



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

In één oogopslag

Efficiënt geïnformeerd door het digitaal verpleegproces binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom

**Afstudeerproject voorgedragen door
Naam en voornaam van de student: Saartje Latui**

***Promotor: Liesbeth De Gryse
Inhoudsdeskundige: Koen Hermans***

**Academiejaar 2015-2016
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**





**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

In één oogopslag

Efficiënt geïnformeerd door het digitaal verpleegproces binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom

**Afstudeerproject voorgedragen door
Naam en voornaam van de student: Saartje Latui**

***Promotor: Liesbeth De Gryse
Inhoudsdeskundige: Koen Hermans***

**Academiejaar 2015-2016
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**



Woord vooraf

Ter afsluiting van mijn opleiding BanaBa Zorgmanagement, heb ik deze bachelorproef geschreven. De voorbije twee jaar en het uitschrijven van deze bachelorproef waren een fijne en zeer leerrijke ervaring, die ik op geen enkele manier alleen zou hebben kunnen verwezenlijken. Ik wil dan ook van deze mogelijkheid gebruik maken om enkele personen te bedanken die me hebben gesteund in deze periode.

Eerst en vooral wil ik mijn inhoudsdeskundige Koen Hermans en mijn promotor Liesbeth De Gryse bedanken voor de begeleiding en opvolging van het gehele proces. Ik heb erg veel gehad aan de tips en feedback die jullie me gaven. Ieder moment mocht ik contact met hen opnemen en stukken van de bachelorproef doorsturen voor feedback. Ook wil ik graag het Wit-Gele Kruis bedanken, daar zij mij de kans hebben gegeven om deze opleiding te volgen. Zonder het Wit-Gele Kruis had ik de mogelijkheid niet gehad deze bachelorproef te verwezenlijken. Het proces van de bachelorproef heeft zich afgespeeld binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom, daarom wil ik de afdeling bedanken en de testgroep. In het bijzonder Iris Langenaken, Annelies Donni, het diensthoofd Margot Gielen en het adjunct Claudine Vrielynck voor hun geduld en het vrijmaken van uren.

Tenslotte wil ik graag de mensen bedanken die hebben bijgedragen tot het lezen en verbeteren van mijn bachelorproef namelijk Niels Bouvin, Brigitte Bollen, Maarten Cypres de Landrecy en Charlotte Hermans.

Inhoudsopgave

WOORD VOORAF	2
INHOUDSOPGAVE	3
ABSTRACT	5
INLEIDING.....	7
1 HET VERPLEEGPROCES.....	9
1.1 Inleiding.....	9
1.2 Het systematische verpleegkundig handelen	9
1.3 Omaha.....	11
2 MOTIVEREN	13
2.1 Inleiding.....	13
2.2 Motivatie.....	13
2.2.1 Zelfmotief en verbondenheidsmotief.....	13
2.2.2 Intrinsieke en extrinsieke motivatie	15
2.2.3 Competenties	16
2.2.4 Gedragingen	16
2.2.5 Denkwijzen	18
2.2.6 Zelf determinatietheorie (ZDT).....	18
2.3 Conclusie.....	20
3 MOTIVEREN IN DE PRAKTIJK	21
3.1 Inleiding.....	21
3.2 Beheersen van theorie.....	22
3.3 Implementeren op de afdeling	23
3.3.1 Fase 1: anamnese/gegevensverzameling	23
3.3.2 Voorbereiding fase 2	28
3.3.3 Fase 2: verpleegproblemen, symptomen, doelen en interventies.....	29
4 BESLUIT.....	33
5 REFLECTIE.....	35

LITERATUURVERWIJZING	36
BIJLAGE	38
Bijlage 1. Omaha System overzichtkaart.....	38
Bijlage 2: Inhoud algemene gegevensverzameling	39
Bijlage 3. Sociale gegevens.....	46
Bijlage 4. Gegevensverzameling in EPD	49
Bijlage 5. Voorbereiding fase 2	50
Bijlage 6. Lay-out verpleegproces	51
Bijlage 7. Ontwerp lay-out verpleegproces.....	53
Bijlage 8. Ontwerp 'afzonderlijk kader'	55

