheidsradar en zie je mogelijkheden om die zelfredzaamheid te vergroten, kies dan een bijpassend aandachtsgebied binnen Omaha System.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Bijvoorbeeld:

Domein Zelfredzaamheidsradar	Aandachtsgebied Omaha System	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Aan- en uitkleden	Persoonlijke zorg	AIB	Persoonlijke hygiëne	<ul style="list-style-type: none"> Stimuleren cliënt om zoveel mogelijk zelf te doen. Oefenschema opstellen: kleine stapjes, onder begeleiding
Contact anderen	Sociaal contact	MB	Signalen/symptomen mentaal/emotioneel	<ul style="list-style-type: none"> Monitoren signalen van sociaal isolement.
Contact anderen	Sociaal contact	AIB	Supportgroep	<ul style="list-style-type: none"> Lotsgenotencontact, dagbesteding, club in de buurt



PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

De theorie

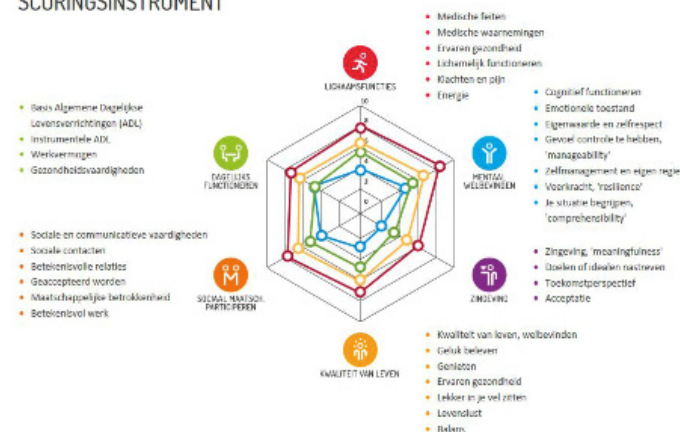
Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

3. POSITIEVE GEZONDHEID

Machteld Huber introduceerde het concept [positieve gezondheid](#) in Nederland in 2012. In deze opvatting wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de lichamelijke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Het gaat om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te kunnen gaan.

Op de website van positieve gezondheid vind je het begrip Positieve Gezondheid uitgewerkt in 'het spinnenweb'. Er zijn zes dimensies op gebied van gezondheid waarmee welzijn wordt vastgelegd. Lichaamsfuncties, mentale functies en -beleving, spiritueel/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.

SCORINGSINSTRUMENT



Hoe werkt het?

- Je beoordeelt zelf met een rapportcijfer hoe tevreden je bent met je functioneren op de 6 assen. Zo ontstaat jouw 'gezondheidsoppervlak'.
- Op welk punt zou je iets zou willen verbeteren en daarmee je gezondheidsoppervlak vergroten? Weet je hoe je dat zou willen doen? Het invullen zet je aan het denken en geeft inzicht in wat voor jou belangrijk is. Dat geldt ook voor cliënten!

Het '[spinnenweb](#)' is een scoringsinstrument dat nog in ontwikkeling is. Gebruik het om op een andere manier naar gezondheid te kijken. Het helpt om op een andere manier in gesprek te gaan met cliënten over wat ze belangrijk vinden. Afhankelijk van de uitkomst kies je een passend aandachtsgebied binnen Omaha System.

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

“You and your clients are partners” (Martin, 2005)

VERTROUWEN OPBOUWEN

Zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt, zijn directe omgeving en de zorgverlener. Het begint met vertrouwen opbouwen. Alleen dan krijg je als zorgverlener voldoende informatie van de cliënt en de mantelzorger; alleen dan ervaart de cliënt dat hij in goede handen is. Besteed tijd en aandacht aan het opbouwen van dat vertrouwen; dat gaat niet van de ene op de andere dag.

RELATIE CLIËNT – PROFESSIONAL

De relatie tussen cliënt/mantelzorger en zorgverlener wordt gekenmerkt door respect voor de eigenheid van de cliënt, door empathie, door vertrouwelijkheid. De zorgverlener heeft een professionele houding met een goede balans tussen afstand en nabijheid. De cliënt brengt zijn eigen ervaringsdeskundigheid en vragen in; de zorgverlener kennis en professionaliteit.

Ook Omaha System gaat ervan uit dat er altijd een relatie is tussen een professional en een cliënt/persoon. Samen kom je tot de aandachtsgebieden en de scores.

Problemen verwoorden

Niet elke cliënt is in staat goed te verwoorden wat zijn probleem is of hij vindt dat er überhaupt geen probleem is. Karen Martin (VS) onderscheidt twee groepen cliënten: clients ‘who own their problem’ and clients ‘who do not own their problem’. Met mensen met een goede geestelijke gezondheid kun je in ‘partnership’ werken. Voor deze mensen en hun familie biedt het Omaha System houvast voor het bespreken van de huidige situatie en helpt het de zorgverlening gericht te beschrijven wat er aan de hand is. Het Omaha System biedt vervolgens ook een handvat voor het beschrijven van de mogelijke acties. Samen met de cliënt brengt de zorgverlener de huidige en de gewenste uitkomsten in beeld en bewaakt ze dat de acties hieraan bijdragen. In de praktijk blijkt dat mensen de begrippen van het Omaha System snel snappen.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN & TEAMS

1. GOED IN GESPREK

Een goed gesprek is meer dan luisteren en praten. Het is open staan voor de ander, aandacht hebben, luisteren zonder vooroordeel, de vraag achter de vraag vinden, de juiste vragen stellen. Alleen in een goed gesprek krijg je voldoende informatie van je cliënt, mantelzorger, andere zorgverleners of van je collega's. Op www.zorgvoorbeter.nl, thema [Goed in gesprek](#), vind je veel handige tips. Een aantal staan hiernaast opgesomd.

- Gebruik LSD: Luisteren, Samenvatten en Doorvragen
- Laat OMA thuis: stel Oordelen, Mening en Aannamen uit
- Neem ANNA mee: Altijd Navragen, Nooit (zomaar) Aannemen
- Smeer NIVEA: Niet Invullen Voor Een Ander
- Wees een OEN: Open, Eerlijk en Nieuwsgierig

Hier vind je toepasselijke [filmpjes](#)

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

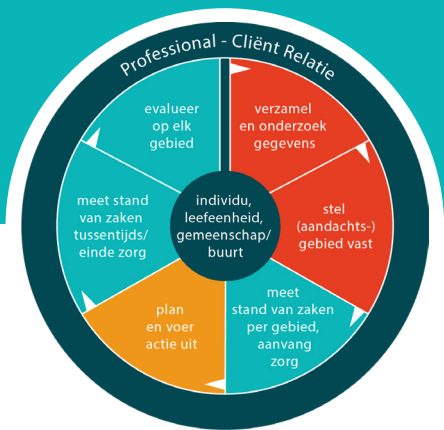
PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSE/EINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Soorten vragen	Hoe?
Open vragen	Met open vragen laat je de ander zonder terughoudendheid praten en verzamel je brede, algemene informatie. Je creëert een betere verstandhouding. Bijvoorbeeld: Hoe vindt u dat het gaat? Hoe voelt u zich vandaag?
Gesloten vragen	Gesloten vragen zijn geschikt als je in korte tijd specifieke informatie wilt verzamelen. Ze geven vaak alleen de informatie waarom je gevraagd hebt. Ze sturen het gesprek en ze zorgen dat je recht op je doel afgaat. Bijvoorbeeld: Wat vind je het leukst op je werk, project A of B? Wilt u nog koffie?
Suggestieve vragen	Een suggestieve vraag stuurt bewust naar de antwoordmogelijkheden 'ja' of 'nee'. Bij een suggestieve vraag klinkt in je vraag het gewenste antwoord al door. Bijvoorbeeld: U twijfelt dus aan...? U wilt zeker geen koffie meer?
Controle vragen	Vraag of alles duidelijk is of het goed is overgekomen. Dat geeft je de kans bij te sturen als het nodig is. Een controlevraag stel je om erachter te komen of je begrijpt wat de ander bedoelt. Bijvoorbeeld: Heb ik dit voldoende toegelicht? Herkent u wat ik zeg? Bent u het met mij eens, dat....?

