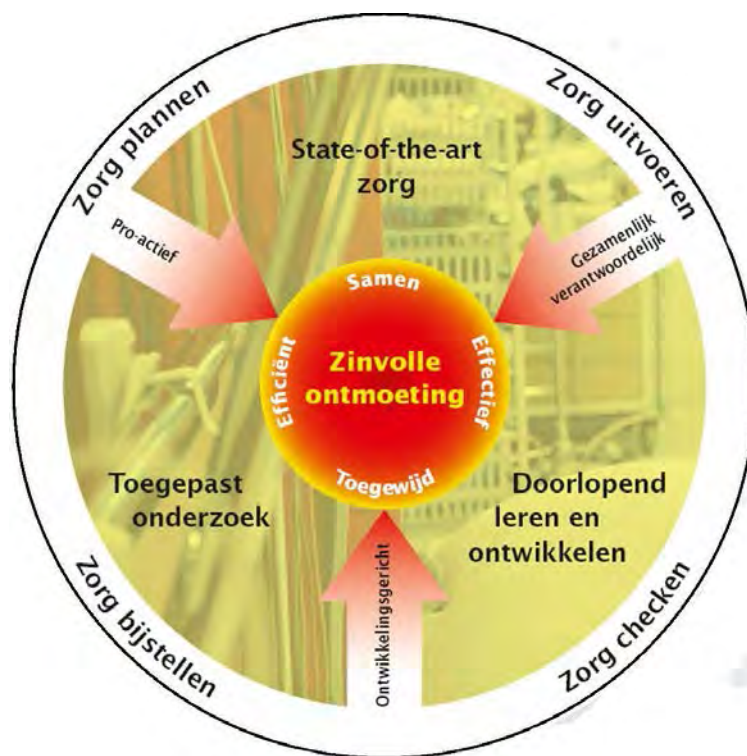


Strategisch kader verpleegkunde

De Verpleegkundige Standaard VUmc

Visie, domein, proces en profiel



Februari 2013; zorgmanagers VUmc

Versiebeheer

Datum	Versie	Aangebrachte wijzigingen	Auteur
10 sept.2012	2.3	- opmerkingen (na) overleg werkgroep 28 juni verwerkt - verzorgen gewist - samenvatting bij kernhoofdstukken - def. procesplaat ingevoegd - gewijzigde managementsamenvatting - DVS VUmc in de praktijk	NV
13 sept. 2012	2.4	Juridisch advies verwerkt + lay out	NV GB JW
1 okt. 2012	2.5	Input uit validatierondes (direct, want evident)	NV
31 dec. 2012	2.6	Input uit validatierondes verwerkt (overig)	GB

Afstemming/validering conceptversie

Datum	Versie	Naam
19 sept. 2012	2.4	Zorgmanagers en stafadviseurs zorg, div. I t/m IV
24 sept. 2012		Verpleegkundige AdviesRaad
26 sept. 2012		Patiëntenparticipatieraad
27 sept. 2012		Hoofden ZE en teamleiders, div. I t/m IV
08 okt. 2012	2.5	Stafconvent
10 okt. 2012		Verpleegkundig specialisten en physician assistants
15 okt. 2012		Senior-verpleegkundigen
15 okt en 13 nov. 2012		Opleiders: Praktijkopleiding, VUmc Academie, IOO
n.t.b.		Vertegenwoordiging P&O

Goedkeuring

Datum	Versie	Naam	Status
21 feb. 2013	2.6	Zorgmanagers	
27 feb. 2013	2.6	Raad van bestuur	

Distributie definitieve versie

Datum	Versie	Naam	Functie en afdeling

Aanpak om te komen tot definitieve versie van De Verpleegkundige Standaard VUmc

De conceptversie van De Verpleegkundig Standaard VUmc is opgesteld door de werkgroep en is besproken met verpleegkundigen, opleiders, leidinggevendenden, artsen en andere direct belanghebbenden in VUmc. Na verwerken van de opmerkingen en suggesties wordt het document ter vaststelling voorgelegd aan de zorgmanagers en raad van bestuur.

Inhoudsopgave

Hfdst		
	Leeswijzer	blz. 4
	Managementsamenvatting	blz. 5
1.	Inleiding en doel document	blz. 6
2.	Aanleiding	blz. 7
	<i>2.1 Totstandkoming van De Verpleegkundige Standaard deel I en II</i>	blz. 7
3.	Voor wie is De Verpleegkundige Standaard VUmc belangrijk?	blz. 8
4.	Verpleegkundig algemeen	blz. 9
	<i>4.1 Het verpleegkundig domein</i>	blz. 9
	<i>4.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden</i>	blz. 9
	<i>4.3 Relatie tussen het verpleegkundig en het geneeskundig proces</i>	blz. 10
5.	Visie op verplegen in VUmc	blz. 12
	<i>5.1 Grondslag verpleegkunde in VUmc</i>	blz. 12
	<i>5.2 Samen met de patiënt</i>	blz. 12
	<i>5.3 Inhoudelijke visie op verplegen</i>	blz. 13
	<i>Basiselementen visie verpleegkunde in VUmc</i>	blz. 14
6.	Het verpleegkundig proces	blz. 15
	<i>6.1 Verpleegkundig klinisch redeneren</i>	blz. 15
	<i>6.2 De processtappen</i>	blz. 16
	Ontmoeten; start van de professionele relatie	blz. 16
	Verzamelen gegevens	blz. 16
	Stellen van de verpleegkundige diagnose	blz. 17
	Opstellen verpleegplan	blz. 18
	Evalueren en evt. bijstellen verpleegkundige zorgresultaten	blz. 21
	Afronden verpleegkundige zorg	blz. 21
	Nazorg	blz. 21
	<i>6.3 Verpleegkundige voortgangsrapportage en overdracht</i>	blz. 21
7.	Classificatiesystemen voor verpleegkundige diagnostiek en interventies	blz. 24
8.	Profiel van de verpleegkundige in VUmc	blz. 27
9.	Tenslotte	blz. 29
	 Bijlage 1: Procesplaat van verpleegkundig proces VUmc	blz. 30
	Bijlage 2: Resultaten van het verpleegkundig proces VUmc per processtap	blz. 32
	Bijlage 3: Gezondheidspatronen volgens Gordon	blz. 33
	Bijlage 4: De Kernset ondersteuningsvragen	blz. 34
	Bijlage 5: Beroepscompetenties verpleegkundige VUmc: de top 3	blz. 35
	Bijlage 6: Samenstelling werkgroep Verpleegkundig proces	blz. 36
	Bijlage 7: Literatuurlijst / bronnen	blz. 37
	Bijlage 8: Verklarende woordenlijst	blz. 39
	 De Verpleegkundige Standaard VUmc in de praktijk	blz. I t/m II

Leeswijzer

De Verpleegkundige Standaard VUmc is opgebouwd langs de lijn **richting, inrichting en verrichting**. De hoofdstukken bouwen voort op elkaar. Er wordt middels cijfers verwezen naar bronnen in bijlage 7. Om zicht op de samenhang te kunnen houden zijn uitwerkingen in bijlagen opgenomen. Verklaringen zijn onder aan de bladzijde genoteerd.

Bij het schrijven is uitgegaan van de kennis van verpleegkunde zoals die wordt aangeleerd in de opleiding. De Verpleegkundige Standaard VUmc beperkt zich tot de basisprincipes en keuzes die het verplegen VUmc-specifiek maken en gaat niet in op de praktische uitvoering van verpleegkundige taken of opdrachten uit het geneeskundig proces.

Voor de leesbaarheid wordt in dit document voornamelijk de term verpleegkundige gebruikt. De tekst betreft ook vaak de verpleegkundig specialist omdat deze een deel van haar werk doet binnen het verpleegkundig domein. De doelstelling, de positie en de regelgeving rond het werk van de verpleegkundig specialist zijn nog steeds in ontwikkeling. Om die reden zal er in samenwerking met betrokkenen een apart beleidsstuk in 2013 verschijnen over de verpleegkundig specialist.

Eveneens om reden van leesbaarheid zal doorgaans de vrouwelijke vorm voor verpleegkundigen en de mannelijke voor patiënten gebruikt worden. Met excuses aan degenen die zich daardoor minder juist aangesproken voelen.

Managementsamenvatting De Verpleegkundige Standaard VUmc

Grondslag: De verpleegkundige richt zich op wat patiënt *niet* kan/weet en ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt ten behoeve van zijn bestaanszorg. Ze baseert het werk op professionele standaarden. **Blz. 10**

De patiënt: geeft ondersteuningsbehoefte aan, heeft regie in het verpleegkundig proces en beoordeelt de kwaliteit ervan. Belang van patiënt staat centraal in verpleegkundig proces.

Visie: volgens internationale visie op verplegen (ICN, WHO), aangevuld met: ondersteuningsbehoefte van patiënt is leidend en patiënt houdt de regie. *Verplegen start* zodra patiënt ondersteuning vraagt of, verpleegkundig gezien, nodig heeft. *Verplegen eindigt* zodra zelfmanagement voldoende hersteld of opgebouwd is. **Blz. 11**

De Verpleegkundige Standaard VUmc

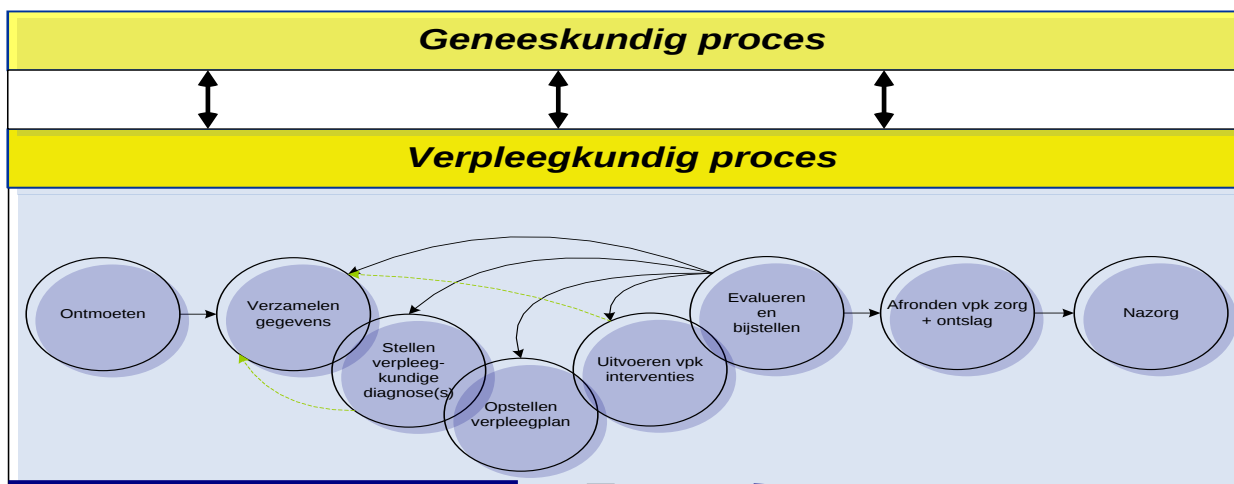
Strategisch kader voor kwaliteit van verpleegkundige zorg in VUmc.

Relatie: verpleegkundige vakbekwaamheid start bij een professionele, zinvolle relatie met de patiënt.

Omgeving: kaders van wet en beroepsvereniging, visie V&V VUmc, algemeen VUmc-beleid, veiligheids- en kwaliteitssysteem VUmc enz.

Het geneeskundig proces: Arts en verpleegkundige deel van zorgteam. Samenwerking bepalend voor kwaliteit. Het zelfstandig verpleegkundig proces loopt parallel aan het geneeskundig proces. Ten aanzien van het geneeskundig proces heeft de verpleegkundige een ondersteunende, samenwerkende en uitvoerende rol. **Blz. 8**

Inrichten verpleegkundig proces: procesmatige ordening; systematische uitwerking door klinisch redeneren; zowel lineair als circulair. Ondersteund door classificatiesystemen: Gordon, Nanda en ICF, NIC en NOC. **Blz. 13 en 21**



Profiel: **Blz. 27**
 . vpk CanMEDS VUmc
 . aanvullende VUmc competenties
 . Ontwerp van vpk proces vraagt HBO-werkniveau; uitvoering kan, afh. van de zorg, met MBO-werkniveau.

Hoe bereiken we dit?
 . Met elkaar!
 . Eigenaarschap vaststellen
 . Ontwerp en realisatie onderscheiden
 . Regie op proces realiseren
 . Resultaten meten + ICT-ondersteuning

Uitvoering verpleegkundig proces: gaat om ontwerp en uitvoering, vraagt om regie op continue basis. Moet waarde van verpleegkunde waarmaken. **Doel:** tevreden patiënt; betrokken en gewaardeerde verpleegkundige; veilige, effectieve en efficiënte zorg. Werkplezier.

Hoofdstuk 1. Inleiding en doel document

De grootste beroepsgroep in VUmc is de groep verpleegkundigen. De kwaliteit van het werk van deze groep heeft een grote invloed op de patiënttevredenheid en patiëntveiligheid. Ook worden veel vernieuwingen in de zorg, zoals implementatie van kwaliteits- en veiligheidssystemen via deze groep waargemaakt. Een tekort aan verpleegkundigen vertaalt zich direct in de toegankelijkheid van de zorg.

Verpleegkundigen zijn in VUmc blijkbaar heel belangrijk, maar hoe komt het dan dat deze groep het zelf vaak moeilijk vindt om scherp aan te geven wat verplegen in VUmc betekent?

Wanneer ben je in VUmc als verpleegkundige goed in je vak? Is verpleegkunde wat wordt aangeleerd in de opleiding? Of is het de basis die nodig is om in VUmc het vak goed uit te kunnen oefenen? Onderscheidt het zich van verplegen in een perifeer ziekenhuis en hoe dan? Wat betekent de landelijke discussie over MBO en HBO-verpleegkunde voor ons?

Een patiënt kan vertellen welke verpleegkundige goed is en waarom, een arts kan dat ook. Ze wijzen dan soms op dezelfde kwaliteiten, maar ook wel op verschillende. En verpleegkundigen onderling, wat beschouwen zij nu als goede verpleegkunde?

Het is van belang voor verpleegkundigen in VUmc om over een standaard te beschikken die houvast biedt bij het uitvoeren en ontwikkelen van de professionele aspecten van hun vak. We beschouwen deze Verpleegkundige Standaard VUmc als het strategisch kader van de verpleegkunde in VUmc. Het kan de positie van verpleegkundigen in VUmc versterken. De Verpleegkundige Standaard VUmc geeft aan waar verpleegkunde in VUmc voor staat, het geeft duidelijkheid over onze rolopvatting en geeft richting aan de professionele ontwikkelingen en de methoden die we daarvoor inzetten. De Verpleegkundige Standaard helpt bij het prioriteren van het professioneel handelen. Deze argumenten vormen het doel van het document. Het document beschrijft niet hoe dit op de werkplek georganiseerd is of kan worden. Dit wordt door de zorgmanagers samen met de zorgeenheden opgepakt. De Verpleegkundige Standaard VUmc is geen statisch document. Interne en externe invloeden zullen effect hebben op de inhoud. De zorgmanagers zijn verantwoordelijk voor het actualiseren.

In 'De Verpleegkundige Standaard VUmc in de praktijk', blz. I t/m III wordt een praktische vertaalslag gegeven. Aan de hand van een casus worden de handelingen van verpleegkundigen beschreven per fase in het patiëntenzorgproces. De uitvoering van het verpleegkundig proces kan door verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of bijv. assistenten gedaan worden. Het zegt niet dat alle verpleegkundigen in alle omstandigheden hetzelfde moeten doen. De organisatie van de uitvoering van het proces hangt af van patiëntencategorieën en lokale omstandigheden en keuzes.

De actuele landelijke conceptberoepsprofielen voor verpleegkundige en verpleegkundig specialist¹ (zie Verpleegkunde Site VUmc) en de Visie V&V VUmc 2015² vormen het uitgangspunt voor De Verpleegkundige Standaard VUmc. Deze stukken zijn allemaal toekomstgericht.