ACADEMIEJAAR: 2015-2016

NA(A)M(EN): Latui

VOORNA(A)M(EN): Saartje

CONTACT (privé e-mailadres): saartje.latui@limburg.wgk.be

INHOUDSDESKUNDIGE (naam, functie, plaats van tewerkstelling): Koen Hermans, zorgcoach en domeincoördinator, Wit-Gele Kruis Limburg

TITEL: In één oogopslag – efficiënt geïnformeerd door het digitaal verpleegproces binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom

ABSTRACT: Het doel van deze bachelorproef is in één oogopslag geïnformeerd aan het bed van de patiënt staan. Binnen het Wit-Gele Kruis wordt er al enkele jaren gewerkt met een elektronisch patiëntendossier. Vele gegevens konden ingegeven worden, toch werden er beperkingen ervaren. Voor het verpleegproces ter beschikking was in ons elektronisch patiëntendossier gebeurde het verzamelen van gegevens mondeling, alsook het uitwerken van verpleegproblemen. Het Wit-Gele Kruis Gingelom kreeg de kans om aan een project mee te werken, waar de mogelijkheid bestond om een digitaal verpleegproces te ontwikkelen volgens het classificatiemodel Omaha. Voor er van start gegaan werd, was een literatuurstudie over het onderwerp ‘verpleegproces of systematisch verpleegkundig handelen’ noodzakelijk om te weten wat het exact inhoudt, alsook de reden waarom het Wit-Gele Kruis gekozen heeft voor het classificatiemodel Omaha. Omaha is één van de enige classificatiemodellen die zoveel aandacht besteedt aan partnerschap. Het sociale domein speelt in de thuiszorg dan ook een zeer belangrijke rol.

Na deze literatuurstudie is het de bedoeling om de theorie te integreren in de praktijk. Het praktijkgedeelte werd opgesplitst in drie fases namelijk de gegevensverzameling, verpleegproblemen en symptomen, doelen met zijn interventies en evaluaties.

In de eerste fase, de gegevensverzameling, was het hoofddoel om de collega’s mee te nemen in dit nieuw gegeven. Om hen te motiveren werd het doel van het proces weergegeven en een zicht gegeven over de toekomstperspectieven.

De tweede fase van het proces werd een geheel van de tweede en de derde fase namelijk verpleegproblemen en symptomen, doelen en interventies met de evaluaties. Leden van de testgroep hebben samen aan dit proces gewerkt, bekeken en herbekeken. De mogelijk bestond om veel informatie te verwerken in het verpleegproces, echter ging de duidelijkheid verloren in de complexiteit van de lay-out.

In heel dit proces werden collega's gemotiveerd om het verpleegproces te testen en kregen zij inspraak in de werking en lay-out ervan.

Door de ruimte voor inspraak, maar vooral de samenwerking binnen de testgroep, werden er schetsen ontwikkeld van hoe de lay-out 'aan het bed van de patiënt' efficiënt zou kunnen werken volgens de testgroep.

Deze schetsen zijn nu in ontwikkeling, wat een mogelijkheid creëert om een vervolg op deze bachelorproef te schrijven.

TREFWOORDEN: (max. 3) verpleegproces, motivatie, elektronisch patiëntendossier

COLLATIE (aantal pagina's, bijlagen,..): 56 pagina's, 8 bijlagen

Inleiding

In iedere verpleegkundige opleiding heeft elk van ons leren werken aan de hand van het verpleegproces. Door de jaren heen zijn er verschillende vormen ontwikkeld. Het is een manier van werken die binnen de verpleegkunde eigen is geworden, al staan verpleegkundigen er niet meer bij stil. Het verpleegproces wordt in deze bachelorproef gezien als een overkoepelende term van systematisch verpleegkundig handelen. Er bestaan verschillen classificatiemodellen om het systematisch verpleegkundig handelen mogelijk te maken namelijk Gordon, PESDIE, OMAHA, Orem, ...