Tabel verschillende soorten vragen



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

2. OMAHA SYSTEM IN CLIËNTTAAL

Omaha System is een classificatiesysteem voor zorgverleners. Termen die gebruikt worden zijn niet altijd meteen helder voor cliënten. Zorgverleners zullen een en ander uit moeten leggen. In dit overzicht vind je een omschrijving van Omaha System begrippen in cliënttaal.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

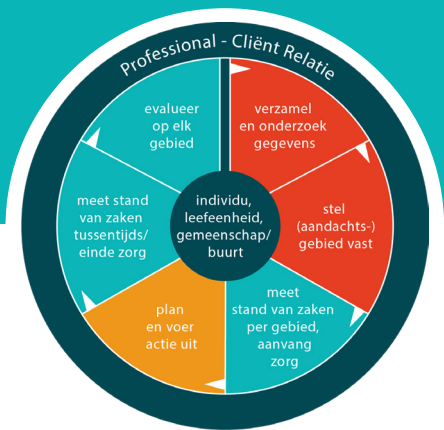
PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Tabel begrippen Omaha System

Omaha-term	Cliëntterm
Omgevingsdomein	Huis, buurt en werkplek
Buurt/werkplek veiligheid	Woont en werkt in een veilige omgeving zonder verhoogd risico op ziekte of verwonding
Inkomen/financiën	Heeft voldoende geld om rond te komen
Omgevingshygiëne	Woont en werkt in een schone omgeving zonder verhoogd risico op infecties of ziekte
Woning	Woont in een veilige en verzorgde woning
Psychosociaal domein	
Communicatie met maatschappelijke voorzieningen	Heeft contact met scholen, bedrijven, instellingen en gemeente over informatie, diensten en middelen
Geestelijke gezondheid	Kan zich aanpassen aan veranderingen in het leven in contact met anderen
Groei en ontwikkeling	Groei en ontwikkeling komen overeen met leeftijd en levensloop
Interpersoonlijke relaties	Onderhoudt relaties met familie, vrienden, collega's



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

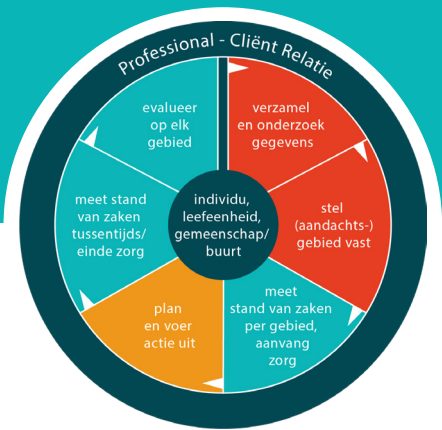
MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Omaha-term	Cliëntterm
Mantelzorg/zorg voor kind of huisgenoot	Ondersteunt een kind of familielid dat zorg nodig heeft
Mishandeling/misbruik	Heeft te maken met geestelijk, lichamelijk of seksueel geweld
Rolverandering	Rolverandering
Rouw	Heeft gevoelens van rouw en verdriet bij verlies
Seksualiteit	Houding, gevoelens en gedrag bij seksualiteit en intimiteit
Sociaal contact	Onderhoudt contact met familie, vrienden, collega's
Spiritualiteit	Vindt troost in geloof, religie waarden en zingeving
Verwaarlozing	Komt tekort op het gebied van voedsel, onderdak, kleding, zorg of aandacht
Fysiologisch domein	
Ademhaling	In- en uitademen
Besmettelijke/infectieuze conditie	Heeft een besmettelijke ziekte en kan deze overdragen op anderen
Bewustzijn	Is zich bewust van zijn omgeving en ervaart prikkels
Circulatie	Bloeddruk en hartfunctie functioneren goed
Cognitie	Kan informatie opnemen, erover nadenken en het verwerken



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Omaha-term	Clïëntterm
Darmfunctie	Hoe de darmen werken en afvalstoffen het lichaam verlaten
Gehoor	Kan goed horen
Geslachtsorganen	Heeft problemen met seksualiteit, voortplanting of de overgang
Huid	Heeft een gezonde huid zonder doorligwonden, ontstekingen, jeuk of uitslag
Mondgezondheid	Heeft een gezond gebit
Neuro/musculaire skeletfunctie	Kan spieren en botten goed bewegen
Pijn	Pijn
Postnataal	Heeft klachten die verband houden met de bevalling
Spijvertering/vochthuishouding	Eet en drinkt goed
Spraak en taal	Kan goed spreken en begrijpt wat gezegd wordt
Urinewegfunctie	Heeft een ontsteking aan de blaas of urineleider
Zicht	Kan goed zien
Zwangerschap	Heeft klachten die verband houden met de zwangerschap



RELATIE ZORGVERLENER – CLIËNT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFGEENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Omaha-term	Cliëntterm
Gezondheidsgerelateerd gedragsdomein	
Fysieke activiteit	Beweegt voldoende gedurende de dag
Gebruik van verslavende middelen	Gebruikt middelen die de stemming beïnvloeden en afhankelijkheid of ziektes veroorzaken
Gezinsplanning	Weet hoe je een zwangerschap kunt plannen
Gezondheidszorg supervisie	Kan de regie houden over en voelt zich verantwoordelijk voor het zorgbehandelplan
Medicatie	Weet welke medicatie hij nodig heeft en houdt zich aan de voorschriften
Persoonlijke zorg	Houdt lichaam en kleding schoon
Slaap- en rustpatronen	Heeft een goed ritme tussen dag en nacht
Voeding	Kiest gezond voedsel

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl



INDIVIDU, LEEFMEENSCHAP, GEMEENSCHAP/BUURT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

Het individu (de cliënt), de leefgemeenschap (cliënt en mantelzorg) of de gemeenschap/buurt staan centraal in de zorg, ook bij Omaha System. Hun wensen, behoeften, verlangens en mogelijkheden zijn het uitgangspunt.

Gedurende het hele zorgproces worden de cliënt en de mantelzorger betrokken bij de zorg. Wat is de hulpvraag? Wat is de vraag achter de vraag? Wat zijn wensen, behoeften en mogelijkheden? Wat wil de cliënt bereiken? Welke zorg is daarvoor nodig? Hoe is de voortgang? Wat betekent dit voor de zorg? Voortdurend observeer en evalueer je en pas je de zorg aan als dat nodig is.

Maar de zorg is niet 'U vraagt, wij draaien'. Goede zorg is een afweging tussen:

- wensen, verlangens, behoeften en mogelijkheden van de cliënt
- wat professioneel gezien nodig is
- financiële en organisatorische mogelijkheden.

Omaha System heeft als binnenste cirkel niet cliënt, maar individu, leefgemeenschap, gemeenschap/buurt. Omaha System richt zich dus niet alleen op de cliënt, maar ook op zijn omgeving. Zijn directe omgeving (naasten, mantelzorgers) en de omgeving waarin hij woont en leeft (gemeenschap, buurt, wijk).

Het Omaha System biedt de mogelijkheid zorg vast te leggen voor een leefgemeenschap (gezin, groep personen die samenleven) of buurt (groep, buurt of ander geografisch gebied).

In de zorg voor de cliënt is zijn steunsysteem onontbeerlijk. Het is het netwerk om de cliënt heen, bestaande uit mantelzorgers, vrijwilligers maar ook maatschappelijke voorzieningen en bijvoorbeeld patiëntenorganisaties. Benut dat netwerk zo goed mogelijk en inventariseer hoe het in elkaar zit en waar het versterkt kan worden.

Er kunnen hiervoor een aantal aandachtsgebieden gekozen worden, bijvoorbeeld:

- Communicatie met maatschappelijke voorzieningen
- Inkomen / financiën
- Interpersoonlijke relaties
- Mantelzorg voor kind / huisgenoot
- Sociaal contact

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFMEENSCHAP, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP/BUURT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN

1. SOCIAAL NETWERK VAN DE CLIËNT

Cliënt in kaart brengen

Vind hier [hulpmiddelen](#) voor het in kaart brengen van het netwerk van een cliënt. Hieronder ziet u hoe een cliënt in kaart kan worden gebracht.

Mantelscan

De '[MantelScan](#)', een instrument voor professionals om samen met zorgvragers en mantelzorgers een zorgnetwerk in kaart te brengen, waarbij aandacht is voor de kracht en risico's van dat netwerk.

2. HET SOFA-MODEL

Mantelzorgers kunnen verschillende rollen vervullen: die van collega, cliënt, naaste en expert. Van medewerkers vraagt dit dat zij hun benaderingswijze kunnen aanpassen op deze verschillende rollen.