Hoofdstuk 2. Aanleiding

Meerdere redenen zijn aanleiding geweest voor het opstellen van De Verpleegkundige Standaard:

- Houvast bij het verwoorden van de betekenis van verplegen in VUmc.
- In mei 2011 is de 'visie V&V VUmc 2015'² uitgekomen. Visie V&V sluit aan op de strategische visie 'VUmc Visie 2020'. Het geeft richting aan de manier waarop we het hoofd willen bieden aan ontwikkelingen als toename van complexe zorg, meer eisen aan veiligheid en kwaliteit, andere organisatie van patiëntenstromen, vergrijzing en arbeidsmarktproblemen. We gaan daarbij uit van de kracht en de mogelijkheden van verpleegkundigen. Het waarmaken van de visie V&V vraagt van ons om de basisorganisatie van verplegen in VUmc steviger neer te zetten. De Verpleegkundige Standaard is een belangrijke eerste stap.
- Een basis aanbieden om de verpleegkundige zorg in VUmc altijd op een verpleegkundig model te baseren. Een aanzienlijk deel van de verpleegkundigen in VUmc vindt dat de zorg lang niet altijd gebaseerd is op een verpleegkundig model, maar eerder op een geneeskundig model. Dat is een van de deelluitkomsten uit het RN4Cast¹-onderzoek¹ waar tien klinische zorgeenheden van VUmc in 2010 aan mee hebben gedaan. Informatie over RN4cast staat op www.rn4cast.eu.
- Een vierde aanleiding vormt de voorbereiding op het digitaal patiëntendossier. De Verpleegkundige Standaard VUmc zal daarvoor van grote waarde zijn.



De verpleegkundige in VUmc in 2015

- volgt de patiënt,
- ontwikkelt zich continu,
- werkt multidisciplinair samen,
- redeneert klinisch,
- past de nieuwste methoden en technieken toe,
- kent de betekenis van wetenschappelijk onderzoek.

Figuur 1: Samenvatting Visie V&V VUmc 2015

2.1 Totstandkoming van De Verpleegkundige Standaard

Het opstellen van de conceptversie van De Verpleegkundige Standaard VUmc is door een werkgroep gedaan (samenstelling in bijlage 6). Externe afstemming heeft plaatsgevonden door de conceptversie voor te leggen aan de beroepsvereniging voor verpleegkundigen³, V&VN. De grondslag voor verpleegkunde in VUmc is getoetst met hoogleraar verplegingswetenschappen prof. dr A. L. Francke van NIVEL/EMGO+ van VUmc. De concepten zijn in validatierondes besproken met verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verpleegkundig opleiders, leidinggevenden, artsen en andere stakeholders.

Wij willen alle mensen die een bijdrage hebben geleverd nogmaals hartelijk danken. Zonder hen was De Verpleegkundige Standaard VUmc er niet geweest. Dankzij de inbreng en constructieve houding van alle betrokkenen kan met de afspraken in dit document een deskundige praktijkvoering van verpleegkundigen verbeteren en daarmee de zorg voor alle patiënten in VUmc.

ⁱ RN4Cast (registered nurse forecast) is een verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek in Europees verband dat o.a. een relatie aantoonst tussen de verpleegkundige werkomgeving, personeelsinzet (aantal, kwalificatiegraad) en veiligheid en kwaliteit van zorg.

Hoofdstuk 3. Voor wie is De Verpleegkundige Standaard VUmc belangrijk?



De Verpleegkundige Standaard VUmc is in de eerste plaats geschreven voor verpleegkundigen in VUmc en verpleegkundigen buiten VUmc met belangstelling voor onze werkwijze. Het geeft aan waar verpleegkunde in VUmc voor staat, het geeft duidelijkheid over onze rolopvatting en geeft richting aan de professionalisering van de beroepsgroep en de methoden die we daarvoor inzetten. De Verpleegkundige Standaard helpt bij het prioriteren van taken.

De patiënt wordt er wijzer van: een goed uitgewerkt en uitgevoerd verpleegkundig proces zorgt ervoor dat de belangen van de patiënt als individu veel sterker centraal komen te staan. Dit wordt versterkt naarmate de patiënt meer betrokken wordt bij de besluitvorming hieromtrent.

Voor de (praktijk)opleiders en werkbegeleiders van studentverpleegkundigen en verpleegkundigen in een vervolgopleiding geeft De Verpleegkundige Standaard VUmc houvast bij het coachen naar professionaliteit.

De Verpleegkundige Standaard VUmc kan artsen (in opleiding) en paramedici inzicht geven in de waarde van het verpleegkundig handelen. Het stuurt verwachtingen en kan ervoor zorgen dat verpleegkundigen doelgericht betrokken worden met vragen van verpleegkundige aard en het kan onjuiste vragen voorkomen. Het kan er ook toe leiden dat artsen of teamleden van andere disciplines de verpleegkundigen aanspreken op wat redelijkerwijs verwacht mag worden.

Leidinggevenden zullen de Verpleegkundige Standaard VUmc gebruiken bij het organiseren van de zorg op de zorgeenheid, de samenstelling van hun teams en de beoordeling en coaching van teamleden. Verpleegkundigen zullen werkzaamheden die niet voortvloeien uit het verpleegkundig proces kritischer gaan benaderen, leidinggevend en soms naar nieuwe oplossingen moeten gaan zoeken.

VUmc als organisatie heeft strategische doelen die erop gericht zijn de toegevoegde waarde voor klanten en maatschappij te vergroten en VUmc te versterken. De Verpleegkundige Standaard VUmc draagt bij aan een positieve patiëntervaring, aan de magneetfunctie op verpleegkundigen en aan effectievere en efficiëntere zorgverlening. Dat maakt het document voor ons allemaal belangrijk.

Hoofdstuk 4. Verpleegkundig algemeen

De kern van verpleegkunde in VUmc betreft:

- Ondersteunen van het geneeskundig proces: samenwerken en uitvoeren
 - o.a. signaleren, verpleegtechnische handelingen, medicatie, inbreng verpleegkundige afwegingen enz.
- Ontwerpen, uitvoeren en regisseren van het verpleegkundig proces
 - Ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt tbv zijn bestaanszorg. (zie H5)
 - o.a. combineren van kennis over ziektebeelden met kennis over de effecten ervan op de bestaanszorg van de individuele patiënt.
 - Professionele observaties en bevindingen, proactieve risicoanalyse.
 - o.a. voorkomen van nieuwe aandoeningen of ondersteuningsvragen zoals decubitus, delier, infectie, angst, gebrek aan informatie enz.

4.1 Het verpleegkundig domein

Het verpleegkundig domein is het werkveld waarbinnen door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, vanuit een visie op verpleegkunde, praktisch gehandeld, ofwel verpleegd wordt. Daarbij wordt steeds gestuurd op het beoogde zorgresultaat. Verplegen gebeurt binnen kaders van de wet, beroepsverenigingen, het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van VUmc, afspraken over bedrijfsvoering e.d. Het werkveld is niet statisch. Het accent van verplegen tijdens de klinische opname verschuift naar een breder pallet van ambulante, preventieve en nazorg. Verpleegkundig specialisten zijn in de pioniersfase, hun werk zal het verpleegkundig domein verder oprekken.

Inhoudelijk wordt het domein bepaald door de unieke reacties van mensen op gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen. De ondersteuningsvragen, voorheen verpleegproblemen genoemd, zijn als kernset gebundeld in bijlage 4. Voor gespecialiseerde zorg werken verpleegkundigen in VUmc met aanvullende ondersteuningsvragen. Het begrip ondersteuningsvraag kan omschreven worden als de vraag of de noodzaak om hulp te verkrijgen bij het herstellen of verbeteren van de zelfstandigheid die de patiënt wenst om zijn leven naar zijn idee in te kunnen vullen. Ondersteuningsvragen zijn vaak niet ziektespecifiek. Eenzelfde klacht kan bij uiteenlopende ziektebeelden voorkomen, bijv. vermoeidheid of pijn. Verpleegkundigen combineren kennis over de ondersteuningsvraag met kennis over een specifieke ziekte of aandoening. Vervolgens wordt dit gecombineerd met patiëntspecifieke kenmerken.

Het verpleegkundig domein is niet bedoeld als grensafbakening. De waarde van de zorg wordt immers voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van samenwerken in multidisciplinair verband. Het gaat erom aan te geven waar verpleegkundigen in VUmc hun verantwoordelijkheden juist willen nemen, omdat zij menen dat hun vak het meest geschikt is voor het oppakken van bepaalde zorgtaken.



4.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De taken van verpleegkundigen vloeien voort uit het verpleegkundig en geneeskundig proces en uit de organisatie binnen de werkplek en VUmc. Binnen de verpleging zijn de volgende taakgebieden te onderscheiden: de verpleegkundige zorg, de organisatie en de professionalisering van het beroep. Verschillende verpleegkundige handelingen zijn beschreven in richtlijnen en protocollen. VUmc heeft hiervoor en voor de beleidsdocumenten een digitaal documentbeheersysteem (KwaliteitsNet).

Verpleegkundigen ontleen hun bevoegdheden aan het diploma en aan (her)registratie in het BIG-register. Het BIG-register bewaakt of een verpleegkundige voldoende actuele werkervaring (kwantitatief) heeft. Voor de voorbehouden handelingen zijn de bevoegdheden voor verpleegkundigen in de Wet BIG beschreven. VUmc heeft een functieprofiel voor verpleegkundigen in diverse rollen waarin resultaatgebieden en speelruimte zijn beschreven. Bijhouden van een portfolio voor gevolgde scholing en ervaring en deelname aan kwaliteitsregisters gebeurt nu nog op vrijwillige basis.

Een verpleegkundige is op grond van de Wet BIG individueel verantwoordelijk voor haar handelen. 'Niet bekwaam is niet bevoegd' betekent dat een verpleegkundige zelf dient af te wegen of kennis en vaardigheden op het moment van handelen voldoende zijn en dat zij eventuele risico's voldoende kan inschatten. Verpleegkundigen in VUmc hebben de verantwoordelijkheid om kennis en vaardigheden continu op peil te houden omdat het een rechtstreekse relatie heeft met de veiligheid en kwaliteit van zorg. Indien een verpleegkundige daarbij hulp nodig heeft, moet zij dit tijdig aangeven bij haar leidinggevende. In VUmc een mobiel skillslab beschikbaar.

Een verpleegkundige die taken delegeert, bijv. patiëntenvervoer of verstrekken van voeding, blijft verantwoordelijk in de zin dat ze zicht dient te houden op de resultaten en geen opdrachten verstrekt aan medewerkers die hiervoor niet zijn toegerust. De verantwoordelijkheid voor organisatorische zaken die het werk van de verpleegkundige betreffen, ligt meer bij de leidinggevende(n). De eindverantwoordelijkheid voor verleende zorg in VUmc ligt formeel bij de raad van bestuur. Bij opdrachten vanuit het geneeskundig proces hebben artsen een verantwoordelijkheid als opdrachtgever en verpleegkundigen als opdrachtnemer.



4.3 Relatie tussen het verpleegkundig en het geneeskundig proces

Artsen en verpleegkundigen maken deel uit van een zorgteam. De resultaten van het werk worden grotendeels bepaald door de kwaliteit van de samenwerking. Artsen richten zich primair op mensen met een ziekte, aandoening of medische klacht, of het voorkomen ervan. Verplegen wordt geïnitieerd als ziekte of aandoening leidt tot een verstoring in het zelfmanagement van de patiënt.

Het verpleegkundig proces loopt steeds parallel aan het geneeskundig proces. Ten aanzien van het geneeskundig proces heeft de verpleegkundige een ondersteunende, samenwerkende en uitvoerende rol. Klinische observaties, multidisciplinair overleg, inbreng van verpleegkundige afwegingen en het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen zijn voorbeelden die bij de invulling van deze rol horen.

Paramedici ondersteunen vanuit hun eigen discipline het geneeskundig proces. Voor opdrachten van paramedici geldt dezelfde rolinvulling voor verpleegkundigen. De praktische uitvoering van opdrachten van (para)medici worden in deze Verpleegkundige Standaard niet nader beschreven.

Verpleegkundigen integreren in hun werk continu het zelfstandig verpleegkundig proces en het ondersteunen van het geneeskundig proces. Dat vraagt van hen om overzicht te houden en regie te voeren. Als verpleegkundigen de zorg die ze geven professioneel vormgeven, kunnen ze hun keuzes en handelen aan anderen duidelijk maken.

Op sommige werkplekken hebben verpleegkundigen zich sterker ontwikkeld als ondersteuner van het geneeskundig proces, dan als uitvoerder van het zelfstandig verpleegkundig proces. Soms zijn om die reden verpleegkundigen vervangen door assistenten, bijv. op de operatiekamers en de anesthesie.

Een verpleegkundig proces ontstaat alleen als er behoefte is aan verpleegkundige ondersteuning. Voor patiënten op de polikliniek voor een eenmalig consult na behandeling op de afdeling spoedeisende hulp, of voor jarenlange behandeling vanwege een chronische aandoening, levert dat een verschil op. Verpleegkundig en geneeskundig proces hoeven niet noodzakelijk gelijktijdig te

starten. Wel wordt in VUmc het verpleegkundig proces in principe afgerond of overgedragen als de geneeskundige zorg voor de patiënt wordt beëindigd door ontslag uit de kliniek of einde behandeling in de polikliniek.

Verpleegkundig specialisten doen werk binnen zowel het verpleegkundig als het medisch domein. Hun (wettelijke) bevoegdheden zijn ruimer om het werken in beide domeinen mogelijk te maken. Zo is het mogelijk dat een verpleegkundige een opdracht krijgt van een verpleegkundig specialist, bijvoorbeeld aanpassen medicatie of verwijderen infuus).

De kwaliteit van zorg heeft baat bij goede inter-professionele samenwerking. Door o.a. artsen en verpleegkundigen gezamenlijk te scholen op daarvoor geschikte onderwerpen wordt teamwork bevorderd.

Verpleegkundigen handelen op basis van visie, stellen we in dit hoofdstuk. Visie geeft richting aan het handelen. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op de visie op verplegen binnen VUmc.

Hoofdstuk 5. Visie op verplegen in VUmc

Grondslag verpleegkunde VUmc: De verpleegkundige richt zich op wat de patiënt *niet* kan of weet en ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt ten behoeve van zijn bestaanszorg. Ze baseert het werk op professionele standaarden.

Inhoudelijke visie verpleegkunde VUmc: VUmc-verpleegkundigen verplegen volgens de internationale visie op verplegen zoals gedefinieerd door ICN en WHO. Voor VUmc wordt de visie aangevuld met het uitgangspunt dat de ondersteuningsbehoefte van de patiënt leidend is en de patiënt de regie houdt in het verpleegkundig proces: *verplegen start* zodra de patiënt ondersteuning vraagt of, verpleegkundig gezien, nodig heeft. *Verplegen eindigt* zodra het zelfmanagement voldoende hersteld of opgebouwd is.

5.1 Grondslag verpleegkunde in VUmc

De grondslag voor verpleegkunde is het basisprincipe dat bepaalt waar het verplegen zich op richt. Wat stuurt het handelen van verpleegkundigen? Hoe uit zich dat in het nemen van verantwoordelijkheid en welk praktisch handelen past daarbij?

De behoefte van de patiënt is het uitgangspunt voor het bepalen en uitvoeren van de zorg en daarmee de kern van verplegen. Daarnaast zijn er professioneleⁱⁱ observaties en bevindingen van de verpleegkundige. Deze observaties domineren meer naarmate de patiënt niet, of niet goed, in staat is zelf aan te geven welke zorg hij wenst of nodig heeft. Onderdeel van de observaties is het in kaart brengen van de zorgrisico's van een individuele patiënt, bijvoorbeeld ondervoeding of delier.

In de recente vakliteratuur worden verschillende termen gebruikt voor het bepalen van de zorg. Er is voor gekozen om binnen VUmc te werken met de termen zelfmanagement en bestaanszorg, waarbij altijd de combinatie geldt met de professionele observaties en bevindingen van de verpleegkundige.ⁱⁱⁱ

Bestaanszorg en zelfmanagement

Mensen zorgen op hun eigen manier voor continuering en een zinvolle invulling van hun bestaan. Dit wordt wel bestaanszorg genoemd. De bestaanszorg komt in gevaar bij bedreiging van de continuïteit van leven, beperking van de zelfstandigheid, volwaardigheid of volledigheid van een mens of wanneer een onwaardig levenseinde dreigt. De mate waarin iemand zelf zijn bestaanszorg kan organiseren bepaalt zijn vermogen tot zelfmanagement.

Zelfmanagement is in dit kader het vermogen van mensen om, waar mogelijk, gezondheidsproblemen te voorkomen. En wanneer deze toch optreden: het vermogen om de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en de aanpassingen in leefstijl te hanteren. Patiënten die in staat zijn tot zelfmanagement, onderkennen hun eigen problemen vaak beter waardoor ze eerder bereid en in staat zijn om hulp te vragen.

5.2 Samen met de patiënt

De grondslag voor verpleegkunde in VUmc geeft de patiënt het laatste woord als het gaat om de keuzes in het verpleegkundig proces. De patiënt geeft aan wat hij als een probleem ervaart en waar hij ondersteuning bij nodig heeft. De verpleegkundige stelt haar verpleegplan op in afstemming met de patiënt en legt over het proces verantwoording af aan de patiënt. Dit is anders dan tussen arts en patiënt, omdat de patiënt het geneeskundig proces veel moeilijker kan overzien en beoordelen.