Voor er gebruik gemaakt werd van het verpleegproces, hanteerde het Wit-Gele Kruis het classificatiemodel Gordon. Het classificatiemodel volgens Gordon werd gebruikt tijdens patiëntenvergaderingen (mondeling), omdat er nog geen schriftelijke documenten bestonden binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom. Het Wit-Gele Kruis ontwikkelde een programma om systematisch verpleegkundige kunnen handelen en dit eveneens in databanken weer te geven in de elektronische patiëntendossiers. Het verpleegproces zal kaart gebracht worden aan de hand van het classificatiemodel Omaha.

In deze bachelorproef zal de manier waarop dit digitaal verpleegproces ontvankelijk gemaakt werd bij de collega's en een proces op gang werd gebracht om deze thematiek bewuster een plaats te geven in het dagelijkse werk van de verpleegkundigen toegelicht worden. Zoals in de titel van de bachelorproef namelijk 'In één oogopslag – Efficiënt geïnformeerd door het digitaal verpleegproces binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom' reeds aangegeven wordt, gaat deze bachelorproef in feite over de "toepassing op de werkvloer". Het voordeel van deze bachelorproef is de inspraak die het team kreeg tot de manier van noteren van het verpleegproces in het elektronisch patiëntendossier. Dit werd gecreëerd door het opstarten van een testgroep binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom. De projectleider van deze bachelorproef fungeert als vervangende verpleegkundige van het Wit-Gele Kruis Gingelom en gespreksleidster van de maandaggroep, daarom werd de maandaggroep gekozen als testgroep. In de maandaggroep of anders genaamd het 11-12 van maandag, wordt er wekelijks een patiëntenvergadering georganiseerd tussen 11 en 12 uur.

Nu het ingeven van het verpleegproces via gestructureerde data leeft op de afdeling, stellen collega's zichzelf de volgende vragen: waarom moet alles nu genoteerd worden? Waarom kan het niet zo als vroeger? Gaan we dit wel kunnen? Waarom zoveel schrijven? Is het nog niet druk genoeg? Zijn dergelijke dingen (werken met de computer) wel onze job?

"Wat zorgt er voor energie bij de medewerkers?" met andere woorden "Hoe kunnen we medewerkers motiveren?" Bij deze vraag worden leidinggevenden heel vaak geconfronteerd. Daarom wordt er met behulp van een literatuuronderzoek meer duidelijkheid gecreëerd. Hoe kan dit aangepakt worden? Om een antwoord te krijgen op deze vraag gaat een leidinggevende moeten kijken wat 'motivatie' inhoudt. Een leidinggevende moet zich de vraag stellen hoe hij/zij de medewerkers optimaal kan laten produceren, functioneren en hen gemotiveerd kunnen houden. Motivatie is een ruim begrip. De verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis Gingelom gaan moeten gemotiveerd worden tot het correct en efficiënt invullen van het verpleegproces en vervolgens de

ontwikkelaar van het digitaal verpleegproces moeten kunnen motiveren tot eventuele aanpassingen die dienen te gebeuren binnen het programma.

De probleemstelling kan als volgt omschreven worden: de verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis Gingelom zijn niet op de hoogte van het verpleegproces dat geïntegreerd gaat worden op de afdeling. Het is de bedoeling dat de verpleegkundigen de kennis gaan verwerven over het systeem en er gaan leren mee werken, zodat ze efficiënt geïnformeerd aan het bed van de patiënt kan staan. Het is een nieuw proces binnen het Wit-Gele Kruis waar het belangrijk is collega's te motiveren tot het correct ingeven van deze gegevens zodat het in een gestructureerde data terug te vinden is. Het motiveren van medewerkers komt in het theoretische deel uitgebreid aan bod.

Deze bachelorproef is geschreven, rekening houdend met het dialoog model (zorg, personeel en performantie).

Wit-Gele Kruis Gingelom begeleiden en ondersteunen in het juist en correct invullen van het verpleegproces wordt in deze bachelorproef als primaire zorg gezien. Verpleegkundigen dienen verantwoordelijkheid te krijgen over welke informatie zij belangrijk achten om in te geven in het verpleegproces.