- Met de mantelzorger als collega moet je **Samenwerken**
- De mantelzorger als cliënt moet je **Ondersteunen**
- De mantelzorger als naaste moet je **Faciliteren**
- Met de mantelzorger als expert moet je **Afstemmen**.

Samenwerken

Eén van de rollen van een mantelzorger is de rol van samenwerkingspartner. In deze rol is de mantelzorger actief als zaakwaarnemer, tolk en verzorger van de cliënt. Communiceren met de mantelzorger draait hierbij om één centrale vraag: "Wat kunnen we samen doen om tot een zo goed mogelijk herstel van het hersenletsel te komen?"

Ondersteunen

De mantelzorger kan zich ook voordoen in de gedaante van een 'schaduwcliënt'. Communiceren met de mantelzorger bestaat in deze rol veelal uit het oppikken van signalen. Signalen als overbelasting geven de professionele zorgverlener aan dat er ondersteuning gewenst is.

Faciliteren

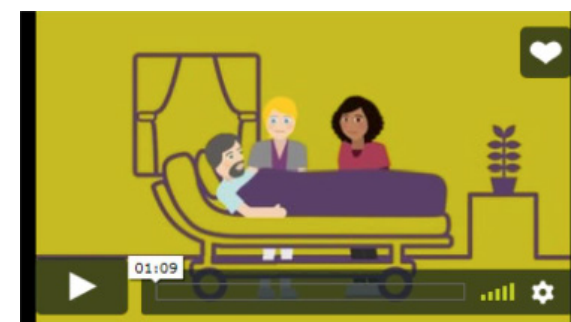
Communiceren met de mantelzorger betekent ook dat er voorwaarden worden gesteld om de persoonlijke relatie van de cliënt en diens familie zoveel mogelijk intact te houden. Dit wordt uitgelegd onder het woord faciliteren.

Afstemmen

Afstemmen vormt het vierde en laatste werkwoord van SOFA. Waar voortdurende communicatie over behoeften, zorgen en successen van cliënt en mantelzorger onder de aandacht komt.

Dit is de kern van het SOFA-model (Twigg et al., 1994, Carers perceived policy and practice in informal care).

Filmpje de 4 rollen van een mantelzorger



Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



VERZAMEL EN ONDERZOEK GEGEVENS

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

Het verzamelen en onderzoeken van de gegevens gebeurt bij de start (intakegesprek, indicatiegesprek, assessment) en doorlopend gedurende het hele zorgproces.

VERZAMELEN EN ONDERZOEKEN GEGEVENS

1. Bij de start

Tijdens het eerste gesprek met de cliënt (en mantelzorger) verzamel je zoveel mogelijk gegevens over de cliënt. Soms zijn er meer gesprekken nodig. Niet elke cliënt laat meteen het achterste van zijn tong zien en bovendien moet je eerst wat vertrouwen opbouwen.

Naast de hulpvraag en het verhaal van de cliënt komen de anamnese, de zelfredzaamheid en de eigen regie aan bod. In hoofdstuk 1 bij Gegevens verzamelen vind je hierover meer informatie.

Ook bij Omaha System staat of valt alles met een goede gegevensverzameling. Je kunt hier bijvoorbeeld het Assessmentformulier voor gebruiken. Alleen als je voldoende gegevens verzameld hebt, kun je bepalen aan welke gebieden je aandacht moet besteden. Investeer dus tijd en energie in deze stap van gegevensverzameling en aan het leren kennen van de cliënt. Maak een goede beschrijving in het zorgdossier (in elk dossier heet dit weer anders: anamnese, cliëntschets, cliëntkarakteristiek, levensverhaal, persoonlijk verhaal). De anamnese en het verhaal van de cliënt zijn niet alleen het uitgangspunt bij het vaststellen van de benodigde zorg, maar zijn ook van belang voor iedereen die de zorg gaat verlenen aan die cliënt.

2. Doorlopend

Gedurende het hele zorgproces kan er iets veranderen in de cliëntsituatie. Opname in het ziekenhuis, verslechtering van de situatie, vallen, een mantelzorger die uitvalt. Al deze aspecten kunnen invloed hebben op de zorgverlening. Pas steeds de beschrijving aan zodat dit altijd actueel is en de zorgverlener weet wat er met deze persoon aan de hand is. Pas de zorg aan op basis van de veranderingen.

RISICOSIGNALERING

Risicosignalering is altijd en overal noodzakelijk, bij elke cliënt. Het is niet afhankelijk van het classificatiesysteem dat je gebruikt. Ook bij Omaha System is het dus belangrijk.

Gedurende het hele zorgproces is de zorgverlener alert op wat er met de cliënt gebeurt. Gaat het goed met hem? Treden er veranderingen op? Werken de interventies? Loopt hij risico? Welke (andere) problemen kunnen zich aandienen? Zijn er signalen waar ik op in moet spelen? Wat kan ik doen om problemen te voorkomen? Welke preventieve acties moet ik inzetten? In de definitie van klinisch redeneren van Lambregts staan niet voor niets risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning en monitoring genoemd.

Van Straalen omschrijft het als volgt:

- Risico-inschatting: de verpleegkundige weet op basis van kennis welke mensen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van bepaalde problemen. Afhankelijk van de risico-inschatting zal de verpleegkundige in veel situaties preventieve maatregelen in gang zetten.
- Vroegsignalering: de verpleegkundige weet dat veel problemen zich aandienen met voortekenen of vroege

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



VERZAMEL EN ONDERZOEK GEGEVENS

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

symptomen; zij kent die en kan daardoor tijdig een probleem signaleren.

- Probleemherkenning: de verpleegkundige richt zich op een groot aantal problemen dat zich bij heel verschillende mensen in tal van verschillende situaties kan voordoen, variërend van problemen met voeding en uitscheiding tot problemen in de sociale context. Zij kent de uitingsvormen van deze problemen en kan ze objectiveren.
- Monitoring: de verpleegkundige monitort de werkzaamheid van de interventies en volgt het beloop van de ziekte, de aandoening of de behandeling.

Risicosignalering is voortdurend op alert zijn, voortdurend observeren, voortdurend de juiste vragen stellen.

Vragenlijsten, checklists en signaleringsinstrumenten kunnen heel handig zijn bij risicosignalering, maar zijn niet meer dan hulpmiddelen. Je zult ook zelf moeten blijven kijken, luisteren en actie ondernemen.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



VERZAMEL EN ONDERZOEK GEGEVENS

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN

1. HULPMIDDELEN VOOR INDICATIESTELLING

V&VN ontwikkelde een [toolbox](#) voor wijkverpleegkundigen met hulpmiddelen voor indicatiestelling.

2. GEBRUIK VAN RISICOSIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Signaleringsinstrumenten kunnen handig zijn als hulpmiddel. Gebruik bijvoorbeeld de SNAQ als je vermoedt dat iemand ondervoed is of dreigt te raken. Je vult de SNAQ in en als blijkt dat de cliënt ondervoed is, is er mogelijk een zorgvraag.

In Omaha-termen: je kiest het aandachtsgebied Voeding.

3. OVERZICHT SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

(Wijk)verpleegkundigen en verzorgenden kunnen verschillende instrumenten gebruiken die het zorgproces ondersteunen. [Hier](#) vind je een overzicht met een selectie van instrumenten die ingezet kunnen worden.

In het overzicht wordt aangegeven wat de meest voor de hand liggende aandachtsgebieden en actievlakken zijn waar het instrument voor gebruikt kan worden. Bijvoorbeeld de Bradenschaal of TIME bij aandachtsgebied huid, de DOS bij verdenking delier (aandachtsgebied cognitie) of het rode vlaggen instrument bij aandachtsgebied medicatie. Overleg met je ECD leverancier om de instrumenten in je ECD te laten zetten.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Voorbeeld aandachtsgebied Voeding

Aandachts-gebied	Soort actie	Actievlak	Toelichting
Voeding	AIB	Voeding, beleid/balans	Advies en voorlichting over: <ul style="list-style-type: none"> Gezonde voeding (Onder)gewicht Bij ondervoeding (BMI 21 of minder, ongewenst gewichtsverlies of lage vetvrije massa) dieetinterventie gecombineerd met een inspanningsinterventie: verwijst naar diëtist.
Voeding	CM	Voeding, beleid/balans	Samenwerking met/verwijzen naar diëtist.
Voeding	CM	Zorg door	Inschakelen diëtist voor gezonde voeding bij dreiging ondervoeding.



VERZAMEL EN ONDERZOEK GEGEVENS

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

MEER WETEN?