Uitgaan van wat de patiënt (tijdelijk) niet kan of niet weet, betekent dat de verpleegkundige haar werk daarop richt, en zaken die de patiënt goed zelf kan doen in principe bij de patiënt laat. Was het tot

ⁱⁱ door opleiding verkregen bekwaamheid of vaardigheid

ⁱⁱⁱ De werkgroep heeft voor de keuze de nieuwe beroepsprofielen als input gebruikt en heeft vervolgens afgestemd met VUmc hoogleraar verplegingswetenschap prof. dr. Francke.

voor enige tijd normaal om zaken die de patiënt thuis zelf deed, zoals bijv. insuline spuiten, over te nemen, past dat niet meer in de huidige manier van verplegen. Een verpleegkundige zal dus op basis van professionele overwegingen geen handelingen verrichten die de patiënt zelf kan doen, maar op basis van empathie of sociale argumenten kan dit soms wel gebeuren.

VUmc heeft keuze en invloed van de patiënt op zijn zorgproces als merkuiting gekozen. De bijbehorende VUmc-belofte 'VUmc. Samen kiezen voor beter' sluit uitstekend aan op de grondgedachte van verplegen in VUmc.



5.3 De inhoudelijke visie op verplegen

Verpleegkundigen in VUmc volgen de patiënt, redeneren klinisch en werken multidisciplinair samen, stellen we in de visie V&V 2015. Ze ontwikkelen zich continu, passen de laatste methoden en technieken toe en kennen de betekenis van wetenschappelijk onderzoek. Verpleegkundigen vullen zo hun professionele rol in en kunnen verpleegkundig klinisch leiderschap laten zien. Ze zijn de eigenaar van hun eigen, zelfstandig verpleegkundig proces en verbeteren dit proces op continue basis. Dat is de visie en nog niet altijd de realiteit. Maar we weten waar we naartoe werken!

De visie op verplegen in VUmc sluit aan op de internationale standaarden. De ICN⁵ en de WHO⁶ verwoorden (vertaald) de visie op verplegen als volgt: 'Verpleging omvat autonome en multidisciplinaire zorg voor mensen van alle leeftijden, gezinnen, groepen en gemeenschappen, ziek of gezond en ongeacht hun achtergrond of overtuiging. Verpleging omvat de bevordering van de gezondheid, het voorkomen van ziekte, en de zorg voor zieken, gehandicapten en stervende mensen. Ook voorspraak, de bevordering van een veilig milieu, onderzoek, deelname aan het vormen van het gezondheidsbeleid en aan patiënt- en gezondheidszorgmanagement, en het onderwijs zijn belangrijke verpleegkundige rollen.'

Deze visie sluit niet heel precies aan op de grondslag van verpleegkunde in VUmc omdat de positie van de patiënt er niet goed in is opgenomen. We vullen daarom bovenstaande definitie voor VUmc als volgt aan: *Verplegen start* zodra de patiënt ondersteuning vraagt of, verpleegkundig gezien, nodig heeft voor zijn bestaanszorg. *Verplegen eindigt* zodra het zelfmanagement voldoende hersteld of opgebouwd is.

Verplegen in VUmc omvat het vaststellen van de ondersteuningsbehoefte aan verpleegkundige zorg, interventies en persoonlijke verzorging, informatievoorziening, voorlichting, instructie en educatie, advies en voorspraak, lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning. Naast de directe patiëntenzorg omvat de verpleegkundige praktijk ook regievoering, coördinatie, deskundigheidsbevordering en beleid- en kennisontwikkeling. Dit gebeurt klinisch, ambulant, preventief en in de nazorg.

Evidence Based Nursing, of Evidence Based Practise, is de basis van gefundeerde keuzes binnen het verpleegkundig proces. Verpleegkundigen weten de informatie te vinden, passen uitkomsten toe, dragen bij aan onderzoek of onderzoeken zelf.

In VUmc hebben we nog geen traditie van **verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek**. In samenwerking met prof. dr. A.L. Francke RN wordt sinds 2010 het beleid vernieuwd. Informatie vind je op de Verpleegkunde Site/onderzoek van VUmc.

De visie op verplegen krijgt betekenis en inhoud in het verpleegkundig proces en is steeds gericht op het behalen van de beoogde zorgresultaten. Het verpleegkundig proces in VUmc is beschreven in het volgende hoofdstuk en grafisch weergegeven in bijlage 1.

Basiselementen visie verpleegkunde in VUmc:

De verpleegkundige volgt de patiënt.

Holistische benadering: gericht op de persoon als geheel in zijn context, met zijn leefwijze, gericht op alle facetten: fysiek, mentaal, sociaal, spiritueel, emotioneel. Het belang van de patiënt staat centraal. De patiënt heeft de regie, tenzij dit aantoonbaar onmogelijk is.

Verplegen is doelgericht en methodisch.

Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening, beperking of onnodige schade. Bij ziekte of handicap is daarnaast het doel: lijden en pijn minimaliseren en mensen in staat stellen hun ziekte, handicap, de behandeling en de gevolgen ervan te begrijpen en ermee om te gaan. Wanneer de dood nadert, is het doel van verplegen het handhaven van de best mogelijke kwaliteit van leven tot aan het einde. Verpleegkundigen werken systematisch naar de gestelde doelen toe. Ze evalueren continu en stellen op basis van nieuwe of aanvullende informatie de zorg steeds bij.

De verpleegkundige redeneert klinisch en kent het belang van wetenschappelijk onderzoek.

De verpleegkundige rationaliseert haar handelen middels een systeem van risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Evidence Based Practice (EBP) wordt waar mogelijk toegepast bij de continue gegevensverzameling en analyse, gericht op vragen en problemen van een patiënt en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid. De verpleegkundige levert een bijdrage aan de professionalisering van de beroepsgroep door o.a. mee te werken aan, of het initiëren van wetenschappelijk onderzoek.

Verplegen omvat een specifieke manier van interveniëren.

Verpleegkundige interventies zijn gericht op het versterken van het zelfmanagement van mensen, waar mogelijk. Dat betekent het in hun kracht brengen van mensen en hen helpen bij het bereiken, versterken, handhaven of (opnieuw) verwerven van hun onafhankelijkheid. De verpleegkundige werkt binnen het kwaliteits- en veiligheidssysteem van VUmc en de beroepsgroep.

Verplegen is gericht op continuïteit en de verpleegkundige is ontwikkelingsgericht.

De verpleegkundige handelt proactief, houdt rekening met de volgende stap in de zorgketen. Ze werkt in teamverband en neemt verantwoordelijkheid voor het resultaat van het totale proces. Ze gebruikt nieuwe technieken en inzichten en kent de relevante ontwikkelingen in de zorg.

De verpleegkundige werkt samen en in multidisciplinair verband.

Verpleegkundigen werken in partnerschap met patiënten, hun naasten en andere mantelzorgers, en in samenwerking met andere professionals in een multidisciplinair team. Waar dat geëigend is treden ze op als teamleider, delegeren zij werk naar anderen en superviseren dat. Dienend leiderschap is de leiderschapsfilosofie in VUmc. Op andere momenten participeren verpleegkundigen als teamlid onder leiding van anderen. Verpleegkundigen blijven te allen tijde persoonlijk en professioneel verantwoordelijk voor hun eigen beslissingen en acties. Dit is in de Wet BIG zo vastgelegd.

Verplegen vindt plaats in een specifiek domein.

Het specifieke domein van verplegen is dat van de unieke reacties op en ervaringen van mensen met gezondheid, ziekte, kwetsbaarheid of beperkingen, ongeacht de omgeving of omstandigheden. Reacties van mensen kunnen lichamelijk, psychisch, sociaal, cultureel of spiritueel van aard zijn. Vaak gaat het om een combinatie ervan.

Verplegen is gebaseerd op ethische waarden.

Verplegen is gebaseerd op ethische waarden, waarin respect voor de waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat. Verplegen gebeurt in het besef van de unieke relatie tussen verpleegkundige en patiënt en de persoonlijke verantwoordelijkheid voor beslissingen en acties. De waarden staan beschreven in de nationale verpleegkundige beroepscode van V&VN. De code is beschikbaar op de Verpleegkunde Site VUmc. De beroepscode vormt de basis voor de beroepshouding.

Hoofdstuk 6. Het verpleegkundig proces

In VUmc beredeneren en plannen de verpleegkundigen op systematische wijze de zorg. Het verpleegkundig proces reikt van de eerste ontmoeting tot en met de nazorg en wordt op, en met de individuele patiënt afgestemd. Voortdurende monitoring en bijstelling draagt bij aan kwalitatief goede zorg, die efficiënt geleverd wordt. Het proces gaat uit van (multidisciplinaire) samenwerking, waarbij zorgvuldige overdracht van informatie een voorwaarde is.

Processtappen: ontmoeten/start professionele relatie, verzamelen gegevens, stellen verpleegkundige diagnose, opstellen verpleegplan (interventies, acties en planning), uitvoeren acties, evalueren en bijstellen, afronden van de verpleegkundige zorg/ontslag en nazorg.

Het resultaat voor de patiënt is dat hij keuze en invloed heeft, zich welkom, belangrijk en veilig voelt. Hij weet wat hij van de verpleegkundige mag en kan verwachten.

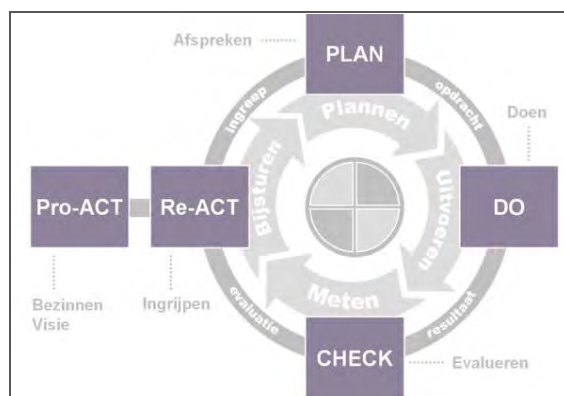
Er is sprake van een verpleegkundig proces indien een verpleegkundig zorgresultaat, in samenhang met het geneeskundig behandelplan, is bepaald met bijbehorend plan van aanpak. Is dit er niet, dan blijft de verpleegkundige in de rol van uitvoerder en ondersteuner van het geneeskundig proces. Als dit bewust gebeurt en aansluit op wat de patiënt wil, en verpleegkundige observaties geen aanleiding geven tot handelen, kan het een goede keuze zijn.

6.1 Verpleegkundig klinisch redeneren

Verpleegkundigen in VUmc verlenen zorg op basis van klinisch redeneren en kunnen zo de beslissingen die zij nemen beargumenteren en erover communiceren. Verpleegkundig klinisch redeneren is een manier van denken waardoor het verpleegkundig proces in beweging komt. Het is continue gegevensverzameling en analyse, in aansluiting op het geneeskundig proces en gericht op ondersteuningsvragen in relatie tot ziekte en gezondheid van een patiënt. Dit start bij de ontmoeting en duurt zolang als er zorg wordt gegeven. Steeds wordt de patiënt betrokken en wordt onderzocht welke keuzes er zijn. ICT-systemen zijn daarbij zeer ondersteunend.

Voortdurend monitoren van de voortgang (waarnemen, wegen, betekenis geven, beoordelen, reflecteren) en het bijstellen van het verpleegplan gebeurt in interactie met collega-verpleegkundigen en andere professionals. Het gaat om een proces van logisch redeneren, met de inzet van morele professionaliteit en het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de beslissingen.

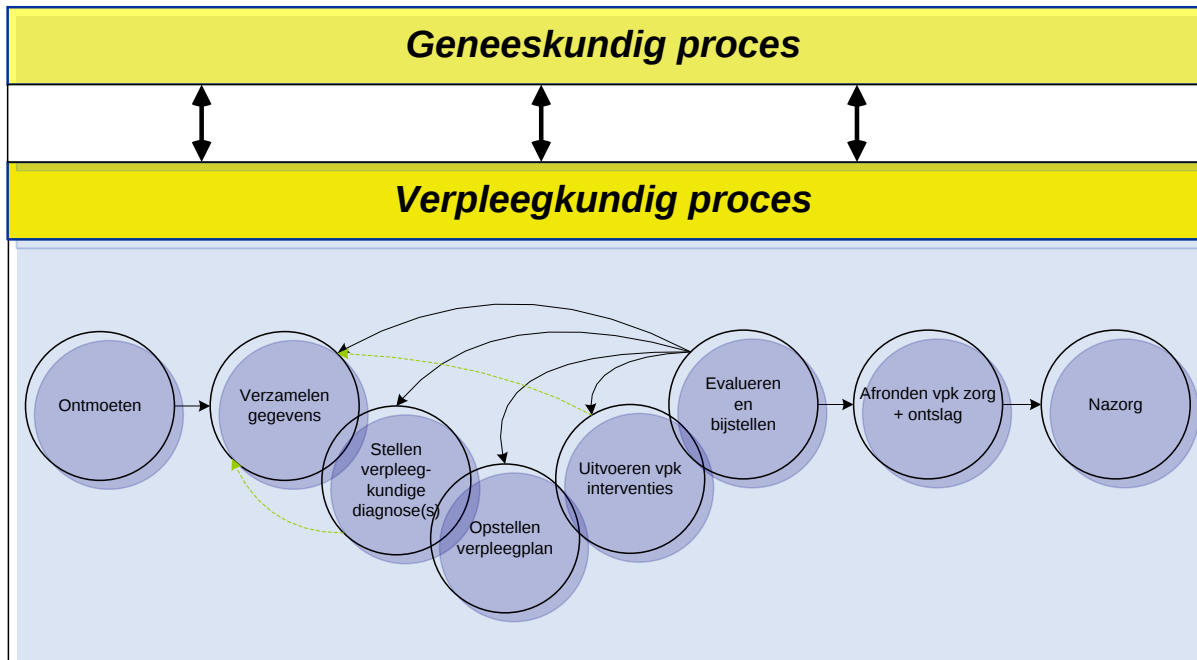
Het verpleeg- of zorgproces is geen statisch geheel, de verpleegkundige processtappen worden niet altijd van voor naar achter afgehandeld. Er ligt een systeem van kwaliteitsdenken aan ten grondslag: plan-do-check-act⁷. Als de situatie van de patiënt verandert of nieuwe informatie wordt toegevoegd, zal de verpleegkundige teruggaan naar de 'plan'-fase (zie figuur 3). Dit kan meermalen gebeuren en verpleegkundigen zullen hier steeds alert op moeten zijn. Omdat een patiënt meerdere ondersteuningsvragen kan hebben, is het bovendien zo dat onderdelen van het verpleegkundig proces hun eigen dynamiek kunnen hebben. Het vraagt van de verpleegkundige dat zij continu de voortgang bewaakt, de onderlinge verbanden in de gaten houdt en het geheel regisseert. Dat kan soms heel complex zijn.



Figuur 3: plan do check act- cirkel

6.2 De processtappen

Er bestaan in de literatuur verschillende weergaven van het verpleegkundig proces. Deze beperken zich bijna altijd tot het proces van anamnese via diagnostiek en uitvoering tot en met evaluatie. Voor VUmc is het héle verpleegkundige proces uitgewerkt, inclusief de eerste ontmoeting met de patiënt, de coördinatie van zorg en interactie met andere zorgprofessionals en ontslag en nazorg. (Zie bijlage 1 voor het gehele proces).



Figuur 2 (herhaling): hoofditems verpleegkundig proces in VUmc

Ontmoeten; start van de professionele relatie

Voor goede verpleegkundige zorg is de opbouw van een professionele relatie noodzakelijk. 'Zinnvolle ontmoeting' zoals bedoeld in visie V&V 2015, in de meest betekenisvolle manier. Het ontwikkelen van een professionele relatie met patiënten en het begrijpen van betekenissen achter de ontmoetingen met patiënten is de basis voor de vakbekwaamheid van verpleegkundigen (Johnson,1994). De verpleegkundige stelt zich open en belangstellend op naar de patiënt en diens naasten. Bij de ontmoeting positioneert de verpleegkundige zich als professional en informeert de patiënt over wat hij kan en mag verwachten van haar en haar collega's. De verpleegkundige houdt zich beschikbaar voor de patiënt. Een goed verlopen ontmoeting zal de patiënt ervan overtuigen dat hij gezien, welkom, belangrijk en veilig is.