De secundaire zorg is de professionele uitstraling naar patiënten toe wanneer deze ervaren dat iedere verpleegkundige op de hoogte is van zijn/haar totaal welzijn (totale kwaliteit zorg op maat kunnen bieden). Dit werd tot op heden reeds gedaan, echter was de voorbereiding wat tijdrovend. Na dit proces hebben verpleegkundige in één oogopslag een update van een patiënt gehad, waardoor verpleegkundige een nog zelfzekerere en rustigere uitstraling kunnen bieden.

Het biedt een meerwaarde voor het personeel, want de verpleegkundigen zijn zeer enthousiast over dit nieuw proces en zijn benieuwd naar hoe het er in de toekomst zal uit zien. Zij gaan in één oogopslag een totaalbeeld van hun patiënt kunnen lezen via het afzonderlijk kader. Het is door het Wit-Gele Kruis Gingelom dat dit mogelijk is, omdat ieder van hen hun inbreng heeft kunnen geven en er deel van heeft uitgemaakt.

Het performant werken werd behouden door gebruik te maken van de middelen die ter beschikking waren. De elektrische verpleegkundige dossiers werden gebruikt om dit hele proces op te volgen en te testen. In de toekomst gaan verpleegkundigen minder tijd nodig hebben om hun ronde voor te bereiden door het afzonderlijk kader, wat tijdsparend is, ook naar de briefings toe. Dergelijke formulieren die opgesteld en verstuurd moeten worden wanneer een patiënt bijvoorbeeld in ziekenhuis opname gaat, gaan in de toekomst gemakkelijker gebeuren door alle gegevens die zorgvuldig in databanken worden opgeslaan.

1 Het verpleegproces

1.1 Inleiding

Motiveren naar iets. Er kan enkel gemotiveerd worden als er een doel bepaald is. In deze bachelorproef is het doel om de werknemers te motiveren naar het correct invullen van het verpleegproces. Om dit te implementeren binnen het Wit-Gele Kruis is het belangrijk om over achtergrond informatie te beschikken. Om het verpleegproces correct te kunnen invullen is het noodzakelijk om de nodige literatuur en kennis te verwerven. Binnen het Wit-Gele Kruis wordt het *Systematisch Verpleegkundig Handelen* benoemd als verpleegproces.

1.2 Het systematische verpleegkundig handelen

Het Systematisch Verpleegkundige Handelen (SVH) is een proces dat doelgericht, planmatig en systematisch gebeurt. Verpleegkundigen stellen iets vast en willen hierdoor een bepaald doel bereiken. Door een bepaalde weg uit te stippelen zullen zij ervoor zorgen deze doelen te bereiken in functie van de patiënt (Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

Verpleegkundige zorg is een verpleegkundig proces. Een proces is een voorstelling van gebeurtenissen die zich afspelen in een bepaalde tijd. In deze tijd speelt zich een hele ontwikkeling af. Soms is het mogelijk dat binnen één proces meerdere processen plaatsvinden. Een proces kent een begin en een einde. Om een proces te laten verlopen wordt gebruikt gemaakt van methodes. In een verpleegkundig proces is de probleemoplossingsmethode het meest bekend. Met andere woorden doelgericht, bewust, maar vooral stap voor stap.

Heel het proces begint met een correcte gegevensverzameling. Over het algemeen gebeurt dit aan de hand van een anamneseformulier met standaardvragen. Een verpleegproces kent vier stappen namelijk gegevensverzameling, plannen, uitvoeren en evalueren. In de loop der jaren kwam er via wetenschappelijke onderzoeken diagnose en doel bij (Graaf-Waar & Spijksnijder, 2014). Dit proces van SVH kan tot stand komen vanuit zowel een zorgaanbod als van de zorgvraag van de patiënt (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003). Dit is verplegen volgens patiëntgerichte wijze en deze zorg op patiëntgerichte wijze vastleggen, rekening houdend met verplegen, omgeving, mensbeeld en gezondheid (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999).