Haaren, E. van, Halem, N. van, Groot, S. (2016). Risicosignalering in de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Handreiking Zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen
www.vilans.nl

Straalen, van L. en Schuurmans, M. (redactie). (2016). Klinisch redeneren voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

[Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en samenvatting](#)

[Normenkader verpleegkundige indicatiestelling, V&VN, 2014.](#)

[Voorbeeldzorgplannen](#)

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

AANDACHTSGEBIEDEN BEPALEN

Je hebt gegevens verzameld bij de cliënt, de mantelzorger, eventueel bij andere zorgverleners. Je hebt de overdracht gelezen. Je hebt de cliënt en zijn omgeving geobserveerd. Zo heb je een goed beeld van de cliëntsituatie gekregen. Op basis daarvan ga je bepalen wat de problemen zijn; in Omaha System-termen: de aandachtsgebieden. Omaha System kent 42 aandachtsgebieden verdeeld over vier domeinen (omgevingsdomein, psychosociaal domein, fysiologisch domein, gezondheidsgerelateerd gedragsdomein).

KENMERKEN EN SIGNALLEN/SYMPTOMEN VASTSTELLEN

Van elk aandachtsgebied stel je vervolgens de kenmerken vast:

- Betreft het aandachtsgebied: het individu, de leefgemeenschap of de gemeenschap? Het Omaha System biedt, naast het vastleggen van de zorg voor de individuele cliënt, ook de mogelijkheid zorg vast te leggen voor een leefgemeenschap (gezin, groep personen die samenleven) of buurt (groep, buurt of ander geografisch gebied).
- Gaat het: om een actueel probleem, een potentieel probleem of om gezondheidsbevordering?

Met de signalen en symptomen onderbouw je de keuze van het aandachtsgebied.

Optie 'Overig'

Kies zo min mogelijk voor de optie 'Overig'. Als je voor de optie 'Overig' wilt kiezen, kijk dan eerst of je wel het juiste aandachtsgebied hebt. Als het aandachtsgebied juist is en het juiste signaal staat niet in het rijtje, dan kun je kiezen voor Overig. Geef in de toelichting altijd aan om welk signaal het gaat.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFGEMEENSCHAP, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN

1. DEFINITIES EN VOORBEELDEN

Zie voor definities en voor alle signalen en symptomen:

- Het boek Het Omaha System, een introductie van Nicole Koster en Jeroen Harmsen (2015)
- Of de module Omaha System in jullie ECD
- Of Het Omaha System, gids voor gebruik van Nicole Koster en Jeroen Harmsen (2016) met daarin niet alleen de definities, maar ook veel voorbeelden

2. GEBRUIK VOORBEELDZORGPLANNEN

De Stichting Omaha System heeft voorbeeldzorgplannen ontwikkeld over meer dan 20 ziektebeelden en zorghandelingen. Zorgverleners kunnen ze als hulpmiddel gebruiken bij het assessment en bij de uitvoering van de zorg. Met deze zorgplannen maak je een plan op maat voor een individuele cliënt. Dit betekent dat je bewust kiest wat wel of niet van toepassing is.

De voorbeeldzorgplannen combineren de Omaha-systematiek met inhoudelijke landelijke richtlijnen en expertise uit het veld. Naast gebied-soort actie-actievak staan in de specificatie puntsgewijs de relevante onderdelen van deze landelijke richtlijnen. Zo gebruik je als zorgverlener niet alleen de Omaha-systematiek, maar neem je ook op een eenvoudige en snelle manier kennis van de actuele standaarden en toets je je individuele zorgplan met het voorbeeldzorgplan en de actuele kennis.

Bijvoorbeeld: bij CVA zijn er een aantal problemen die mogelijk gaan spelen en waarop jij bedacht moet zijn. Er is kans op een depressie, het gevaar bestaat dat de mantelzorger te veel overneemt waardoor cliënt alleen maar verder achteruitgaat, schouderpijn treedt veel op. Al deze aspecten vind je bij de specificatie. Als je die doorneemt, kom je alles tegen waar je alert op moet zijn en kun je snel bepalen of dat voor jouw cliënt ook geldt en of je het op moet nemen in je eigen plan.

Neem ze door met je team en met bijvoorbeeld stagiaires. Zo kunnen ze snel de belangrijkste punten uit de landelijke richtlijnen leren kennen.

Je kunt de voorbeeldzorgplan op twee manieren gebruiken:

- Je leest de gekozen aandachtsgebieden en kijkt welke voor jouw cliënt van toepassing zijn.
- Beter is het om te starten bij de specificatie: welke aandachtspunten uit de landelijke richtlijn zijn op mijn cliënt van toepassing en welke aandachtsgebieden passen daarbij?

3. KIEZEN VAN EEN AANDACHTSGEBIED

Om te beginnen, stel jezelf de vraag: 'Waarom kom ik bij deze cliënt, waarom neem ik zorg over?'

Bij de keuze van aandachtsgebieden helpen overwegingen op de volgende pagina in het maken van een keuze.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Wat wil de cliënt?

Misschien is de cliënt nog niet toe aan praten met zijn dochter over hun slechte relatie; misschien ziet de cliënt het nu nog niet zitten om zelf insuline te gaan spuiten, ook al denk jij dat ze dat wel kan; misschien wil die cliënt die vergeetachtig wordt nog niet door jou gedoucht worden en denkt ze dat ze het wel zelf kan.

Niet alles wat jij van belang vindt, is nu belangrijk voor de cliënt. Laat het nog even rusten of neem het op als potentieel aandachtsgebied. Of als actueel aandachtsgebied met de actie Monitoren en Bewaken of de actie Advies, Instructie, Begeleiding.

Met welke aandachtsgebieden kun/moet jij als zorgverlener iets? Wat wil je volgen bij de cliënt?

Welke gebieden wil je monitoren? Dat zijn gebieden waarover je scores en rapportages wilt. Bijvoorbeeld bij een client die incontinent is en een risico heeft op het ontwikkelen van smetplekken scoor je Urineweg-functie. Je scoort (nog) geen Huid, omdat je verwacht dat met de juiste acties (juist incontinentiemateriaal, goede adviezen) te voorkomen is dat er smetplekken ontstaan. Op het moment dat er toch smetplekken komen, maak je het aandachtsgebied Huid aan. Je wilt dat specifiek monitoren en scoren.

Je kunt een aandachtsgebied afsluiten op het moment dat jij er als zorgverlener niets meer mee hoeft, bijvoorbeeld je hebt een cliënt geleerd zelf insuline te spuiten en hij kan het.

Welke risico's loopt de cliënt?

Risicosignalering is een belangrijk onderdeel van het verpleegkundig en verzorgend vak. Door je kennis en ervaring weet je vaak al welke risico's de cliënt in de (nabije) toekomst gaat lopen. Ook door observatie wordt duidelijk waar de gevaren zitten, denk aan een onveilig huis en ongezond gedrag. Des te groter het risico, des te eerder zul je het aandachtsgebied opnemen.

Wat heeft prioriteit?

Je kunt niet alles tegelijk. Maak samen met de cliënt en mantelzorger de keuze over wat prioriteit heeft. Wees reëel.

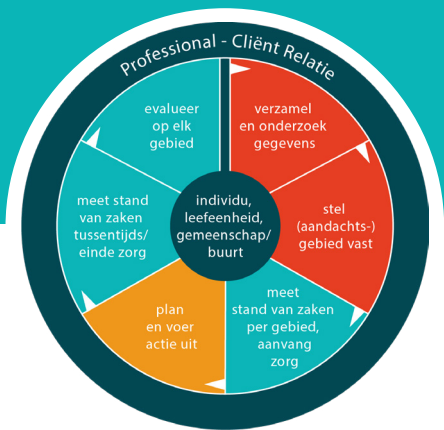
Welke afweging maak je?

Zorg is niet 'U vraagt, wij draaien' maar een afweging tussen wensen, behoeften, mogelijkheden van de cliënt en wat professioneel gezien nodig is en de financiële en organisatorische mogelijkheden.

Is er samenhang tussen signalen/symptomen, aandachtsgebied en scores?

Nadat je de aandachtsgebieden hebt gekozen, stel je de signalen/symptomen vast (zie hierna) en bepaal je de scores (zie hoofdstuk 8).

Als je een bepaald aandachtsgebied gekozen hebt en het blijkt dat de signalen/symptomen die jij waarneemt bij de cliënt niet in het rijtje voorkomen, kun je kiezen voor Overig, maar het kan ook zijn dat je niet het juiste aandachtsgebied hebt gekozen. Overweeg dan een ander aandachtsgebied.