Verzamelen gegevens

Steeds vaker worden voorafgaand aan opname of consult gegevens opgevraagd. Vervolgens worden gegevens in het intakegesprek verzameld en vastgelegd in de verpleegkundige anamnese. De verpleegkundige heeft tevoren de medische en historische gegevens geraadpleegd en gebruikt dit in het anamnesegesprek, bijvoorbeeld om te checken welke informatiebehoefte de patiënt heeft. Gegevens worden voortdurend aangevuld gedurende het verpleegkundig proces, bijv. indien de patiënt vanuit de thuissituatie naar de verpleegkundige op de poli belt met nieuwe of gewijzigde ondersteuningsvragen. Gegevens die later worden verzameld worden op diverse plaatsen in het dossier vastgelegd. Dat kan het moeilijk maken een totaaloverzicht te behouden. Omdat ieder mens anders reageert op ziekte en behandeling, op zowel fysiologisch, psychologisch, functioneel als sociaal vlak, oriënteert de verpleegkundige zich breed. Informatie komt van de patiënt, van diens omgeving en van andere zorgverleners. De informatie kan mondeling of schriftelijk gegeven zijn, of komt uit lichamelijk onderzoek en observaties. De verpleegkundige analyseert de gegevens en komt tot een verpleegkundige diagnose.

Zorgrisico's en preventie!

In hun werk zijn verpleegkundigen voortdurend bezig met het signaleren van risico's en nemen van preventieve maatregelen. Verpleegkundige resultaten zijn vaak gekoppeld aan het niet optreden van problemen uit de kernset ondersteuningsvragen (zie bijlage 4). Voorlichting en educatie is daar steeds op gericht. Belangrijke ontwikkeling is de aandacht voor het inventariseren van de zorgrisico's. De Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ) hanteert prestatie-indicatoren en heeft voor het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) een aantal zorgrisico's aangewezen die ziekenhuizen verplicht zijn te monitoren. Veel van deze risico's vallen (deels) binnen het verpleegkundig domein.

Zorgrisicogebieden binnen het verpleegkundig domein, o.a.:

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Ondervoeding | - Pijn |
| - Decubitus | - Fysieke beperkingen en functieverlies |
| - Delier | - Vallen |
| - Vitaal bedreigde patiënt | - Infecties en sepsis |
| - Vrijheidsbeperkende interventies | - Medicatie |
| - Stress en angst | - Capaciteit mantelzorg |

Het betreft meestal metingen en interventies bij patiënten die zijn opgenomen in de kliniek of op een dagbehandelings-unit. De metingen worden direct bij opname gedaan en de interventies worden zo spoedig mogelijk uitgezet. Vaak zijn er normtijden aan verbonden. Verpleegkundigen hebben systemen ter beschikking om de risico's te meten, zoals bijv. SNAQ- en VAS-score. Indien de metingen aanleiding geven tot interventies, zijn hiervoor per risicofactor afspraken gemaakt. In VUmc zijn diverse richtlijnen opgenomen in het kwaliteitsdocumentatiesysteem KwaliteitsNet.

Stellen van de verpleegkundige diagnose

Zorg kan goed overgedragen worden als ook de indicatie voor die zorg kan worden overgedragen en diagnostiek is daar de basis voor⁸. Verpleegkundige diagnoses zijn oordelen over reacties van individuen of groepen op feitelijke of potentiële gezondheidsproblemen (verpleegkundige ondersteuningsvragen) of levensprocessen. Verpleegkundige diagnoses vormen de basis voor de keuze van verpleegkundige interventies en resultaten, waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijk is⁹. Het gebruik van dezelfde termen voor verpleegkundige diagnoses maakt het mogelijk om snel en helder aan te geven waarom een patiënt bepaalde verpleegkundige zorg nodig heeft.

Een verpleegkundige diagnose start met een verpleegkundige ondersteuningsvraag. Er wordt vastgesteld welke feitelijke of dreigende gevolgen er zijn voor de bestaanszorg en het zelfmanagement van de patiënt op grond waarvan verpleegkundige zorg kan worden verleend. De omschrijving valt binnen het verpleegkundige domein, de ondersteuningsvraag wordt beschreven en bekeken vanuit de patiënt, de verpleegkundige ondersteuningsvraag wordt concreet en kort geformuleerd en het moet duidelijk zijn of het gaat om een actuele, dan wel een potentiële vraag.

Er zijn vier soorten verpleegkundige diagnoses, ze leiden naar bijbehorende typen doelen:

- PES (Probleem, Etiologie ofwel oorzaak, Symptomen)
 - o Probleem: geeft de opbouw van de samenstelling van de diagnose aan. Een korte, heldere beschrijving van de feitelijke of dreigende gevolgen voor de bestaanszorg en zelfmanagement van de patiënt, als gevolg van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling. Onderverdeeld in het label en de omschrijving van het label. Bijv.: misselijkheid (label). Definitie: een onaangenaam, in golvend opkomend gevoel achter in de keel, in bovenbuik of in gehele buik dat wel of niet kan leiden tot braken.
 - o Etiologie: een opsomming van oorzakelijke of samenhangende factoren die bijdragen aan de ondersteuningsvraag. Voorbeeld bij misselijkheid: veel mogelijke oorzaken, van zwangerschap tot bijwerking antibiotica.
 - o Symptomen (signs & symptoms): Een beschrijving van kenmerken als een complex van bijbehorende klachten en verschijnselen en gedragingen. 'Signs' zijn de objectieve, voor verpleegkundigen waarneembare bevindingen, ofwel de verschijnselen. 'Symptoms' zijn de subjectieve, voor de patiënt waarneembare bevindingen, ofwel de klachten. Voorbeeld bij misselijkheid is een naar gevoel in de maagstreek (Symptom) en een bleke, koude en klamme huid (Sign).

- PR (Probleem, Risico)
Risicodiagnose, gericht op preventie. Bijv.: valpreventie vanwege algemeen risico op vallen bij ouderen.
- PM (Probleem, Mogelijk risico)
Diagnose richt zich op onderzoeken of risico's zich voor kunnen doen, doorgaans wanneer omstandigheden voor een patiënt wijzigen. Bijv. wanneer de patiënt van zaal naar een eenpersoonskamer verhuist. Als risico's aan het licht komen verandert PM in PR.
- WES (Welzijn, Etiologie of oorzaak, Symptomen).
Deze diagnostiekvorm richt zich nadrukkelijker op welzijn. De diagnoses betreffen vooral de geconstateerde bereidheid van patiënten om het gedrag in positieve zin bij te stellen met als doel bijv. gezonder leven, beter hanteren van de klachten, positiever zelfbeeld enz.

Voor een goed ontwerp van het verpleegkundig proces is het nodig dat verpleegkundigen vaardig zijn in het stellen van een verpleegkundige diagnose, evenals vaardig in het opstellen van een verpleegplan op basis van de verpleegkundige diagnose. Het wordt aangeleerd in de opleiding maar expertise moet in de praktijk worden opgebouwd. Een zorgenheid kan ervoor kiezen om een deel van het team verantwoordelijk te maken voor het ontwerp van het verpleegkundig proces, anderen voeren het plan uit. Er kan ook verdeling gemaakt worden naar patiëntgroepen binnen een zorgenheid. Zo ontstaat specialisatie in het stellen van goede verpleegkundige diagnoses.

In de huidige praktijk zien we dat het verpleegkundig proces niet altijd even zorgvuldig en duidelijk wordt gebaseerd op een goede verpleegkundige diagnose. Niet elke verpleegkundige is voldoende vaardig en de geroutineerde verpleegkundige scant het proces doorgaans impliciet en snel, vaak globaal en zonder de uitkomsten en redeneertrant vast te leggen. De onervaren verpleegkundige heeft daardoor op veel zorgenheden in VUmc in de praktijk weinig ondersteuning bij het opbouwen van ervaring met het stellen van verpleegkundige diagnoses. Terwijl in een universitair medisch centrum, met veel ongeprotocolleerde medische zorg, het lang niet altijd eenvoudig is om de gegevens te combineren tot een goede verpleegkundige diagnose.

Opstellen verpleegplan

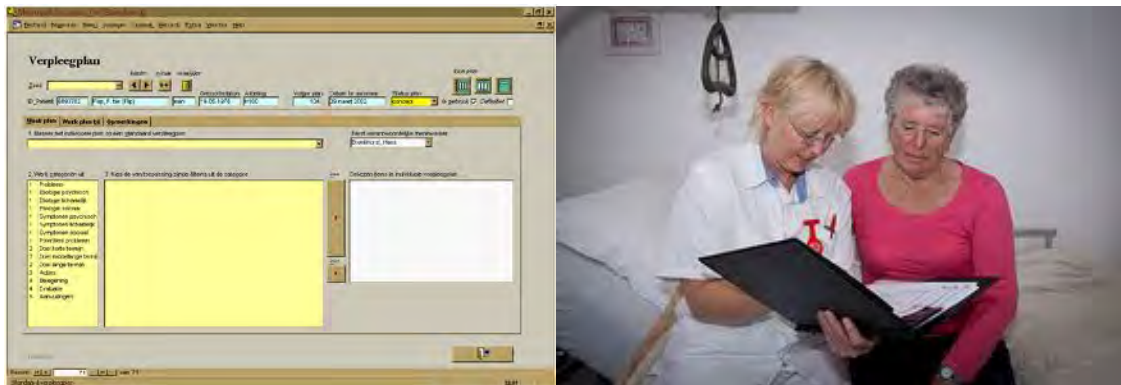
Het verpleegplan is het hulpmiddel om de afgesproken zorg te continueren, ondersteunt bij het stellen van prioriteiten en is een waarborg voor individuele zorgverlening. In het verpleegplan worden verpleegkundige diagnoses, de beoogde zorgresultaten en planning van de interventies met bijbehorende activiteiten overzichtelijk genoteerd. Deze registratie maakt het mogelijk de resultaten te evalueren en het plan bij te stellen. Een goed verpleegplan is volledig, congruent (ondersteuningsvragen, beoogde resultaten en acties sluiten op elkaar aan) en duidelijk over wie, wat, waar, wanneer enz. Het plan bevat instrumenteel-technische onderwerpen en items over begeleiding, informatie en instructie. Het verpleegplan sluit aan op het geneeskundig behandelplan.

In veel gevallen is het mogelijk om gebruik te maken van deelverpleegplannen, zoals bijvoorbeeld het verpleegplan geriatrische patiënt of diabetespatiënt. In VUmc is recent gestart met het opstellen van deelverpleegplannen. Deze deelverpleegplannen worden door de verpleegkundige voor de individuele patiënt aangevuld en zo nodig aangepast.

Volgens de 'Herziene consensus verpleegkundige verslaglegging', opgesteld onder supervisie van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (1999), dient er voor iedere patiënt een verpleegplan te worden uitgeschreven en dienen tussentijdse evaluaties te worden vastgelegd in voortgangsrapportages.

Eindverantwoordelijk voor het verpleegplan is het verpleegkundig hoofd zorgenheid. Verpleegkundigen zijn uiteraard verantwoordelijk voor hun eigen handelen, maar door de overdracht van diensten is het nodig dat er iemand toezicht houdt op de uitvoering van het gehele plan. De kwaliteit van verpleegplannen op een zorgenheid moet worden bewaakt en het is belangrijk verpleegkundigen te coachen in het opstellen ervan. Een hoofd zorgenheid zal de

verantwoordelijkheid doorgaans delegeren aan de teamleider of evt. aan eerstverantwoordelijk verpleegkundigen, casemanagers of zorgpadcoördinatoren.



Het opstellen van het verpleegplan in VUmc bestaat uit een aantal stappen:

- a. het formuleren van de verpleegkundige zorgresultaten
- b. het bepalen en inplannen van de verpleegkundige interventies en een keuze maken uit de mogelijke activiteiten
- c. de inter- en intradisciplinaire toetsing, zo mogelijk en zo nodig
- d. instemming van de patiënt

Ad a. Formuleren van verpleegkundige zorgresultaten

Verpleegkundige zorgresultaten beschrijven de toestand, gedragingen, opvattingen of belevingen van een patiënt die het gevolg zijn van verpleegkundige interventies. Verpleegkundige zorgresultaten dienen als criteria om het slagen van een verpleegkundige interventie te beoordelen. De gewenste resultaten van interventies worden in de diagnostische fase bepaald en na uitvoering van interventies, tijdens visites en evaluatiemomenten geëvalueerd.

Er zijn 7 domeinen van zorgresultaten, op het gebied van:

- de functionele gezondheid
- de fysiologische gezondheid
- de psychosociale gezondheid
- gezondheidskennis en gedrag
- gezondheidsbeleving
- gezondheid van familie en gezin
- maatschappelijke gezondheid.

Aan het opstellen van de zorgresultaten zijn een aantal voorwaarden verbonden: de doelstelling is vanuit de patiënt en SMART^{iv} geschreven. De acties zijn gebaseerd op de etiologische factoren (oorzaak, ontstaansgeschiedenis) van de verpleegkundige diagnose.

Ad b. Bepalen van verpleegkundige interventies en acties

Een verpleegkundige interventie is iedere professioneel uitgevoerde handeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundige oordeel, en klinische kennis uitvoert ten behoeve van de patiënt¹⁰. Verpleegkundige interventies, soms in samenhang met andere patiëntgebonden handelingen, hebben allemaal een gemeenschappelijk zorgdoel en zijn op basis van verpleegkundige besluitvorming gekozen en waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Een interventie kan bestaan uit meerdere verpleegkundige activiteiten. De interventie 'bewaken van de huidconditie' omvat bijv. activiteiten als inspectie huid, toepassen Braden-schaal, bewaken temperatuur van de huid, alert zijn op drukplaatsen en uitleg geven aan patiënt.

Enkele interventies toegelicht:

- Informatie, voorlichting, educatie en instructie zijn interventies die zowel gericht zijn op de ziekte of behandeling als op onderdelen ervan. Deze interventies vormen dan ook een continue factor.

^{iv} SMART: specifiek, meetbaar, appelerend, resultaatgericht, tijdgebonden

- Advies en voorspraak zijn bijzondere verpleegkundige taken. De kwetsbare patiënt moet kunnen rekenen op zowel beslissingsondersteuning als bescherming door de verpleegkundige. Dit vraagt een groot inlevingsvermogen en het tonen van respect door in de communicatie rekening te houden met persoonlijke factoren van de patiënt en diens naasten, zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis en begripsniveau, emotie, copingsstijl en draagkracht. Waar nodig neemt de verpleegkundige het op voor de patiënt als zij op basis van professionele verantwoordelijkheid meent dat dit nodig is en de patiënt onvoldoende in staat is om de eigen belangen te beschermen. Dit gebeurt met toestemming van de patiënt of familie, tenzij dit niet mogelijk is.

Lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning zijn basale verpleegkundige interventies. Een mooi voorbeeld van ondersteuning is de verpleegkundige die de patiënt helpt zich voor te bereiden op de artsensite. Opvallend is dat in de loop der jaren we zien dat lichamelijke ondersteuning deels is gedelegeerd aan assistenten, emotionele ondersteuning deels overgedragen aan maatschappelijk werk en de geestelijke ondersteuning aan het pastoraal werk. De vraag is of verpleegkunde voldoende kwaliteit kan behouden als de integrale aanpak verstoord dreigt te worden?

- Verpleegkundig technisch handelen en voorbehouden en risicovolle handelingen: verpleegkundigen in VUmc voeren alle algemene en voor verpleegkundigen voorbehouden handelingen uit. 'Bekwaam is bevoegd', zoals beschreven in de wet BIG. Verpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van hun kennis en vaardigheden op dit gebied. Leidinggevenden faciliteren bij het op orde houden van de kennis en vaardigheden voor zover het van praktisch toegevoegde waarde is. Voor enkele handelingen is in VUmc vastgelegd dat deze pas na vervolgscholing zijn toegestaan. Het veilig bedienen van medische apparatuur vereist instructie en training. Verpleegkundig specialisten hebben uitgebreidere bevoegdheden, o.a. voor het, binnen bepaalde kaders, voorschrijven van medicijnen.



- Ontslagmanagement: de verpleegkundige is de organisator en coördinator van tijdig en correct ontslag en overdracht in de keten. Zij stuurt in het behandelteam op afronden van verblijf in het ziekenhuis direct vanaf het moment dat duidelijk is dat de patiënt een periode van 24-uurszorg afhankelijk zal zijn. Ontslagmanagement start bij voorkeur op de polikliniek. De arts heeft binnen het ontslagmanagement een eigen verantwoordelijkheid voor het bepalen van de medische ontslagdatum en de overdracht aan de verwijzer of medicus in het vervolgtraject. In VUmc kunnen transferverpleegkundigen ingezet worden om ontslag te bespoedigen en mede te organiseren. Zij hebben specifieke kennis en een netwerk op het gebied van de vervolgzorg.