Een verpleegkundige diagnose of een verpleegprobleem is er wanneer er beperkingen zijn of kunnen zijn in de patiënt zijn functionele levensverwachtingen. Hierbij zijn steeds symptomen zichtbaar gekoppeld aan een mogelijke oorzaak of meerdere oorzaken (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). Verpleegkundige diagnoses zijn problemen waarvoor verpleegkundigen bevoegd zijn deze vast te stellen. Deze verpleegkundige diagnose kan een actueel of potentieel probleem zijn (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). Het is moeilijker om een potentieel problemen vast te stellen, omdat symptomen vaak nog niet aanwezig zijn (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003). Actuele verpleegkundige diagnoses zijn vaak eenvoudig vast te

stellen, omdat hun symptomen meestal eenduidig en typerend voorkomen (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003). Vaak zijn dit problemen waar de verpleegkundige de bevoegdheid heeft deze op te lossen of om de patiënt door te verwijzen naar huisarts of andere disciplines (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). Er worden wel standaardprocedures gebruikt, toch wordt er van de verpleegkundigen verwacht dat ze creatief zijn en een probleemoplossend vermogen bezitten. Verpleegkundigen dienen kennis te hebben over diverse gebieden o.a. van sociale-, lichamelijke-, psychische-, culturele-, en biologische factoren als van behandelingsmogelijkheden. Er wordt gesproken over clusters van symptomen of interventies waarvan elke cluster behoort tot een diagnose (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003).

Na het stellen van de diagnose en het observeren van de symptomen is het aan de verpleegkundigen om deze verder af te stemmen op de patiënt en dit alles te vertalen in prognoses, interventie en evaluaties (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003). Interventies plannen geeft zicht op het verloop van aanpak, verder is het een houvast voor zowel hulpverleners en zorgvragers. Op ieder moment kan er nagegaan worden welke zorgen gebeurd zijn en welke nog dienen te gebeuren. Door regelmatige observaties te noteren kunnen interventies op vrijwel ieder moment herzien en aangepast worden naar de noden van de zorgvrager (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). In werkelijkheid gebeurt het wel dat verpleegkundige processen cyclisch en iteratief¹ gebeuren. Dit wil zeggen dat na de laatste fase weer herstart wordt met de eerste fase, of dat in het midden van een proces terug naar de beginfase gegaan kan worden wanneer er een probleem optreedt tijdens het probleemoplossingsgerichte methode van het verpleegproces (Graaf-Waar & Spijksnijder, 2014).

Evaluaties dienen te gebeuren om het proces op te volgen en eventuele beoogde resultaten te analyseren. Tussen- en eindevaluaties kunnen samen gebeuren, bij tussenevaluaties kan tijdig ingegrepen worden bij eventuele veranderingen of bijkomende problemen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). Verpleegproblemen kunnen in teamverband met verschillende verpleegkundige aangepakt worden, en dit ook weliswaar met enige adviezen van huisartsen of andere disciplines. Deze problemen worden besproken met de patiënt en eventuele familieleden, daarbij wordt een tijdsduur van aanpak besproken voor het opstellen van een actieplan (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999).

Verpleegkundige diagnoses dienen steeds gesteld te worden volgens een erkend classificatiesysteem (bv. Gordon, Nanda, Carpenito,...) (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 1999). Classificatie is een terminologiestelsel waar gegevens geordend worden in categorieën gebaseerd op bepaalde kenmerken. Hierdoor ontstaat er een eenduidig taalgebruik in de zorg. Het kan transparant en snel gebruikt worden binnen de zorg. Verpleegkundigen vinden hun eenduidigheid in gestandaardiseerde lijsten en systeemeisen (Mast, 2014).

Binnen het Wit-Gele Kruis wordt gebruik gemaakt van het classificatiesysteem Omaha, vandaar dat dit systeem nader toegelicht zal worden.

¹ Herhalend

1.3 Omaha

Omaha is een stad in de Verenigde Staten waar midden jaren 70 de wijkzorg van start ging met een betere manier van zorg te omschrijven die patiënten nodig hadden. In de praktijk is het niet altijd zichtbaar wat een verpleegkundige doet voor een patiënt. Daarom is taal en structuur belangrijk om te omschrijven wat verpleegkundigen zien, plannen en doen. Door het ontwikkelen van dit classificatiesysteem is het niet alleen een administratieve plicht voor verpleegkundigen, tevens is het een hulpbron en een soort database dat eveneens bijdraagt tot een goede informatieoverdracht (Harmsen & Koster, 2015).