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

Voorbeeldcasus complexe zorg en keuze aandachtsgebieden

De heer Van Pinksteren, 75 jaar, is sinds zijn geboorte doofstom. Hij is nooit naar school geweest, kan niet lezen en schrijven. Hij heeft geen partner en weinig familie, er is een nicht die veel voor hem doet. Sinds 35 jaar woont hij in een pension in Goes. De pensionhoudster kookt elke dag voor alle bewoners en houdt een oogje in het zeil. Zij is ook degene die, in overleg met de nicht van meneer, de wijkverpleging heeft ingeschakeld. Het gaat namelijk slecht met hem. Hij is incontinent van urine (alleen tijdens rust/slappen), het incontinentiemateriaal is niet altijd afdoende ('s ochtends is hij drijfnat), hij heeft een kwetsbare huid op zijn stuit, hij verzorgt zich slecht.

De communicatie met meneer is heel lastig; het kan alleen door middel van gebaren en aankijken. Er is veel geduld nodig. Als hij je niet begrijpt wordt hij boos.

Uitwerking

Domein: Fysiologisch
Aandachtsgebied: Spraak en taal
Kenmerken: Individueel en actueel
Signalen/symptomen: Geen/afwijkend vermogen tot spreken/vocaliseren
 Mist alternatieve vaardigheden / gebaren tot communiceren
Score: SS: 1 --> 1
 Kennis: 2 --> 3
 Gedrag: 2 --> 3
Soort actie: BP
Actievlak: Communicatie
Soort actie: MB
Actievlak: Communicatie

Argumentatie

Spraak en taal zijn een probleem bij deze cliënt. Het is heel lastig communiceren met hem omdat hij doofstom is en ook niet kan lezen. Een complicerende factor is dat de heer snel boos wordt als je hem niet begrijpt of als hij jou niet begrijpt. Het is dus zaak om heel precies en steeds op dezelfde manier iets aan te geven, steeds dezelfde gebaren te maken. Daarom is gekozen voor BP (behandelen en procedures toepassen). Je past namelijk steeds dezelfde procedure toe.

De status van de signalen en symptomen zal niet veranderen; hij blijft doofstom. Maar je kunt wel wat aan zijn kennis en gedrag doen door creatief te zijn: plaatjes opzoeken, gebaren uitproberen, geduldig en aardig te blijven, juiste lichaamstaal. De wijkverpleegkundige wil monitoren of alle collega's op een goede manier met hem omgaan om het juiste resultaat te bereiken (MB). Afstemming met elkaar is daarbij heel belangrijk. Wat lukt wel en wat niet? Wie heeft er goede ideeën?

Uitwerking

Domein: Fysiologisch
Aandachtsgebied: Urinewegfunctie
Kenmerken: Individueel en actueel
Signalen/symptomen: Urine-incontinentie
 Nachtelijk urineren
Score: SS: 1 --> 1
 Kennis: 2 --> 3
 Gedrag: 2 --> 3
Soort actie: BP
Actievlak: Blaas zorg
Soort actie: MB
Actievlak: Blaas zorg
Soort actie: CM
Actievlak: Materialen

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFSTIJL, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEKEN GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Argumentatie

De heer is incontinent van urine, incontinentiemateriaal moet verwisseld worden (BP). Maar eigenlijk is hij alleen tijdens slaap incontinent. De wijkverpleegkundige wil gaan proberen om hem 's nachts een keer te laten wakker (BP) en naar de wc te laten gaan. Ze zal hem dit eerst duidelijk moeten maken (kennis van 2 --> 3). De verwachting is dat hij dan wellicht minder incontinent is (SS van 1 --> 2). Maar hij moet zijn gedrag dan wel aanpassen: van 2 --> 3). De wijkverpleegkundige wil dit monitoren (MB) om te kijken of het werkt.

Ze heeft nog niet voor het aandachtsgebied Huid gekozen. Ze verwacht dat als hij minder incontinent is het ook beter zal gaan met de huid. Mocht de huid toch achteruitgaan dan kiest ze alsnog dit aandachtsgebied.

Uitwerking

Domein:

Gezondheidsgerelateerd

Aandachtsgebied:

Persoonlijke zorg

Kenmerken:

Individueel en actueel

Signalen/symptomen:

Moeite met douchen

Score:

Moeite met wassen onderlichaam/
bovenlichaam

Onprettige geur

SS: 1 --> 2

Kennis: 3 --> 3

Gedrag: 1 --> 2

Soort actie:

BP

Actievlak:

Persoonlijke hygiëne

Soort actie:

AIB

Actievlak:

Persoonlijke hygiëne

Argumentatie

Communicatie is bij deze cliënt erg lastig. Uitleggen wat er van hem verwacht wordt, duidelijk maken waarom persoonlijke hygiëne (douchen, scheren, tandenpoetsen) belangrijk zijn en waarom hij zoveel mogelijk zelf moet doen zijn niet eenvoudig. Dit is in de score meegenomen. De wijkverpleegkundige is al blij als er een kleine verbetering in zit de komende twee maanden. Na twee maanden gaat ze evalueren en kijken of ze meer kan bereiken en de score verder omhoog kan. Ze helpt hem bij douchen (BP), maar wil hem ook stimuleren zoveel mogelijk zelf te doen en zichzelf te scheren (AIB). Goede communicatie met hem is van wezenlijk belang.

4. CASUISTIEKBESPREKING

Bij de tips voor verdieping voor (wijk)verpleegkundigen vind je een casus van de heer Van Pinksteren uitgewerkt. Deze kun je gebruiken bij een casuïstiekbijeenkomst met het team, maar beter is het om een bekende minder ingewikkelde cliënt te bespreken.

Belangrijk bij die bespreking is niet alleen de uitwerking in Omaha System, maar ook de argumentatie. Waarom heb je voor die aandachtsgebieden, soort actie en actievak gekozen? Waarom heb je voor deze scores gekozen? Waar wil je naartoe werken en wat is dan een reële score?

Fimpjes over mooie casussen www.verpleegkunde.net



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

5. HOE NEEM JE RISICO'S OP IN HET ZORGPLAN

In Omaha System heb je verschillende mogelijkheden om risico's op te nemen:

- Het is een risico waar je direct iets mee moet (er zijn signalen en symptomen) een actueel aandachtsgebied, AIB.
- Het is een risico waar je niet direct iets mee moet (er zijn nog geen signalen/symptomen), maar wat je wel gericht in de gaten wilt houden een potentieel aandachtsgebied, géén signalen/symptomen, MB.
- Het is een risico wat mogelijk in de toekomst gaat spelen, maar nu nog niet een potentieel aandachtsgebied, nog geen actie.

Voorbeeld van een cliënt met CVA (uit voorbeeldzorgplan CVA):

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Actueel aandachtsgebied

Circulatie

AIB

Anatomie/fysiologie

Advies, informatie en begeleiding bij:

- Medicatie
- Gezonde leefstijl (stoppen met roken, gezond eten, voldoende bewegen, goede bloeddruk en cholesterolgehalte, enz.)
- Belang van bewegen (cliënt stimuleren zoveel mogelijk zelf te doen)
- Een belangrijke neuropsychologische stoornis als gevolg van een CVA is geen of gebrekkig ziekte-inzicht Ondersteuning zelfmanagement



INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

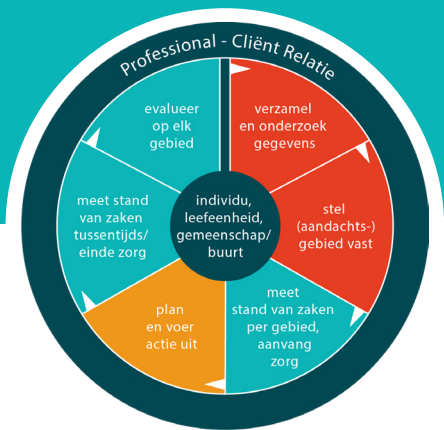
Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

Actueel aandachtsgebied

Geestelijke gezondheid	MB	Signalen/symptomen-mentaal/emotioneel	Monitoren symptomen stemming en depressie: <ul style="list-style-type: none"> Aanhoudende sombere stemming Verlies van interesse of plezier Slaapproblemen (veel of juist weinig) Rusteloos zijn of juist te rustig Gedachten aan de dood of zelfdoding Verandering van eetlust of gewicht Verlies van energie Gevoelens van waardeloosheid Gebruik eventueel een meetinstrument Bewaken zelfmanagement
------------------------	----	---------------------------------------	---

Potentieel aandachtsgebied

Sociaal contact	MB	Signalen/symptomen-mentaal/emotioneel	De heer geeft aan niet eenzaam te zijn, maar kans op sociaal isolement is zeker aanwezig. In de gaten houden.
Slaap en rustpatronen			Op dit moment slaapt de heer goed, maar jij weet als zorgverlener dat bij CVA het slaap-/rustpatroon verstoord kan raken of dat cliënt als gevolg van depressie slaapproblemen kan ontwikkelen. Nu nog geen actie; wel potentieel aandachtsgebied.