Ad c. Inter- en intradisciplinaire afstemming en toetsing

Voor een goede kwaliteit van het verpleegplan zal de opsteller ervan collega's raadplegen om feedback en tips te ontvangen. In een multidisciplinair overleg kan besproken worden of het verpleegplan goed aansluit op de overige behandelplannen. Per zorgeenheid zal de organisatie ervan wat verschillen. Bij standaardzorg voor een patiënt die geen bijkomende zorgvragen heeft, zal deze stap niet bij elke patiënt uitgevoerd hoeven worden. Van belang is dat de verpleegkundige steeds de beste zorg voor de patiënt nastreeft en zo nodig als woordvoerder voor de patiënt optreedt.

Ad d. Instemming verkrijgen van patiënt tav verpleegplan

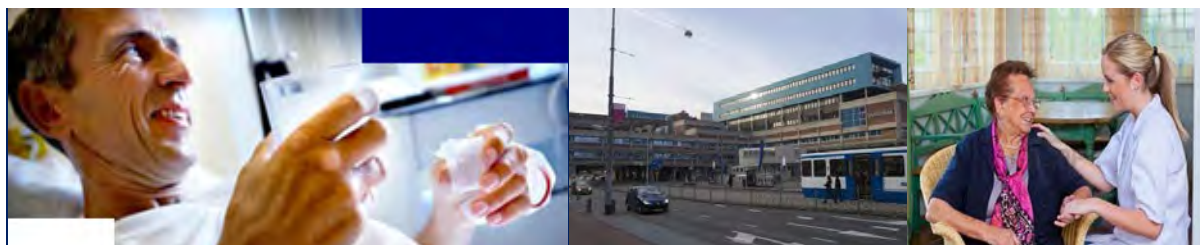
Het opstellen van het verpleegplan wordt afgerond door de bevindingen te bespreken met de patiënt en zijn instemming te vragen met de voorgestelde interventies en acties. De patiënt heeft zo keuze en invloed in zijn eigen zorgtraject.

Evaluëren en evt. bijstellen verpleegkundige zorgresultaten

Voor goede en tijdige zorg is het bewaken van en het (bij)sturen op voortgang en resultaten cruciaal. Zowel de verpleegkundige zorgresultaten als het verpleegkundig proces zelf worden bewaakt en bijgesteld. Verpleegkundige en patiënt beoordelen de resultaten tijdens de zorgverlening, visiterondes en in het eindgesprek.

Werken met verpleegkundige zorgresultaten is in VUmc nog niet sterk ontwikkeld. Inmiddels worden enkele uitkomstmaten digitaal gescoord (decubitus, delier, ondervoeding). Dit biedt de eerste stuurinformatie voor verpleegkundige teams. Registratie van data is onderdeel van het werk.

Procesresultaten zijn uitkomsten van de uitvoering van het verpleegkundig proces die de continuïteit en de kwaliteit van zorg bewaken. Een voorbeeld is een compleet verpleegplan of de gemeten patiëntervaring binnen 1 maand na ontslag. Voor een overzicht van procesresultaten zie bijlage 2. Het zichtbaar maken van verpleegkundige zorg- en procesresultaten is nodig om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te kunnen verbeteren. Hier wordt in de komende jaren in VUmc aan gewerkt.



Afronden verpleegkundige zorg en ontslag of einde behandeling

Als het zelfmanagement van de patiënt zodanig hersteld is dat ziekenhuisverblijf of behandeling op dagbehandeling op polikliniek binnen VUmc niet meer nodig is, volgt overdracht en ontslag. In de polikliniek spreken we niet over ontslag maar over einde behandeling. Gecheckt wordt of patiënt naar huis of elders 'mag, kan, durft of evt. moet'. De patiënt en evt. zijn naaste krijgen uitleg en instructies over de zorg die thuis zelf gedaan moet worden. Ontslag hoeft niet te betekenen dat de patiënt geen verpleegkundige zorg meer nodig heeft. Overdracht en ontslag kan bijvoorbeeld van klinische naar poliklinische zorgenheid zijn of van VUmc-verpleegkundige aan wijkverpleegkundige. Met een adequate overdracht van de zorg wordt continuïteit van de zorg voor een patiënt geborgd. Dat is in eerste instantie in het belang van de patiënt. Voor de verpleegkundige betekent het dat het verpleegplan doorgezet wordt zoals bedoeld. Het vergroot de grip op het verpleegkundig proces.

Nazorg

Bij ontslag of einde behandeling hoort ook de nazorg. De hoofdbehandelaar bepaalt wie verantwoordelijk is voor de nazorg. De patiënt wordt geïnformeerd over leefregels die horen bij de herstelfase. Aan bod komt informatie over de thuismedicatie en hoe die wellicht is veranderd. Belangrijk is goed aan te geven wanneer en hoe de patiënt contact op kan nemen met VUmc indien zich thuis alsnog problemen voordoen. Patiënt krijgt uitleg over de rol van de huisarts. Bij sommige patiëntengroepen wordt de patiënt thuis gebeld om te vragen of alles goed verloopt.

6.3 Verpleegkundige voortgangsrapportage en overdracht

De resultaten van elke processtap worden vastgelegd, op papier of digitaal. Doel is ook nu weer het waarborgen van continuïteit en kwaliteit van zorg en van een goede samenwerking, het kunnen reconstrueren van een gang van zaken en het voorkomen van fouten. Er wordt aandacht besteed aan:

- De ondersteuningsvragen en verpleegkundige diagnoses, aanpassingen daarin met onderbouwing.
- Afwijkende en nieuwe interventies en acties en de redenen daarvoor.
- Bijstelling van beoogde resultaten en de redenen daarvoor.

- Informatie die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling.
- Observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden.

Goede verpleegkundige rapportage voldoet aan de volgende kenmerken:

- Alleen wat binnen het kader van het verpleegplan relevant is wordt gerapporteerd.
- Alleen indien zich relevante ontwikkelingen voorgedaan hebben wordt gerapporteerd.
- Uit de verslaglegging blijkt op welk verpleegprobleem dit betrekking heeft.
- Gebeurtenissen/ omstandigheden die aanleiding kunnen zijn om bestaande strategieën aan te passen of om nieuwe verpleegproblemen vast te stellen worden gesignaleerd.
- Het taalgebruik is concreet, zodat de lezer snel en volledig ingelicht wordt.
- Er worden alleen algemeen gangbare afkortingen gebruikt.
- Datum, tijd en achternaam rapporteur zijn duidelijk vermeld.

De richtlijn 'verpleegkundige en de verslaglegging' van V&VN van sept. 2011 geeft goede informatie en kan als format dienen bij overdracht naar extern. De richtlijn is terug te vinden op de Verpleegkunde Site VUmc.

De actuele ondersteuningsvragen en het altijd en overal door iedereen kunnen volgen van de afhandeling ervan, vraagt om uitstekende overdracht. Een digitaal dossier is dan eigenlijk onmisbaar.



Er zijn verschillende overdrachtmomenten en bijbehorende vormen: tussen collega's in verschillende diensten, naar een andere zorgeenheid, interdisciplinaire overdracht en overdracht naar een zorgverlener buiten VUmc; overdracht in een acute situatie en overdracht met voldoende tijd om voor te bereiden. Ook is er kennisoverdracht naar de patiënt of mantelzorg indien deze een deel van de behandeling zelf uitvoert.

In VUmc wordt de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation) gebruikt bij overdracht in acute situaties (implementatie 2012; zie KwaliteitsNet)

Interdisciplinaire overdracht gebeurt vaak mondeling, al dan niet in een multidisciplinair overleg. Enkele zorgeenheden werken met een coördinatievel, waar de verschillende disciplines hun bevindingen op noteren. Voor de meest voorkomende overdracht, die tussen collega-verpleegkundigen in verschillende diensten, zijn in VUmc geen afspraken gemaakt. In feite zijn het verpleegkundige dossier en het verpleegplan de dragers van de informatie. We weten echter dat deze documenten momenteel onvoldoende worden bijgehouden om als goed overdrachtsmiddel te kunnen fungeren. Met de komst van een elektronisch patiëntendossier verwachten we dat de werkprocessen op dit punt ondersteund worden.

Overdracht in het bijzijn van de patiënt kent vele voordelen, daar is inmiddels voldoende verpleegkundig onderzoek naar gedaan door bijv. L. Back en N. Gort¹¹. Het voegt de mogelijkheid tot visuele aanwijzingen toe, uitslagen op apparatuur zijn actueel en de patiënt kan aanvullende informatie geven. Het is voor de patiënt duidelijk aan wie de verantwoordelijkheid voor de zorg wordt overgedragen. De verpleegkundige is in de nabijheid van de patiënt en tijd doorgebracht bij de patiënt draagt bij aan de kwaliteit van observatie en kan een gevoel van veiligheid en troost bij de patiënt geven. Het vergroot de mogelijkheid voor oprechte aandacht, een belangrijke interventie. Uiteraard

moet de toestand van de patiënt het toelaten en moet een zekere mate van privacy gewaarborgd worden. Patiënt kan zelf aangeven of bijvoorbeeld bezoek erbij kan blijven of zich juist even terug moet trekken. We hanteren: overdracht vindt plaats in het bijzijn van de patiënt, tenzij...

Voor een goede communicatie over inhoud en voortgang van het verpleegkundig proces is het noodzakelijk dat we de verschillende termen op dezelfde manier uitleggen, anders ontstaat al snel verwarring. Om die reden zijn classificatiesystemen ontwikkeld. Deze worden toegelicht in H 7.

Hoofdstuk 7. Classificatiesystemen voor verpleegkundige diagnostiek en interventies

Classificatie maakt het mogelijk om informatie te ordenen en verwerken door het toepassen van gestandaardiseerde verpleegkundige terminologie (eenduidige 'taal'). Bijvoorbeeld een afspraak over wat we onder decubitus verstaan. Eenheid van taal met een eenduidige registratie, ondersteunt verpleegkundige besluitvorming, legt hiaten in de gegevensverzameling bloot en helpt bij het zoeken van gegevens. Het is een voorwaarde voor onderzoek en declaratie.

Verpleegkundigen in VUmc gebruiken het ordeningssysteem van Gordon. In de toekomst zal ICF wellicht een betere keuze zijn. Erkende internationale classificatiesystemen als Nanda, NIC en NOC zullen met de komst van het EPD beter toe te passen zijn in de verpleegkunde.

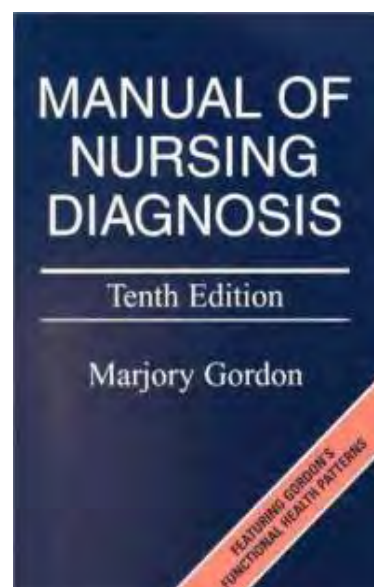
Het toepassen van eenduidige terminologie en benutten van classificatie is niet populair in de verpleegkundige praktijk, ook niet in VUmc. Als beroepsgroep zijn we ons blijkbaar onvoldoende bewust geweest van het belang ervan voor de professionalisering van het vak. Gestandaardiseerde terminologie en ordeningssystemen zijn o.a. nodig voor het inrichten van het verpleegkundig deel binnen een elektronisch patiëntendossier, voor verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek en voor het ontwikkelen van zorgpaden en ketenzorg. Als we willen dat de maatschappij verpleegkunde als een zelfstandig vak waardeert, zullen we aan moeten tonen welke financiële waarde er tegenover staat. Zonder eenduidige codes lukt dat niet. De minister van VWS heeft in december 2011 het advies gekregen om verpleegkundig specialisten zelf een DBC/DOT te kunnen laten openen. Dat is een belangrijke ontwikkeling en daarom menen we dat classificeren een betere plaats moet krijgen in de verpleegkunde in VUmc.

In VUmc zijn de 11 internationale gezondheidspatronen vlg. Gordon al vele jaren de basis voor het ordenen van de informatie, bijv. in de anamnese. De patronen zijn de vertaling van de zorgaspecten van het bestaan en elk patroon wordt beoordeeld in de context van de andere patronen. Het benadrukt een holistische benadering van de patiënt. De patronen passen bij de dimensies: fysiek, mentaal, sociaal, emotioneel en spiritueel.

Gezondheidspatronen volgens Gordon

- ❖ Patroon van gezondheidsbeleving en – instandhouding
- ❖ Voeding/stofwisselingspatroon
- ❖ Uitscheidingspatroon
- ❖ Activiteitenpatroon
- ❖ Slaap/rustpatroon
- ❖ Cognitiespatroon
- ❖ Zelfbelevingspatroon
- ❖ Rollen/relatiespatroon
- ❖ Seksualiteit/voortplantingspatroon
- ❖ Stressverwerkingspatroon
- ❖ Waarden/overtuigingspatroon

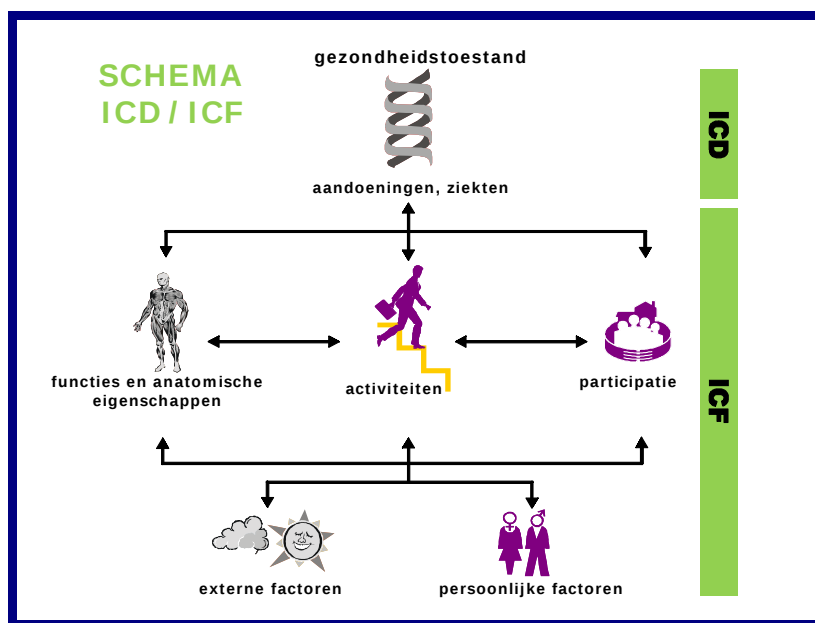
De patronen zijn beschreven in bijlage 3.



De nieuwe V&V beroepsprofielen gebruiken de *ICF*¹² (international classification of functioning disability and health). De ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit 3 perspectieven:

1. het menselijk organisme (functies en anatomische eigenschappen)
2. het menselijk handelen (activiteiten)
3. de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participeren)

Zowel Gordon als ICF beschrijven het dagelijks functioneren van mensen in relatie tot hun gezondheidstoestand. Het ICF sluit aan op het medische classificatiesysteem ICD (international classification of diseases and related health problems). ICF wordt gebruikt door paramedici en verpleegkundigen en verbindt het denken in het medisch model met de bio-psycho-sociale benadering.



Figuur 4: schema met domeinen volgens ICD/ICF

NANDA beschrijft de verpleegkundige diagnoses op basis van de PES (zie blz. 14). Dit systeem is inhoudelijk een goed classificatiesysteem voor de verpleegkunde, maar helaas moeilijk toegankelijk. Het vraagt van verpleegkundigen om uit vele duizenden termen de juiste te kiezen.

NIC, Nursing Intervention Classification classificeert de verpleegkundige interventies. De NIC wordt in steeds meer digitale systemen voor klinische informatie opgenomen, o.a. in SNOMED^v, een medisch ordeningssysteem. De NIC beschrijft meer dan 500 verpleegkundige interventies en meer dan 12.000 activiteiten, van 'aanraken' tot 'zwangerschapsbegeleiding'. Ze zijn bruikbaar voor alle verpleegkundige settings: voor intensive care en voor thuiszorg, voor preventie en voor chronische zorg etc. Een interventie bestaat uit een label of naam, een definitie en een overzicht van activiteiten. De keuze voor de activiteiten bij de interventie maakt maatwerk per patiënt mogelijk.

NOC, Nursing Outcome Classification is een classificatie van verpleegkundige zorgresultaten: de gevolgen van de interventies. De NOC beschrijft per resultaat een definitie, een serie indicatoren, een vijfpunts likertschaal^{vi} om de status van de patiënt te meten en een korte lijst van referenties. Door met de NOC-zorgresultaten te werken kunnen we gebruik maken van gestandaardiseerde termen, de

^v SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine -- Clinical Terms), is een systematisch georganiseerde digitale collectie van medische termen en geeft codes, termen, synoniemen enz.

^{vi} methode om moeilijk te kwantificeren gegevens te kunnen ondervragen en te kunnen voorzien van een interval meetniveau Veel gebruikte extremen zijn "volledig mee eens" en "volledig mee oneens"

verpleegkundige hoeft dan niet steeds zelf een verpleegkundig zorgresultaat te formuleren. Door de standaardisatie op resultaten zijn patiënten met elkaar te vergelijken en bruikbaar voor onderzoek en procesverbetering. Door de 5 puntsschaal kan de vooruitgang beter gemonitord worden en is het ook voor kortdurende opnames mogelijk om de vooruitgang zichtbaar te maken, terwijl een doel gehaald of niet gehaald kan worden.

Verpleegkundigen kunnen in VUmc in de bibliotheek boeken hierover inzien of lenen. De ICF en een beschrijving van de samenhang tussen ICF, NANDA, NIC en NOC is beschikbaar op de Verpleegkunde site.

Om het verpleegkundig deel binnen het EPD goed en tijdig voor te kunnen bereiden kiezen we er voorlopig voor om de gezondheidspatronen van Gordon te handhaven en te onderzoeken of en hoe we deze kunnen laten aansluiten op ICF. Dat geeft ons de mogelijkheid om op een later tijdstip ICF als systeem verder te introduceren binnen VUmc.

Voorgaande hoofdstukken zijn ingegaan op richting (visie) en inrichting (proces). Voor de verrichting van de verpleegkunde, waar het uiteindelijk om gaat, beschrijven we in H 8 het profiel van de verpleegkundige in VUmc die werkt volgens De Verpleegkundige Standaard.

Hoofdstuk 8. Profiel van de verpleegkundige in VUmc

De vakbekwaamheid van een VUmc-verpleegkundige blijkt uit haar vaardigheid om de verschillende CanMEDS¹³-rollen in te vullen. Ze ondersteunt de patiënt in zijn zelfmanagement en in haar handelen zet ze het belang van de patiënt steeds voorop. Daarnaast is ze pro-actief, ontwikkelingsgericht en neemt ze haar verantwoordelijkheid binnen het teamwork. Ze is collegiaal en positioneert zich duidelijk als professional. De VUmc-verpleegkundige weet de drie kerntaken van een umc in haar werk goed te integreren.

Een verpleegkundige die haar vak goed en volledig uitvoert heeft alle competenties uit de CanMEDS-rollen ontwikkeld. Een competentie is het vermogen om kennis, vaardigheid en attitude in relevante beroepssituaties effectief toe te passen. De competenties zijn elementen van taakgebieden of rollen. CanMEDS is ontwikkeld in de jaren '90 en staat voor Canadian Medical Education Directives for Specialists. Inmiddels zijn de CanMEDS ook toegepast in de medische en verpleegkundige opleidingen in Nederland.

De CanMEDS zijn uitgewerkt voor verpleegkundigen in VUmc en gepubliceerd op KwaliteitsNet, documentnummer, en op de Verpleegkunde Site van VUmc. De belangrijkste competenties die nodig zijn voor een juiste uitvoering van het verpleegkundig proces volgens de VUmc standaard zijn opgenomen in bijlage 5.



Figuur 5: de CanMEDS rollen.

Toelichting op de kernwoorden in figuur 5:

- Vakbekwaamheid: actuele (getoetste) kennis en vaardigheden, zoveel mogelijk evidence based werken.
- Communicatie: met patiënt, zijn naasten, mantelzorgers, collega's, multidisciplinair
- Samenwerking: met patiënt, zijn naasten, mantelzorgers, collega's, multidisciplinair
- Kennis ontwikkelen en delen en het ontwikkelen van de beroepsgroep: deskundigheid op peil houden, vakliteratuur, bijwonen van vakinhoudelijke bijeenkomsten en bijscholing, inwerken, bijdragen aan de opleiding van anderen, bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek, EBP/onderzoek benutten, (toegepast) onderzoek doen.
- Maatschappelijke verantwoordelijkheid: gezond gedrag bevorderen.
- Organisatie: van eigen werk en binnen relevante werkafspraken van binnen en buiten VUmc.
- Professionaliteit: kwalitatief hoogwaardige zorg leveren, professioneel gedrag vertonen, kwaliteit bevorderen, recht doen aan ethische normen van het beroep. Actief deelnemen aan zorginhoudelijke of beroepsmatige discussies, meewerken aan inhoudelijke onderbouwing van het vak, ambassadeursfunctie voor het beroep vervullen en opkomen voor de belangen van de beroepsgroep

Veiligheid heeft de hoogste prioriteit in de zorg en verpleegkundigen spelen daar een belangrijke rol in. Zij brengen immers de meeste tijd door bij de patiënt en hun observaties kunnen problemen helpen voorkomen of beperken. Goede reden om de patiëntcontacttijd zo groot mogelijk te houden of maken. Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) leunt voor een aanzienlijk deel op verpleegkundige controles en handelingen.

In VUmc werken we graag met collega-verpleegkundigen die zich profileren als een professional, ongeacht hun taken of rol. En ook ongeacht hun opleidingsachtergrond. Ieder doet waar hij of zij goed in is en is daarom belangrijk. Het zit in de houding van de verpleegkundige of de verpleegkundig specialist. We herkennen het profiel bijvoorbeeld aan een gedegen voorbereiding op het werk, aan het feit dat verpleegkundigen reflecteren op hun eigen handelen, zichzelf (laten) toetsen of omdat zij een waardevol aandeel hebben in een multidisciplinaire bespreking. Ze zijn toegewijd aan de patiënt, aan hun team en aan hun vak. Toegewijd klinkt misschien ouderwets, maar als we collega's mogen aanwijzen voor wie we respect hebben, zijn dat vrijwel altijd toegewijde verpleegkundigen.

Het zijn verpleegkundigen die hun patiënten willen kennen. Die weten waar de patiënt zich zorgen over maakt of wat de patiënt juist op de been houdt. Die weten wat nodig is om de patiënt over te kunnen dragen naar de thuissituatie of naar elders. Ze besluiten, zoveel mogelijk, samen met patiënt welke verpleegkundige zorg geïndiceerd is en hoe deze wordt uitgevoerd. Ze sluiten aan bij wat de patiënt weet en kan. Ze werken naar een doel toe en stellen hun plan bij op basis van de vorderingen die ze meten. Ze ondersteunen het werk van de arts en zijn van toegevoegde waarde in het zorgteam.

Deze verpleegkundigen zijn proactief en ontwikkelingsgericht. Ze leren nieuwe technieken aan en maken gebruik van nieuwe inzichten. Werken volgens lean, met zorgpaden, of met nieuwe ICT-techniek bijvoorbeeld. Niet omdat het moet, maar omdat ze zien dat het waarde toevoegt aan hun werk. Motivatie wordt gehaald uit de tevredenheid van de patiënt en het plezier met collega's.

Verpleegkundigen in VUmc maken duidelijk waar zij voor staan en nemen hun verantwoordelijkheid. Ze werken samen, voor een effectief en efficiënt zorgproces. Ze zijn flexibel en staan steeds klaar voor de patiënt. Ze bewaken tegelijkertijd de grenzen van hun vak en dragen tijdig over waar nodig.

Werken in een universitair medisch centrum betekent dat er meerdere kerntaken zijn. Deze taken worden geïntegreerd in de zorgverlening. Onderwijs en opleiding zijn een normaal onderdeel van het werk. Het coachen van studentverpleegkundigen en pas gediplomeerde collega's houdt ons scherp op kennis en vaardigheden. Verpleegkundigen ontwikkelen en leren doorlopend en op allerlei manieren: klassikale bijscholing, e-learning, deelname aan klinisch onderwijs enz. Ontwikkelingen in het vak worden gevolgd en met elkaar besproken.

Een umc levert topreferente zorg: het is voor patiënten de laatste verwijsmogelijkheid. De geneeskundige zorg kan vaak niet protocollair gegeven worden omdat het complexe en unieke aandoeningen betreft. Dat betekent dat ook de verpleegkundige zorg op maat van de patiënt gesneden moet worden zonder dat er al een basis is voor het verloop van de behandeling. Verpleegkundigen in VUmc zijn daarom goed in het analyseren van gegevens en kunnen een verpleegplan maken voor zorg met een onbekend verloop.

Ook de uitvoering van de verpleegkundige zorg vraagt soms om creatieve oplossingen. Er worden nieuwe middelen en technieken uitgevonden en uitgeprobeerd en de verpleegkundige zorg moet daarvoor ontworpen worden. Er wordt daarvoor o.a. samengewerkt met bedrijven en faculteiten zoals wiskunde en gezondheidswetenschappen. Verpleegkundigen in VUmc worden gestimuleerd om zelf binnen het eigen vakgebied innovatief te zijn door jaarlijks de VVH VUmc Verpleegkunde Prijs toe te kennen. Jaarlijks komen er goede voorstellen binnen.

Elke verpleegkundige in VUmc kent het belang van wetenschappelijk onderzoek, medisch of verpleegkundig. Het zal voor de een dagelijks werk zijn, en voor de ander wat meer op afstand. Protocollen worden zoveel mogelijk *evidence based* opgesteld en elke verpleegkundige in VUmc zal wel eens te maken krijgen met een patiënt die deelneemt aan wetenschappelijk onderzoek. Er wordt dan in het verpleegplan rekening gehouden met de belangen van het onderzoek, en tegelijkertijd zal de verpleegkundige de zorgbehoefte van de patiënt centraal stellen. Verpleegkundigen kunnen ook zelf onderzoeker zijn. Hiervoor is in VUmc een platform opgericht om elkaar te steunen en stimuleren. Een researchverpleegkundige is een speciaal opgeleid verpleegkundige die een deel van een medisch wetenschappelijk onderzoek organiseert of uitvoert.

Fijn, om te werken met zulke collega's! Voor patiënten is een ontmoeting met hen eigenlijk altijd zinvol. De patiënt ervaart effectieve verpleging, efficiënt georganiseerd. Hij weet dat hij op de verpleegkundige terug kan vallen als zelfmanagement even moeilijk blijkt. Ze loodst hem door lastige tijden, samen met haar collega's.

Hoofdstuk 9. Tenslotte

De Verpleegkundige Standaard VUmc is een kwaliteitsnorm die het kader vormt voor wat VUmc-verpleegkundigen als goede verpleegkundige zorg beschouwen. We hebben het kader met elkaar vastgesteld en we realiseren ons dat we deze kwaliteitsnorm samen moeten waarmaken.

Het verpleegkundig proces bestaat uit zowel ontwerpen als uitvoeren. Goed neerzetten van het verpleegkundig proces vraagt het vermogen om te denken vanuit theoretische kaders en te handelen naar de behoefte van de patiënt. Het vraagt rekening te houden met de consequenties voor de volgende stappen in de keten en de belangen van collega's. Abstract denken en complexe combinaties maken, maar ook heel goed kunnen verplaatsen in ogenschijnlijk alledaagse problemen. Hierbij past een HBO-niveau. Van de verpleegkundigen in VUmc is naar schatting 50 tot 60% HBO opgeleid. Hoeveel van de VUmc-verpleegkundigen op HBO-niveau denken en werken weten we niet, dan kunnen er meer, maar ook minder zijn. Opleiding alleen is immers niet bepalend voor het werkresultaat. Afhankelijk van de complexiteit van de zorg zal de realisatie van het verpleegplan vaak uitstekend met een MBO-achtergrond uitgevoerd kunnen worden.

In veel verpleegkundige teams zitten zowel verpleegkundigen die het grootste werkplezier halen uit het rechtstreeks patiëntencontact in combinatie met ervoor zorgen dat de zorg goed wordt uitgevoerd, als verpleegkundigen die zich graag bezig houden met het organiseren en verbeteren van de zorg. Beide typen verpleegkundigen zijn heel hard nodig om goede zorg te kunnen geven, en verschillende voorkeuren en kwaliteiten zijn onderdeel van hetzelfde proces.

Als we De Verpleegkundige Standaard VUmc in praktijk willen brengen is het dus de vraag hoe we deze twee typen verpleegkundigen het beste kunnen inzetten. Die vraag gaan we met elkaar beantwoorden.

Tussen het beschrijven van De Verpleegkundige Standaard VUmc en de realisatie in de praktijk ligt nog een stevige uitdaging! Met elkaar kunnen we het gesprek nu aangaan hoe we dit kunnen oppakken. Zeker is dat er meerdere scenario's denkbaar zijn. Het is nodig dat we een eigenaar benoemen van het veranderproces, dat we met name de regie op het proces gaan verbeteren en dat we resultaten van de gewenste veranderingen in beeld brengen. ICT-ondersteuning zal een basisbehoefte zijn.

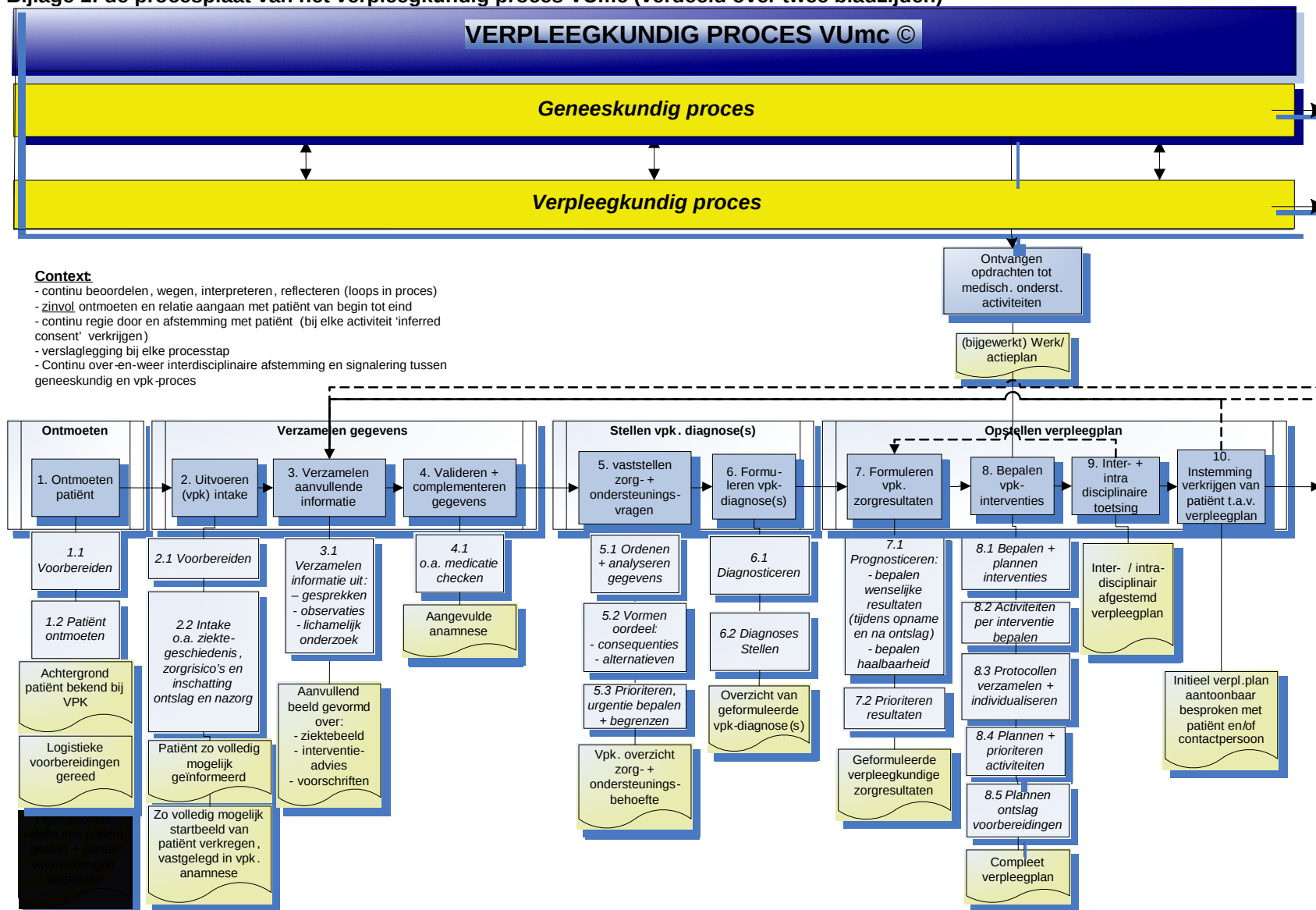
We zijn een lerende organisatie, creatief en ambitieus. Met vertrouwen in een prachtig beroep, collega's om trots op te zijn, en met de belangen van de patiënt voor ogen, gaan we er komen!