STEL AANDACHTSGEBIED VAST

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

6. SPEEL HET OMAHA SYSTEM SPEL

Op welke manier leg je het werken met het Omaha System uit aan studenten? Of aan zorgverleners die net starten? Dit is nog niet zo eenvoudig. Zeker als je niet de beschikking hebt over een ECD. Het Omaha System Spel kan daarbij helpen. Het legt op een unieke manier uit hoe het Omaha System werkt.

Gebaseerd op ervaringen uit de praktijk

Het Omaha System Spel is ontwikkeld naar aanleiding van ervaringen in de praktijk. De spelers hebben in één oogopslag het Omaha System voor zich. Aan de hand van casussen doorlopen de spelers het spel. Het boekje Het Omaha System – een introductie wordt bij het spel meegeleverd. Dit wordt tijdens het spel als naslagwerk gebruikt. Met pionnen geef je de huidige en streefscore weer op status, kennis en gedrag. Het is ook mogelijk om een eigen casus in te brengen, dit maakt het voor de gevorderde speler heel interessant! Ook voor teamevaluatie kan het spel ingezet worden.

Ieder niveau

Kortom: het spel is in te zetten voor ieder niveau. Het niveau van de casus bepaalt de moeilijkheidsgraad. Het spel wijst zich vanzelf. En er is een handleiding, dus het kan makkelijk ingezet worden. Het is leuk om te doen. Je gaat er gewoon mee aan de slag!

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl



INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

SCORES

Status van signalen/symptomen, kennis, gedrag

In Omaha System wordt niet gewerkt met doelen maar met uitkomsten. Deze uitkomsten worden per aandachtsgebied weergegeven in scores op drie terreinen:

- Status van de signalen en symptomen** = hoe ernstig zijn de signalen en symptomen? Signalen en symptomen kunnen objectief en subjectief zijn. Objectief betekent dat je het kunt meten en/of dat meerdere personen dezelfde signalen zien. Subjectief is hoe de cliënt of de zorgverlener het ervaren.
- Kennis** = wat een cliënt weet. Het vermogen van de cliënt om informatie te onthouden, te begrijpen en te interpreteren.
- Gedrag** = wat een cliënt doet. Je verwacht dat het gedrag van de cliënt bijdraagt aan zijn gezondheid, dus dat het gedrag zo is dat de signalen en symptomen minder ernstig worden of dat de cliënt ermee om kan gaan. En dat de cliënt dat wat hij weet over zijn situatie kan omzetten in gedrag dat voor zover mogelijk bijdraagt aan zijn gezondheid.

Er zijn 5 categorieën:

- van meest ernstig naar minst ernstig (status signalen en symptomen)
- van weinig kennis naar veel kennis
- van gedrag dat niet bijdraagt aan de gezondheid tot gedrag wat dat wel doet.

Je scoort alle actuele aandachtsgebieden. Bij Potentiële aandachtsgebieden of bij Gezondheidsbevordering zijn er geen signalen/symptomen. Die kun je dus ook niet scoren. Je kunt wel Kennis en Gedrag scoren, om te zien of deze verbeteren.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

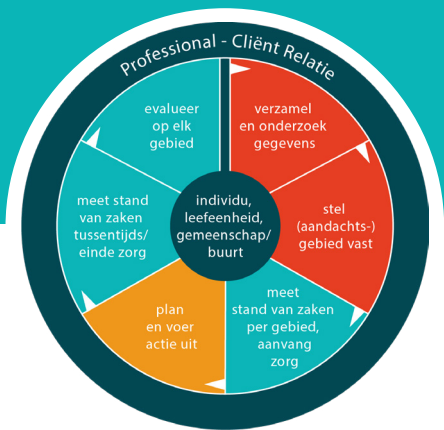
MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Status signalen / symptomen	Kennis	Gedrag
1. Extreme signalen / symptomen 2. Ernstige signalen / symptomen 3. Matige signalen / symptomen 4. Minimale signalen / symptomen 5. Geen signalen / symptomen	1. Geen kennis 2. Minimale kennis 3. Basis kennis 4. Adequate kennis 5. Uitstekende kennis	1. Onjuist gedrag 2. Nauwelijks juist gedrag 3. Onregelmatig juist gedrag 4. Meestal passend gedrag 5. Consistent passend gedrag



MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSE/EINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

Score: huidige en gewenste situatie

Met de scores geef je aan hoe de uitgangssituatie is (huidige situatie) en waar je naartoe wilt werken (gewenste situatie). Hoe is de status/kennis/gedrag nu? En wat wil of kan de cliënt bereiken? Let op! Het gaat om status/kennis/gedrag wat betreft het gekozen aandachtsgebied! Wees hier reëel in. Niet voor iedereen is vooruitgang mogelijk; vaak ben je al blij als je de huidige situatie kunt handhaven en daarvoor acties in zet.

Score: bij start, tussentijds en bij evaluatie

De scores worden bij de start van een aandachtsgebied vastgelegd, maar ook tussentijds (bij wijziging van de zorg) en bij de evaluatie. Je kijkt of je bereikt hebben wat je wilde bereiken. Is er vooruitgang? Hebben we de situatie stabiel kunnen houden? Of is er achteruitgang? Op basis van je bevindingen ga je opnieuw scoren. Soms zul je nieuwe acties in gang moeten zetten om die nieuwe score te bereiken. Met de scores volg je dus het verloop van de cliëntsituatie en de veranderingen bij de cliënt.

Score: ten opzichte van een gezond persoon

Bij het bepalen van de score neem je een gezond persoon voor ogen. Iemand zonder ziektesignalen en -symptomen, met kennis over gezondheid, gemotiveerd om gezond te leven. Zo vertoont iemand die zichzelf niet wast Onjuist gedrag (1) op Persoonlijke zorg, ook al is het een CVA-patiënt met een ernstige halfzijdige verlamming. Gezien het ziektebeeld is het logisch dat hij het niet kan, maar je scoort laag omdat je uitgaat van een gezond persoon.

Score: wat is niet passend gedrag?

Vertoont een MS-patiënt die bedlegerig is "niet passend gedrag"? Maar het is toch passend bij de MS?

Niet passend gedrag =

- iemand kan iets niet = lichamelijk of psychisch niet in staat het juiste gedrag te vertonen

- iemand wil iets niet =
 - heeft er weerstand tegen
 - is niet gemotiveerd
 - heeft bewust gekozen om het niet te doen.

Score: is subjectief

Er zijn geen harde criteria voor de scores. Jouw inschatting hangt af van:

- Informatie van derden: hoe is de prognose?
- Je kennis en ervaring: hoe ontwikkelt het ziektebeeld/de aandoening zich, welke risico's loopt deze cliënt?
- De informatie van de cliënt: wat zijn zijn mogelijkheden, wat wil hij nog, hoe gemotiveerd is hij?
- Je vaardigheden: ben je in staat voldoende informatie te verkrijgen van de cliënt door de juiste vragen te stellen, het vertrouwen te winnen, hem te motiveren?

Bovengenoemde punten zijn subjectief maar als je vervolgens die punten voor jezelf hebt afgewogen dan scoor je vervolgens volgens de uitleg bij de verschillende scores in de Omaha-gids. Deze uitleg moet je soms interpreteren en toepasbaar maken voor jouw cliënt maar als je dat doet dan heb je houvast aan de uitleg.

Hoe werk je naar meer overeenstemming in scores?

Praat over je opvattingen over waarom je kiest voor een bepaalde score met je collega's.

- Scoor eerst ieder voor zich, bijvoorbeeld één aandachtsgebied van een cliënt
- Vertel aan elkaar wat je gescoord hebt en leg uit waarom je een bepaalde score hebt gekozen.
- Onderbouw je keuze, noem je argumenten
- Je hoeft het niet altijd eens te worden, leer van elkaar. Probeer het in ieder geval eens te worden over de richting van de score.



MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN & TEAMS

1. OVEREENSTEMMING KRIJGEN OVER SCORES

Scores zijn een lastig onderdeel van Omaha System, vooral als je net begint met Omaha. Het regelmatig bespreken van een casus en beargumenteren waarom je voor een bepaalde score hebt gekozen, brengt het gesprek op gang en leidt tot verdieping.

Gebruik de Omaha-gids en praat over de scores met je collega's (interbeoordelaarsovereenkomst). Leg aan elkaar uit waarom je die keuze hebt gemaakt. Probeer je argumenten duidelijk voor het voetlicht te brengen – zo kun je van elkaar leren.

2. SPEEL HET OMAHA SYSTEM SPEL

Gebruik het Omaha spel om in gesprek te gaan over scores.



Gebaseerd op ervaringen uit de praktijk

Het Omaha System Spel is ontwikkeld naar aanleiding van ervaringen in de praktijk. De spelers hebben in één oogopslag het Omaha System voor zich. Aan de hand van casussen doorlopen de spelers het spel. Het boekje Het Omaha System – een introductie wordt bij het spel meegeleverd. Dit wordt tijdens het spel als naslagwerk gebruikt. Met pionnen geef je de huidige en streefscore weer op status, kennis en gedrag. Het is ook mogelijk om een eigen casus in te brengen, dit maakt het voor de gevorderde speler heel interessant! Ook voor teamevaluatie kan het spel ingezet worden.

Ieder niveau

Kortom: het spel is in te zetten voor ieder niveau. Het niveau van de casus bepaalt de moeilijkheidsgraad. Het spel wijst zich vanzelf. En er is een handleiding, dus het kan makkelijk ingezet worden. Het is leuk om te doen. Je gaat er gewoon mee aan de slag!

3. UITLEG SCORES AAN DE CLIËNT

De scores uitleggen aan cliënt is lastig. Als jij zegt dat iemand Niet passend of Onjuist gedrag vertoont, zal de cliënt dat niet prettig vinden. Hij betreft het misschien wel op zichzelf, terwijl hij er niet altijd iets aan kan doen. Leg de scores uit in je eigen woorden. Soms kan het handig zijn om andere termen te gebruiken of alleen de getallen van de scores of de kleuren die bij de scores passen.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

4. VOORBEELDEN: ZELFDE CLIËNT, ANDERE SCORES

De scores hangen niet alleen af van de toestand van de cliënt. Met name de gewenste scores kunnen anders zijn als de cliënt een ander besluit neemt. We schetsen hier een MS-cliënt die wel jouw advies op wil volgen en dezelfde MS-cliënt die bewust besluit jouw advies te negeren. Len Voorbroek, MS-cliënt, ze gaat geleidelijk achteruit.

Bij gewenste situatie heb je overal een 5 gescoord. Jij denkt namelijk dat als ze zich houdt aan jouw voorschrift van wissellegging de rode plekken zullen verdwijnen en er geen decubitus zal ontstaan (status naar 5). Haar kennis was al redelijk, maar je weet dat het bij haar mogelijk is om die nog verder op te vijzelen. Je vertelt precies hoe decubitus ontstaat, wat de risicofactoren zijn en wat jullie er samen aan kunnen doen (kennis naar 5). Ze is zeer gemotiveerd om jouw adviezen op te volgen en daarom scoor je op gedrag ook een 5.

1. Ze gaat verder achteruit en ligt een groot deel van de dag op bed. Ze ligt altijd op haar rug, want dat ligt het lekkerst. Op haar stuit ontstaan al rode vlekken. Als je het bij haar navraagt blijkt ze wel wat te weten over de gevaren van doorliggen. Je adviseert haar om regelmatig op haar zij te gaan liggen. Ze zegt dat te gaan doen. Je scoort als volgt:

	Huidige situatie	Gewenste situatie
Status signalen / symptomen	3	5
Kennis	3	5
Gedrag	1	5

2. Maar stel dat het anders verloopt. Ze wil best jouw verhaal aanhoren en je weet ook dat ze het begrijpt, maar ze is niet van plan om het op te volgen. Ze vindt het zo vervelend om op haar zij te liggen dat ze de risico's op decubitus op de koop toeneemt. Wat scoor je dan?

	Huidige situatie	Gewenste situatie
Status signalen / symptomen	3	3
Kennis	3	5
Gedrag	1	3

Je laat het er natuurlijk niet helemaal bij zitten en blijft haar proberen te motiveren tot wissellegging. Misschien dat het af en toe lukt (gedrag 3). Haar kennis heb je wel vergroot, want ook nu heb je uitgelegd wat decubitus is, wat risicofactoren zijn enzovoort (kennis naar 5).

De status van de signalen en symptomen houd je op een 3. Je hoopt dat ze toch af en toe een andere houding aanneemt (je blijft haar motiveren) maar je bestelt ook een ad-matras voor haar en past andere antidecubitusmaatregelen toe. Op die manier hoop je het stabiel te houden (status blijft een 3).

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSE/EINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



PLAN EN VOER ACTIE UIT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

DE THEORIE

Je plant en voert je acties uit (= toepassen Soort actie en Actievlak) en vervolgens ga je [rapporteren](#). Rapporteren binnen Omaha System is niet anders dan bij andere classificatiesystemen of zorgplannen. Na uitvoering van de zorg moet er gerapporteerd worden, van wezenlijk belang voor de overdracht, maar ook om de voortgang van het zorgproces te volgen, risico's te beschrijven en tijdig actie te kunnen ondernemen na gesignaleerde risico's.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

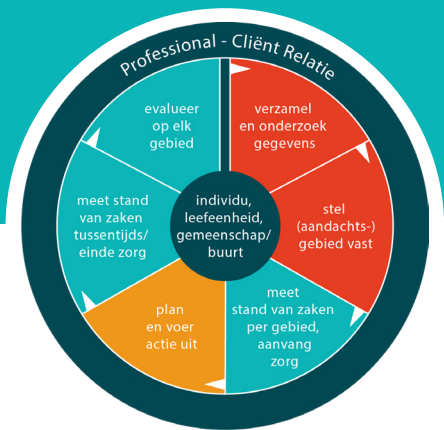
STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



PLAN EN VOER ACTIE UIT

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN & TEAMS

1. SOAP

Het is soms lastig om te bepalen wat je wel of niet moet rapporteren. Afspraken daarover verschillen per organisatie. Verschillen zijn bijvoorbeeld of je wel of niet rapportert als de zorg volgens plan verloopt. De afspraak te rapporteren per aandachtsgebied is gebruikelijk. Rapporteren per aandachtsgebied geeft je snel overzicht wanneer je het zorgplan wil evalueren.

SOAP = Subjectief, Objectief, Analyse en Plan

Het zijn de vier aspecten in een rapportage. Het doorlopen van deze stappen kan je helpen zo volledig mogelijk te rapporteren.

- Subjectief: wat zeggen de cliënt of zijn mantelzorger(s) er zelf van?
- Objectief: wat zijn de observaties van jou als zorgverlener? Welke metingen heb je eventueel gedaan? Wat zijn uitslagen van onderzoek?
- Analyse: wat is er aan de hand?
- Plan: wat is er aan actie ondernomen en wat heeft het opgeleverd?

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

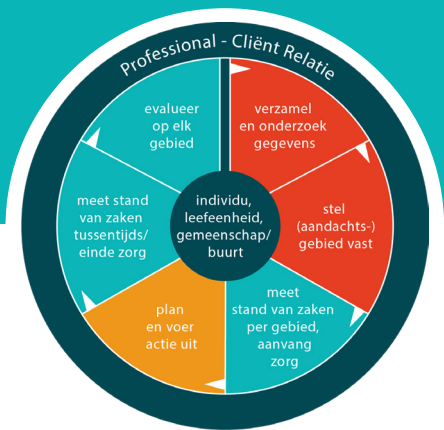
STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



MEET STAND VAN ZAKEN TUSSENTIJDEN / EINDE ZORG

[De theorie](#)

[Tips \(wijk\)verpleegkundigen & teams](#)

DE THEORIE

Bij de stap in het zorgproces: '[meet stand van zaken per gebied](#)', staan theorie en tips over scoren.