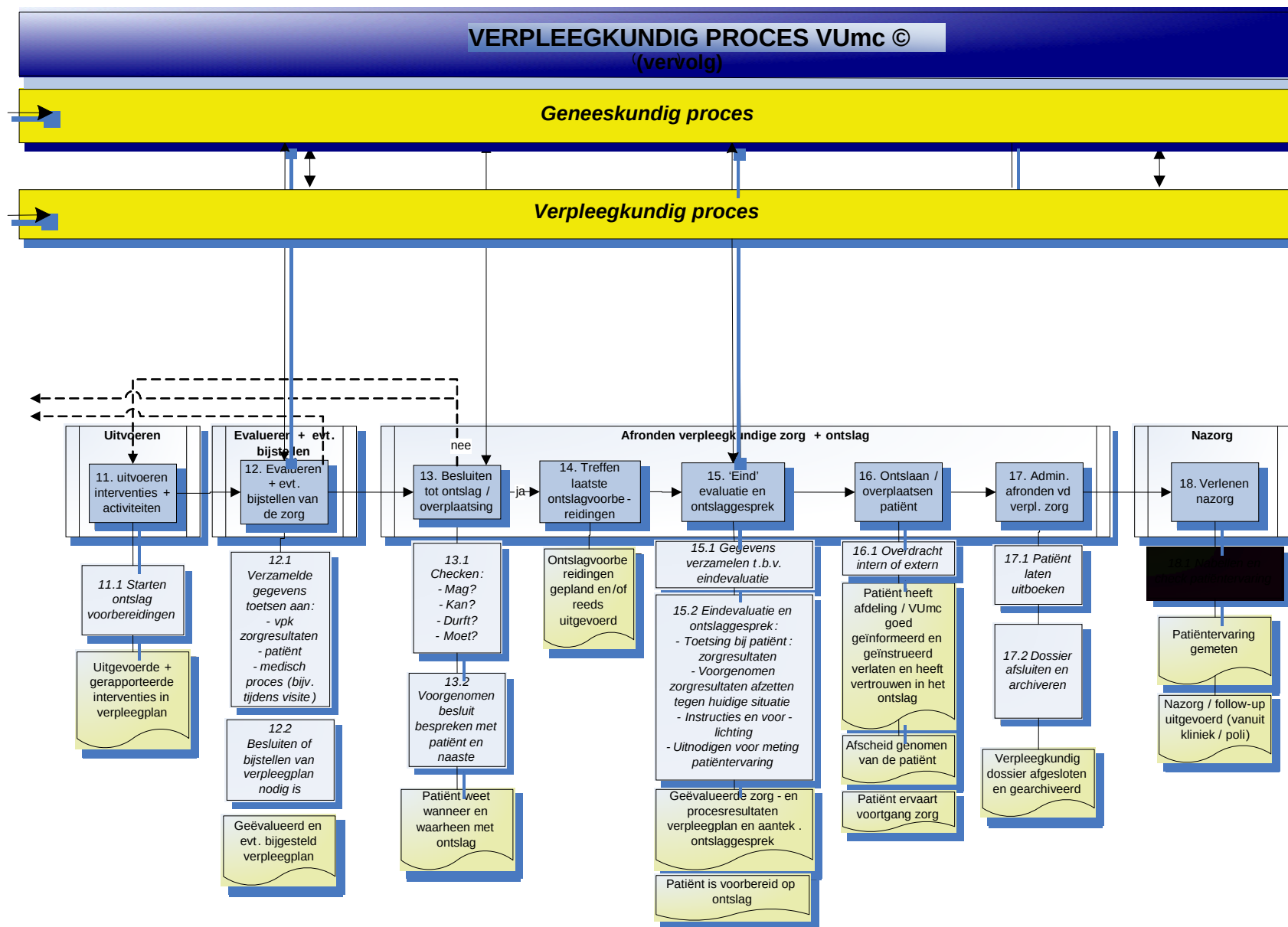
En wat merkt de patiënt? En het zorgteam? Het succes van de implementatie van De Verpleegkundige Standaard wordt bepaald door de waardering van de patiënt voor de zorg die hij heeft ervaren. Indien de vragen en de zorgen van de patiënt steeds het uitgangspunt zijn van de organisatie van de verpleegkundige zorg, dan mag je verwachten dat daar waardering voor zal zijn. De invloed die de patiënt heeft op het verpleegkundig proces is de eerste stap naar herstel van zelfmanagement. Een goed uitgevoerd verpleegkundig proces draagt bij aan het 'empowerment' van de patiënt.

Daarnaast moet de verpleegkundige zorg zo ongeveer naadloos aansluiten op het geneeskundig proces. Verpleegkundigen die goed geïnformeerd zijn over de situatie van de patiënt zijn van grote waarde en hebben een stem in het bepalen van de multidisciplinaire behandeling.



Bijlage 1: de procesplaat van het verpleegkundig proces VUmc (verdeeld over twee bladzijden)





Bijlage 2: Resultaten van het verpleegkundig proces VUmc per processtap; nummers corresponderen met procesplaat (bijlage 1)

processtap	beoogd resultaat patiënt*	beoogd resultaat verpleegkundige
1. Ontmoeten	Patiënt voelt zich gezien, welkom, belangrijk en veilig.	Globale achtergrond is bekend. Logistieke voorbereidingen zijn getroffen. Start van de professionele relatie. 1 ^e waarnemingen gedaan.
2. Verzamelen gegevens	Patiënt is zo volledig mogelijk geïnformeerd en heeft relevante informatie, verwachtingen en zorgen m.b.t. ziektebeeld kunnen uiten.. Patiënt is vroeg betrokken bij ontslagtraject.	Verpleegkundige heeft een zo volledig mogelijk startbeeld van de patiënt verkregen, vastgelegd in verpleegkundige anamnese. Er is aanvullende informatie verzameld over ziektebeeld en gegevens zijn gevalideerd en complementeert (o.a. medicatie) Alle gegevens zijn vastgelegd in verpleegkundige anamnese.
5 + 6. Stellen vpk diagnose (s)	Patiënt geeft aan welke behoefte er is aan ondersteuning. Uiteindelijke keuze voor verpleegkundige diagnose is afgestemd met patiënt.	Verpleegkundige heeft zicht op ondersteuningsbehoefte. Ondersteuningsvraag is concreet verwoord in verpleegkundige diagnose(s), volgens geldend classificatiesysteem, en is vastgelegd in verpleegplan.
7 t/m 10. Opstellen verpleegplan	Plan is opgesteld en afgestemd met de patiënt. Patiënt is akkoord met verpleegplan.	Vanuit de verpleegkundige diagnose is samen met de patiënt het beoogde verpleegkundige zorgresultaat, interventies en bijbehorende activiteiten bepaald en uitgezet in de tijd, vastgelegd in het verpleegplan. Verpleegkundig toetst plan bij collega's en/of interdisciplinair.
11. Uitvoeren vpk acties bij interventies	Patiënt is voorbereid en goed geïnformeerd over doel, verloop en aard van de acties uitgezet in de tijd.	Uitgevoerde interventies en rapportage hierover in verpleegplan. Evt. ontslagvoorbereiding is in gang gezet.
12. Evalueren en evt. bijstellen	Voortgang/waarde van beoogd zorgresultaat is samen met de patiënt bepaald en zo nodig zijn nieuwe doelen gesteld.	Verzamelde gegevens worden getoetst aan doelen in medisch en verpleegkundig proces. Zo nodig worden nieuwe acties gepland en vastgelegd in verpleegplan
13 t/m 17. Afronden verpleegkundige zorg en ontslag/einde behandeling	Patiënt is geïnformeerd over ontslag (datum en evt. vervolgzorg) en ervaart ondersteuning. Patiënt heeft informatie over leefregels en thuismedicatie. Is voorbereid, ervaart voortgang van zorg en heeft vertrouwen in ontslag. Patiënt heeft de mogelijkheid gekregen zijn mening te geven over de ervaren zorg.	Gecheckt is of patiënt met ontslag mag, kan, durft of evt. moet. Check op ontslagvoorbereiding gedaan en voortgang van zorg is geregeld. Eindevaluatie (laatste toets op beoogde zorgresultaten). en ontslaggesprek gehouden met patiënt. Afscheid is genomen en prof. Relatie is afgesloten. Overdracht is gedaan en verpleegkundig dossier is afgesloten en gearchiveerd.
18. Nazorg	Patiënt weet wanneer hij contact op moet nemen bij problemen met VUmc of huisarts.	Verpleegkundige heeft continuïteit van verpleegkundige zorg geborgd. Patiëntervaring is gemeten. Zo nodig wordt nazorg verleend.

* patiënt en/of naasten

Bijlage 3: De gezondheidspatronen volgens Gordon

1- *Patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding*

Het patroon van gezondheidsbeleving en -instandhouding omvat wat de patiënt van zijn gezondheid en welzijn vindt en hoe hij voor zijn gezondheid zorgt. Het gaat om de wijze waarop de patiënt zijn gezondheid beleeft in relatie met zijn huidige en toekomstige activiteiten. Daartoe horen ook de omgang met gezondheidsrisico's en het algehele gezondheidsgedrag zoals activiteiten m.b.t. de geestelijke en lichamelijke gezondheid, het opvolgen van gezondheidsvoorschriften en de medewerking aan nazorg.

2- *Voeding/stofwisselingspatroon*

Dit patroon bevat de inname van vocht en voedsel in verhouding tot de fysiologische behoeften, alsmede indicatoren van de plaatselijk aanwezige voedingsmiddelen. Denk hierbij aan individuele eet- en drinkpatronen, de dagelijkse eettijden, soorten en hoeveelheden geconsumeerd vocht en voedsel, voorkeuren voor bepaalde voedingsmiddelen en het gebruik van voedings- en vitaminesupplementen. Ook borstvoeding en het voedingspatroon van zuigelingen behoren tot dit patroon. Verder vallen eventuele huiddefecten en het algemene vermogen tot genezing onder dit patroon. Tot slot ook de toestand van huid, haar, nagels, slijmvliezen en gebit, en lichaamstemperatuur, lengte en gewicht.

3- *Uitscheidingspatroon*

Dit patroon omvat de uitscheidingsfunctie van darmen, blaas en huid. Inbegrepen zijn de subjectief beleefde regelmaat van de uitscheiding, eventueel gebruik van laxantia of andere middelen om de ontlasting op te wekken en eventuele veranderingen of problemen wat tijd, wijze, kwaliteit en/of kwantiteit van uitscheiding betreft. Ook eventuele hulpmiddelen (katheter, plaswekker, stoma-artikelen) vallen onder het uitscheidingspatroon.

4- *Activiteitenpatroon*

Het activiteitenpatroon omvat het geheel van lichaamsbeweging, activiteiten, ontspanning, recreatie en vrijetijdsbesteding. Hieronder vallen alle ADL-activiteiten zoals wassen, kleden, koken, boodschappen doen, eten, werken en het huishouden. Ook de soort, kwaliteit en kwantiteit van lichaamsbeweging en regelmatig beoefende sport horen tot dit patroon. Daarnaast zijn inbegrepen factoren die een belemmering vormen voor het gewenste of verwachte individuele patroon, zoals neuromusculaire functiestoornissen, benauwdheid, pijn op de borst of spierkrampen bij inspanning. Tot slot maken de vrijetijdsbesteding en alle recreatieve activiteiten die de patiënt alleen of met anderen onderneemt, deel uit van dit patroon. De nadruk ligt op activiteiten die van groot belang zijn voor de patiënt.

5- *Slaap/rustpatroon*

Dit patroon omvat het patroon van perioden van slaap, rust en ontspanning verspreid over het etmaal. Hierbij horen ook de subjectieve beleving van de kwaliteit en kwantiteit van slaap en rust en de hoeveelheid energie, en eventuele hulpmiddelen zoals slaappillen of bepaalde gewoontes voor het slapengaan.

6- *Cognitiepatroon*

Het cognitiepatroon omvat alle cognitieve functies. Tot de cognitieve functies behoren waarnemen, informatie verwerken, leren, denken en problemen oplossen. Ook zijn adequaatheid van zien, horen, proeven, voelen, ruiken en eventuele compensatiemechanismen of prothesen relevant. De pijnzin en omgang met pijn vallen onder dit patroon, en het taalvermogen, geheugen, oordeelsvermogen en de besluitvorming.

7- *Zelfbelevingspatroon*

Het zelfbelevingspatroon betreft de wijze waarop iemand zichzelf ziet. Ideeën over de eigen persoon, de beleving van de eigen vaardigheden (cognitief, affectief of lichamelijk), het zelfbeeld, de identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het algehele patroon van emoties. Lichaamshouding, motoriek, oogcontact, stem en spraak maken deel uit van dit patroon.

8- *Rollen/relatiespatroon*

Dit patroon omvat de belangrijkste rollen en verantwoordelijkheden van de patiënt in zijn huidige levenssituatie en zijn familie-, gezins-, werk- en sociale relaties met de bijbehorende

verantwoordelijkheden. Ook de subjectieve beleving van de rollen en relaties, de tevredenheid van de patiënt ermee en eventuele verstoringen horen tot het patroon.

9- Seksualiteit/voortplantingspatroon

Het seksualiteit/voortplantingspatroon omvat de seksuele relaties, seksualiteitsbeleving en het voortplantingspatroon, en de mate van (on)tevredenheid hiermee en eventuele subjectief ervaren problemen. Ook zijn de vruchtbaarheid, maturiteitsfase (premenopauze, overgang, postmenopauze) en eventuele subjectief ervaren problemen van belang.

10- Stressverwerkingspatroon

Het stressverwerkingspatroon omvat de wijze waarop iemand in het algemeen met problemen en stress omspringt. Inbegrepen zijn de reserve, de draagkracht of het vermogen om persoonlijke crises te doorstaan, coping-mechanismen, steun van familie of anderen en het subjectief ervaren vermogen om macht over de situatie uit te oefenen.

11- Waarden/overtuigingspatroon

Dit patroon omvat de waarden, normen, doelstellingen en overtuigingen waarop iemand zijn keuzes en beslissingen baseert. Inbegrepen zijn wat iemand belangrijk acht in het leven, en eventuele subjectief ervaren conflicten tussen bepaalde waarden, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid.

Bijlage 4. Kernset ondersteuningsvragen (verpleegproblemen)

Op basis van beroepsprofiel verpleegkundige 2012

Lichamelijk	Psychisch
- Bedreigde of verstoorde vitale functies (ademhaling, circulatie, hersenfuncties) - Infectie - Smetten, jeuk - Wonden (o.a. decubitus) - Pijn - Vermoeidheid - Verlies van eetlust - Misselijkheid, braken - Gewichtsverlies (o.a. ondervoeding) - Gewichtstoename - Uitdroging/verstoorde vochtbalans - Uitscheidingsproblemen (mictie, diarree, obstipatie, overmatige transpiratie) - Incontinentie	- Bewustzijnsstoornissen - Stemmingsstoornissen - Stoornissen in geheugen - Stoornissen in denken en waarnemen (achterdocht, wanen, hallucinaties); delier - Persoonlijkheidsstoornissen - Stoornissen in gedrag (agitatie, agressie, claimen, obsessie, automutilatie) - Angst, paniek - Stress - Verslaving - Verlies en rouw - Onzekerheid - Kennistekort - Ineffectieve coping (o.a. therapietrouw) - Zingevingproblemen
Functioneel	Sociaal
- Tekort zelfmanagement - Tekort zelfredzaamheid (ADL, IADL, HDL) - Zintuiglijke beperkingen - Verstoorde mobiliteit, fysieke beperkingen - Vallen - Slaap/waakproblemen	- Overbelaste mantelzorg - Tekort aan mantelzorg - Participatiestoornissen - Sociale incompetentie - Eenzaamheid - Gebrek aan sociaal netwerk - Seksualiteitsstoornissen

Bijlage 5: Beroepscompetenties verpleegkundige VUmc: de top 3

De verpleegkundige ondersteunt de patiënt in zijn zelfmanagement	
De verpleegkundige:	- voert van de 1e ontmoeting tot en met de nazorg het verpleegkundige proces uit in dialoog met de patiënt - houdt rekening met de wensen, behoeften en privacy van patiënten en naasten - draagt kennis over aan de patiënt (gezondheidseducatie), o.a. over het herkennen en monitoren van verschijnselen en symptomen van zijn ziekte, het juist gebruik van medicatie en andere behandelvormen, het juist reageren op veranderingen en het kunnen omgaan met de ziekte in het dagelijks leven - bevestigt het vertrouwen in eigen kunnen van de patiënt - onderzoekt met de patiënt de mogelijkheden voor een zinvol bestaan - coacht de patiënt - wijst de patiënt de weg t.a.v. voorzieningen, of verwijst de patiënt naar deskundigen op dit gebied - gaat na wat de patiënt nodig heeft om als partner in de besluitvorming over ziekte, behandeling en verpleging te kunnen participeren. (shared decision making) - kan omgaan met verschillende copingstijlen
De verpleegkundige onderbouwt de zorg met behulp van klinisch redeneren	
De verpleegkundige	- stelt kritische vragen - stelt op basis van de (on)mogelijkheden en de (on)vermogens van de patiënt en zijn context de verpleegkundige diagnose vast en beargumenteert deze door de diagnose te verbinden met de aanwezige kenmerken (S) en relevante oorzaken (E) of risicofactoren (R) - analyseert de samenhang en wisselwerking van de problematiek en geeft hierin prioriteiten aan. - herbenoemt waar nodig de problematiek van de patiënt, zodat de problematiek toegankelijk wordt voor beïnvloeding - voert het verpleegkundig proces systematisch uit. De verpleegkundige verzamelt gegevens, formuleert diagnoses en resultaten, stelt het verpleegplan op - interventies vaststellen, prioriteren en plannen-, draagt zorg voor de uitvoering daarvan en evalueert proces, resultaat en randvoorwaarden - gaat de wensen en verwachtingen van de patiënt na en verwerkt deze in de klinische redenering en de zorg voor de patiënt - verantwoordt op professionele gronden de eigen beroepsuitoefening, neemt hierin mee Evidence Based Practice, verpleegkundige theorieën en modellen, beroepscode en wetgeving - speelt in op veranderde omstandigheden, ideeën en nieuwe informatie - denkt analytisch en probleemoplossend - plaatst problemen zo nodig binnen een bredere context - plaatst de verpleegkundige redenering in een multidisciplinaire context
De verpleegkundige coördineert zorgverlening en preventieprogramma's en waarborgt daarbij de continuïteit van zorg.	
De verpleegkundige	- coördineert de zorgverlening en/of preventie programma's zodat er geen overlappingsen, hiaten en tegenstrijdigheden ontstaan - kan het verpleegkundig proces organiseren - waarborgt de continuïteit van zorg van opname tot en met het ontslag of het regelen van nazorg door overleg, organiseren, plannen, rapporteren en overdragen. - maakt gebruik van verschillende hulpmiddelen die coördinatie van zorg ondersteunen (anamnese, diagnoses, interventies, evaluaties, dossier, zorgpaden en protocollen, ICT hulpmiddelen) - hanteert en stuurt op effectieve wijze informatie - maakt een werkplanning en geeft hierbij prioriteiten aan - kan binnen het verpleegkundig proces zowel lineair als circulair denken - beschouwt taken en werkzaamheden als een logisch onderdeel van het verpleeg- of behandelproces - hanteert (geautomatiseerde) registratie- en informatiesystemen - kan na afleiding terugkeren naar eigen werkzaamheden en zorgt dat het werk op tijd af is. - werkt multidisciplinair

(J. Vreugdenhil, 2012)

Bijlage 6: Samenstelling werkgroep 'De Verpleegkundige Standaard VUmc'

Arianne ten Klooster	senior-verpleegkundige vaat- en longchirurgie
Rachel Walker	senior high-care verpleegkundige recovery
Edith de Vast*	verpleegkundige MPU
Tessa Hoedjes*	verpleegkundige MPU
Willy Schuppert	stafadviseur automatisering zorg
Jettie Vreugdenhil	praktijkopleider verpleegkunde; VAR**
Margriet de Bruijne	praktijkopleider verpleegkunde
Joost van Daalen	hoofd KZE longziekten en behandelkamer
Yvette Bomert	stafadviseur procesoptimalisatie IOP en EVA
Nienke Veerbeek	stafadviseur zorg
Anke Janssen	jurist medische zaken (juridisch advies)
Agaath Zeinstra	verpleegkundig consulent diabetes (tbv praktijkdeel)
Jenny Werkman	secretariële ondersteuning
Gerda Berkhout (voorzitter)	zorgmanager

*: deze verpleegkundigen hebben elkaar vervangen in de werkgroep

** : is gedurende project teruggetreden als lid van de VAR

Bijlage 7: literatuurlijst / bronnen

- ¹ Schuurmans, M. *Nieuwe beroepsprofielen, voorbereid op de toekomst*. Lezing, uitgesproken op bijeenkomst V&VN Amersfoort, 8 maart 2012.
- ² Berkhout, GMJ en Beneden, van M (2010). *Visie V&V VUmc 2015*. Geraadpleegd in augustus 2012 via VUmc intranet: <http://intranet/afdelingen/thema/verpleegkundige>
- ³ Sermeus van de Kath, W (2010). *RN4Cast studie*. Nijmegen: IQ healthcare.
- ⁴ Renate Kieft, adviseur Excellente Zorg & Beroepsontwikkeling bij V&VN, Amsterdam, 11 september 2012
- ⁵ International Council of Nurses, geraadpleegd in augustus 2012 via: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- ⁶ World Health Organisation, geraadpleegd in augustus 2012 via: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>
- ⁷ Deming, W.E. Kwaliteitscirkel. Geraadpleegd in augustus 2012 via: http://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteitscirkel_van_Deming
- ⁸ Carpenito – Moyet, Lynda Juall (2008). *Zakboek verpleegkundige diagnosen (3^{de} druk)*. Groningen: Wolters Noordhof.
- ⁹ North American Nursing Diagnosis Association. Geraadpleegd in augustus 2012 via: <http://www.nanda.org/>
- ¹⁰ Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McClosky Dochterma, J. (2010). *Verpleegkundige Interventies (3^{de} druk)*. Doetichem: Reed Bussiness.
- ¹¹ Back, L en Gort, N (2011). *Zorg overdragen aan bed: hoe ervaren patiënten, hun partners en verpleegkundigen de mondelinge overdracht aan het bed op de verloskamers van het Martini Ziekenhuis te Groningen*. Groningen: Hanze Hogeschool.
- ¹² Nederlands WHO-FIC Collaborating centre (2012). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (compilatie)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. <https://webmail.vumc.nl/owa/redir.aspx?C=a7e9b27afac549c48424ec4ec1975a6c&URL=http%3a%2f%2fwwww.rivm.nl%2fwho-fic%2fcifc.htm>, geraadpleegd in aug. 2012.
- ¹³ Ten Cate, O. *CanMEDS en de CZO opleidingen: hot of hype?* VBG-symposium 30 sept. 2008. Utrecht: Expertisecentrum voor onderwijs en opleiding UMC Utrecht.

Bronnen die als inspiratie hebben gediend voor deze Verpleegkundige Standaard:

Werkgroep van de VAR van Atrium Medisch Centrum Parkstad (2007). *Verpleegkundige Standaard*. Heerlen: Atrium MC Parkstad.

Francke, A.L. (2011). *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief*. Utrecht: NIVEL

Wilkinson, J.M. (2008). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson-Education.

Brink-Tjebbes, J.A. van den, Keij, J.A (1997). *Verplegen in Verbondenheid, de verpleegde centraal, gevolgen voor de verplegingspraktijk en verplegingswetenschap*. Utrecht: De Tijdstroom.

Berg, E. van den, en Overbosch, T., i.o.v. stuurgroep (2003), *'Jij maakt het verschil...'*, *beroepscompetenties voor hbo-opgeleide verpleegkundigen (bachelors) in UMC*, Rotterdam: Overbosch Communicatie

Curry, L.A. et al (2011), *What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study*. Connecticut, USA: Yale School of Public Health, Yale University School of Medicine, Yale-New Haven Hospital

Foto's:

Bron: internet. Merendeel van website VUmc, aangevuld met ANP, Wenkebach Instituut, Neurochirurgisch centrum Amsterdam, umc Utrecht, biomethci.nl, startpeople.nl., zorgvisie. Niet van elke foto is te achterhalen geweest of er sprake was van auteursrechtelijke bescherming.

Bijlage 8: verklarende woordenlijst

EPD:	digitaal patiëntendossier. Integratie van diverse dossiers met patiënteninformatie. Ondersteunt toegankelijkheid, leesbaarheid en volledigheid van informatie en ordening van processen.
IGZ:	Inspectie van GezondheidsZorg, onderdeel van ministerie van VWS
Interprofessioneel:	tussen verschillende professionals (artsen en verpleegkundigen bijv.)
KwaliteitsNet:	naam van documentbeheersysteem voor kwaliteitsdocumenten in VUmc
Multidisciplinair:	met professionals uit verschillende vakgebieden
Skillslab:	trainings- en instructieruimte voorzien van oefenmateriaal
UMC:	universitair medisch centrum
Prestatie-indicatoren:	meetbare aspecten van de zorg die de kwaliteit, de veiligheid en de doelmatigheid van de zorg inzichtelijk maken
Verpleegkunde site:	intranetsite met informatie voor verpleegkundigen in VUmc
VMS:	veiligheidsmanagementsysteem
VUmc:	VU medisch centrum, universitair medisch centrum bij Vrije Universiteit in Amsterdam.
Zorgteam:	team dat ontstaat uit de professionals die de zorg voor een patiënt op zich nemen en organiseren. Bestaat vrijwel altijd uit verschillende disciplines en kan wijzigen van samenstelling gedurende het zorgpad of behandeling.

Hart voor je patiënt, goed in je vak en trots op je werk!

De Verpleegkundige Standaard VUmc 'In de praktijk'

De Verpleegkundige Standaard VUmc 'in de praktijk' is bedoeld als praktische vertaalslag van De Verpleegkundige Standaard VUmc. Het document illustreert aan de hand van twee praktijkcasussen de stappen in het verpleegkundig proces op zorgeenheden (poliklinisch en klinisch) en op verschillende niveaus van planbaarheid van zorg (electief en spoed). Daarnaast geeft De Verpleegkundige Standaard VUmc 'in de praktijk' de verbinding tussen het patiënt-, geneeskundig- en verpleegkundig proces weer.

De Verpleegkundige Standaard Vumc 'in de praktijk'

Electief/ Poliklinisch

Casus

Mevrouw Bakker heeft diabetes type 2. De diagnose is een jaar geleden gesteld. Mevrouw slijkt metformine (2x daags 1000mg) en amaryl (1x daags 4mg). Ze heeft een hoog HbA1C. De laatste weken heeft ze last van hypo's. Zij is door de huisarts verwezen naar een internist in VUmc. De internist concludeert dat mevrouw Bakker moeilijk is in te stellen met medicatie. Mogelijk is haar onbekendheid met de ziekte en hoe hier mee om te gaan van op invloed. De internist wil vóór eventuele aanpassing van de medicatie onderzoeken of het aanbieden van handvatten aan mevrouw Bakker over de ziekte en hiermee om te gaan, positieve effecten kan hebben op de instelling van de medicatie. Hij verwijst mevrouw voor algemene educatie en voorlichting ter stimulatie van het zelfmanagement naar de diabetesverpleegkundige in VUmc.

Tijd	Datum 1		Datum 2		Datum 3				Datum 4		Enz.		
Patiënt	Heeft afspraak met de internist i.v.m. verwijzing huisarts		Maakt een afspraak voor spreekuur diabetes vpk		Heeft een afspraak met diabetesverpleegkundige i.v.m. verwijzing internist					Gaat naar huis	Belt voor advies naar diabetisvpk omdat haar bloedglucose meter van slag is		
Arts	Stelt medische diagnose Verwijst mevr. naar diabetes vpk. en licht mevr. voor over de afspraak diabetes vpk Geeft vpk opdracht tot algemene voorlichting en educatie over diabetes type 2, ter stimulatie zelfmanagement									Ontvangt een terugkoppeling van vpk dat mevr. is voorgelicht over ziekte en is opgegeven voor PRISMA-cursus. Is op de hoogte gesteld van vervolgspraak met mevrouw			
Verpleegkundige	Bereid komt mevrouw Bakker voor:  Ziet in de status dat de diagnose diabetes type 2 is gesteld. Mevr. Bakker is moeilijk in te stellen en daardoor verwezen. Zij is nog niet eerder onder specialistische behandeling geweest.		Ontmoet mevrouw Bakker: Stelt zichzelf voor en voelt een klamme hand. Ziet een gezette vrouw die wat onrustig is. Vertelt mevrouw dat de afspraak is gericht op de inventarisatie van haar behoeften, het vaststellen van de zorg en een eerste start met de behandeling. 	Verzamelt gegevens mevrouw Bakker:  Observeert een angstige en onzekere patiënt, die niet begrijpt hoe ziekte is ontstaan en welke factoren de diabetes beïnvloeden. Observeert en palpeert voeten en handen op wondjes, geen bijzonderheden. Mevrouw Bakker geeft aan dat ze graag de ziekte wil begrijpen en van het angstige gevoel over de toekomst met haar ziektebeeld af wil. Mevrouw gebruikt momenteel alleen tabletten. Mevrouw weet niet hoe ze zelf haar bloedglucose kan meten. Mevrouw lijkt een type mens dat bereid is om te leren en ze wekt een heldere indruk.	Stelt vpk diagnose mevrouw Bakker volgens PES: Niet begrijpen van ziekte diabetes type 2 en hoe hiermee om te gaan <u>gerelateerd aan de oorzaak</u> onvoldoende kennis over ziekte <u>zich uitend in</u> angst en onzekerheid 	Stelt in overleg met mevrouw Bakker verpleegplan op:  Gewenste zorgresultaten: - Mevr. Bakker begrijpt de ziekte en de risico's - Mevr. Bakker kan zelf haar bloedglucose meten om zichzelf te controleren - Mevr. Bakker is geïnformeerd over hoe om te gaan met de ziekte en zelfmanagement en voert dit in de praktijk uit - Mevr. is door alle interventies 'beter in te stellen' en heeft een minder angstig gevoel Interventies: - Uitleg en informatie geven over diabetes type 2 - Geven van PRISMA cursus om mevrouw te leren omgaan met ziekte, angst te verminderen en zelfmanagement te stimuleren - Geven van instructie over bloedglucose meten	Voert vpk interventies uit bij mevrouw Bakker: Geeft uitleg over ziekte Geeft informatie mee naar huis Leert mevrouw zelf haar bloedglucose te meten Geeft mevrouw op voor de Prisma cursus 	Evalueert en stelt eventueel verpleegplan bij: Vraagt of mevrouw de uitleg en informatie over diabetes type 2 heeft begrepen. Mevrouw geeft aan dat het nog even moet bezinken en dat ze thuis de informatie nog eens rustig zal lezen omdat ze lezend informatie beter kan opnemen. Geeft mevrouw nog de link naar een informatieve website over diabetes mee.	Rond de verpleegkundige zorg af:  Vraagt of mevrouw nog vragen heeft Maakt een vervolgspraak met mevr. om de ontwikkeling van de diabetes te volgen Laat weten dat mevr. kan bellen bij tussentijdse vragen/veranderingen/klachten Controleert de geplande afspraak met arts over instellen medicatie en geeft terugkoppeling aan arts	Geeft nazorg: De bloedglucose-meter van mevr. geeft geen signaal. Het heeft niet batterijen te maken. Legt mevr. uit hoe de meter weer aan de praat te krijgen. Vraagt hoe het verder gaat. Mevr. geeft aan dat ze blij met de informatie die ze heeft gekregen en voelt zich verder goed. 			
Gewenste patiënt-ervaring	Mevr. Bakker voelt zich welkom, veilig, gezien, belangrijk en is geïnformeerd over wat er in afspraak gaat gebeuren		Mevr. Bakker voelt zich serieus genomen en heeft haar wensen en zorgen kunnen uiten		Mevr. Bakker herkent zich in de ondersteuningsvraag geformuleerd door de verpleegkundige		Mevr. Bakker heeft keuze gehad in de afgesproken interventies en activiteiten en kent de planning		Mevr. Bakker voelt zich op haar gemak, veilig en heeft vertrouwen in kwaliteit van de zorgverlening	Mevr. Bakker voelt de ruimte om vragen te stellen en haar mening te geven	Mevr. Bakker heeft al haar vragen kunnen stellen en gaat met vertrouwen in de afspraken naar huis	Mevr. Bakker heeft het idee dat alle professionals die haar behandelen goed geïnformeerd zijn over de laatste stand van zaken	Mevr. Bakker voelt zich gehoord, geholpen en is gerustgesteld