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFBAARHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDEN/EINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

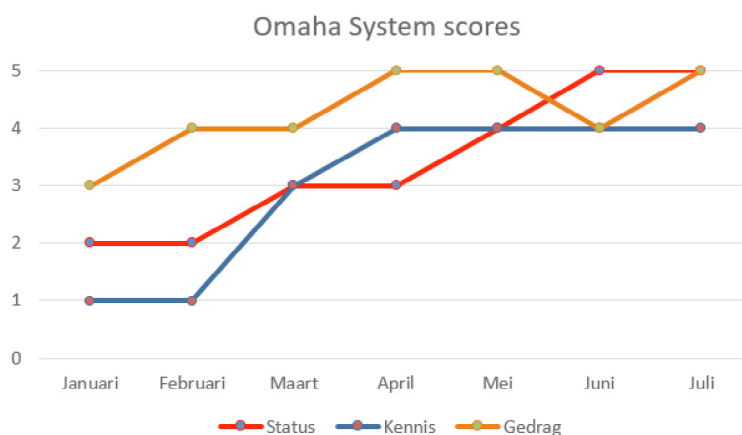
DE THEORIE

Evalueren doe je minimaal 1x per half jaar met je cliënt, maar meestal vaker. Ook tussentijds als er iets verandert of om de voortgang te volgen evalueer je en stel je bij. Bij bijvoorbeeld een wond evalueer je natuurlijk veel eerder dan na een half jaar. Bij elk aandachtsgebied stel je de evaluatiedatum vast.

Bijvoorbeeld:

- Persoonlijke zorg: na een half jaar.
- Huid: na twee weken.
- Medicatie: na vier weken, bijvoorbeeld als je iemand zelf wilt leren insuline te spuiten.

Bij elk evaluatiemoment score je opnieuw. Zo kun je het verloop volgen zoals weergegeven in onderstaande grafiek.



Evalueren doe je niet alleen met je cliënt, maar vaak bespreek je de situatie van de cliënt (casus) ook met collega's (individueel of in teamverband).

Evaluatie met de cliënt

Zoals in de achtergrondinformatie beschreven evalueert de zorgverlener het proces (is de cliënt tevreden) en het product (resultaten). Per aandachtsgebied ga je, samen met de cliënt, na of:

- cliënt tevreden is
- de score behaald is
- zo niet, waarom niet
- of de juiste interventies (soort actie en actievak) waren ingezet
- zo niet, waarom niet.

Op basis van deze bevindingen stel je de nieuwe score vast voor dat aandachtsgebied en bepaal je opnieuw de interventies (soort actie en actievak).

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

TIPS (WIJK)VERPLEEGKUNDIGEN & TEAMS

1. DE VERZORGENDE ALS BELANGRIJKE INFORMATIEBRON

Extramuraal is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor de coördinatie van het zorgproces; intramuraal is dat meestal de eerstverantwoordelijke verzorgende/verpleegkundige. We spreken hier verder over zorgcoördinator. Deze coördinator is verantwoordelijk voor het (bijstellen van het) zorgplan. Om dat goed te doen, heb je als zorgcoördinator informatie nodig over de cliënt. Hiervoor ben je deels afhankelijk van andere zorgverleners, veelal verzorgenden. Zij zijn een belangrijke informatiebron. De juiste informatie krijg je boven tafel door met elkaar te praten over de cliënt, door je zorgen met elkaar te delen. Je kunt dit als zorgcoördinator stimuleren door de juiste vragen te stellen.

1. Vertel eens over deze cliënt.

Wat maakt dat het prettig is om hem te verzorgen?
Wat maakt dat het niet prettig is om hem te verzorgen?

2. Vertel eens hoe een zorgmoment verloopt.

- Wat gaat er goed? Wat is prettig voor jou en voor de cliënt?
- Wat gaat er niet goed? Kun je aangeven waarom niet?
- Hoe reageert de cliënt op jouw aanpak? Kun je voorbeelden geven?
- Hoe is je relatie met de cliënt?
- Weet je wat de cliënt en mantelzorg belangrijk vinden?

3. Hoe is de lichamelijke situatie van de cliënt?

- Wat kan hij nog zelf?
- Wat kan hij niet meer?
- Waar baseer je dat op? Wat zie je concreet in de praktijk?
- Zou hij nog kunnen leren?
- Wat is de rol van de mantelzorg?

4. Hoe is de psychische situatie van de cliënt?

- Wat gaat er goed?
- Wat gaat er niet goed?
- Waar baseer je dat op? Wat zie je concreet in de praktijk?
- Zou verbetering mogelijk zijn?
- Wat is de rol van de mantelzorg?

5. Hoe is de sociale situatie van de cliënt?

- Wat gaat er goed?
- Wat gaat er niet goed?
- Waar baseer je dat op? Wat zie je concreet in de praktijk?
- Zou verbetering mogelijk zijn?
- Wat is de rol van de mantelzorg?

6. Als je een maand terugkijkt, wat is er dan veranderd?

7. Waar maak je je zorgen over? Heb je een niet-pluisgevoel? Loopt de cliënt risico?

8. Hoe is de relatie tussen de cliënt en de mantelzorg?

- Waar baseer je dat op? Wat zie je concreet in de praktijk?

9. Hoe is jouw relatie met de mantelzorg?

10. Moet er volgens jou iets veranderen?

- Wat zou er moeten veranderen?
- Waarom zou het moeten veranderen?
- Waarom nu?
- Welke gevolgen heeft het als we dat veranderen? En als we het niet veranderen?
- Vindt de cliënt ook dat er wat moet veranderen?
- Vindt de mantelzorg dat ook?

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED



EVALUEER UITKOMST PER GEBIED

De theorie

Tips (wijk)verpleegkundigen & teams

2. HOE GA JE IN GESPREK VOOR DE JUISTE INFORMATIE?

Een prettige en ontspannen sfeer waarin jullie respect hebben voor elkaar levert veel meer op dan wanneer het een soort kruisverhoor wordt. De manier waarop je de vragen stelt is van cruciaal belang.

Een aantal tips uit de praktijk:

- Zorg voor een prettige sfeer.
- Neem de zorgverlener mee in het hele zorgproces en in het proces van klinisch redeneren. Leg uit waarom je dingen doet zoals je ze doet.
- Wees geduldig en heb respect voor het werk van de ander en de problemen die zij daarin tegenkomt.
- Geef duidelijk aan dat jij afhankelijk bent van haar informatie en dat jullie samen tot de beste zorg kunnen komen.
- Laat de zorgverlener haar verhaal vertellen en stimuleer zoveel mogelijk informatie te geven, ook haar zorgen en niet-pluisgevoel.
- Vraag door.
- Vraag om voorbeelden; zorg dat het zo concreet mogelijk wordt.
- Stel elke keer dezelfde vragen. Zo gaat de zorgverlener zien welke informatie belangrijk is. Tijdens de zorgverlening zal ze steeds meer op deze aspecten gaan letten en is in staat bij de casuïstiekbepreking relevante informatie te geven.

3. CASUÏSTIEKBESPREKING IN TEAMS

Heel vaak weten zorgverleners, waaronder verzorgenden, goed wat ze in een bepaalde situatie bij een specifiek cliënt doen. Ze zien de cliënt, observeren en trekken snel conclusies over welke zorg de cliënt nodig heeft.

Daar start deze methode. Eerst wordt zorgverleners gevraagd welke zorg ze geven bij een bepaalde cliënt en waarom. Vervolgens wordt gekeken hoe dit terugkomt in het zorgplan met Omaha System. Zorgverleners krijgen inzicht dat hun kennis en inschatting van belang zijn. Dat het maken van een zorgplan niet slechts een taak van de (wijk)verpleegkundige is, maar dat zij daar een onmisbare bijdrage aan leveren. De methode is bedacht door Ronnie Koelen, opleider bij Carinova.

Klik [hier](#) voor de tool voor casuïstiekbepreking in teams.

Heb je tips of aanvullingen? Mail naar info@omahasystem.nl

INTRODUCTIE

Achtergrondinformatie

KLINISCH REDENEREN

OMAHA SYSTEM

PREVENTIE EN ZELFREDZAAMHEID

Het zorgproces

RELATIE ZORGVERLENER / CLIENT

INDIVIDU, LEEFENHEID, GEMEENSCHAP

VERZAMELEN EN ONDERZOEK GEGEVENS

STEL AANDACHTSGEBIED VAST

MEET STAND VAN ZAKEN PER GEBIED

PLAN EN VOER ACTIE UIT

MEET TUSSENTIJDSEINDE ZORG

EVALUEER UITKOMST PER GEBIED