Het unieke aan het Omaha systeem is de gebruiksvriendelijkheid. Dit systeem tracht gemakkelijk hanteerbaar te zijn, simpel en logisch in denkwijze. Bij deze manier van werken kunnen zowel zorg- als hulpverleners zich weerspiegelen in de gebruikte terminologieën. Omaha is gericht op het vastleggen van de gezondheidstoestand van de patiënt, acties en metingen zonder financiële doeleinden, wat maakt dat het proces objectiever en betrouwbaarder kan gebeuren. Omaha is toepasbaar op patiënten en mantelzorgers van alle leeftijden, diagnoses en/of woonplaatsen (Harmsen & Koster, 2015). Omaha maakt net zoals andere systemen gebruik van de drie componenten namelijk diagnose of probleem, interventie en resultaten of uitkomsten (van Hal, 2015).

Het Omaha systeem (Bijlage 1) kent vier domeinen namelijk *fysiologisch, gezondheidsgerelateerd, omgeving en psychosociaal*, vervolgens zijn er 42 *diagnoselabels* (van Hal, 2015). Deze 42 labels of gebieden (= het probleem) worden geselecteerd na het onderzoeken, groeperen en benoemen van welzijns- en gezondheidsgebieden en problemen van een patiënt. Ieder gebied wordt anders gedefinieerd en heeft een lijst van verschillende *signalen/symptomen*. Wanneer het domein met zijn gebied en symptomen duidelijk omschreven zijn kan de zorgverlener nadenken over de zorg- en/of hulpvraag. Om een antwoord te vinden op deze zorg- en/of hulpvraag wordt er gebruik gemaakt van 75 *actievlakken of classificaties*. Ieder actievlak kan voor eender welk domein of gebied gebruikt worden (Martin, 2005).

Dit maakt dat het Omaha Systeem met zijn vier domeinen, 42 gebieden en 75 actievlakken in totaal 12600 mogelijkheden heeft om ieder verpleegprobleem duidelijk uit te schrijven. Bij het kiezen van een actievlak kan er ook gekozen worden voor 'soorten acties' namelijk *adviseren, behandelen, case managen en monitoren* (Harmsen & Koster, 2015; van Hal, 2015).

Adviseren houdt enkel in dat zorgverleners de patiënt en eventueel mantelzorgers gaan informeren over materialen, mogelijkheden of bepaalde acties om hen zo te stimuleren tot het nemen van een beslissing of een oplossing.

Het *behandelen* houdt in dat er actievlakken ondernomen worden om het probleem te voorkomen, te vermijden of te verlichten voor de patiënt en/of mantelzorgers.

Case managen is ook het geven van informatie maar dit keer met als doel de patiënt en/of zijn mantelzorgers (door) te verwijzen naar dienstverleningen, andere voorzieningen, instanties en organisaties.

Monitoren kan gezien worden als een bijkomende actie of de behandeling, daar de zorgverleners bij het monitoren gaan opsporen, meten en analyseren wat de status is van een bepaald probleem of situatie bij de patiënt en/of zijn mantelzorgers. De meting kan gedaan worden aan de hand van een scoreschaal waar status (*Hoe is de patiënt?*), kennis (*Wat weet de patiënt?*) en het gedrag (*Wat doet de patiënt?*) van de patiënt en/of zijn mantelzorgers beoordeeld kan worden met een schaal van één tot vijf. Er kan vervolgens een streefscore vermeld worden, gekoppeld aan een datum (Harmsen & Koster, 2015; Martin, 2005).

Door gebruik te maken het Omaha Systeem wordt *deholistische mensvisie*² nagestreefd. Met drie van de vier domeinen o.a. gezondheidsgerelateerd, omgeving en psychosociaal is Omaha één van de enige classificatiemodellen die zoveel aandacht besteedt aan partnerschap. Het sociale domein speelt in de thuiszorg dan ook aan zeer belangrijke rol. Thuis (wijk) verpleegkundigen staan niet alleen in verbinding met de patiënt maar ook met hun familie en mantelzorgers (Mast, 2014).

Tenslotte is het Omaha Systeem er toe gekomen dat er naast een schriftelijke versie ook een elektronische versie bestaat. Daarbij is het mogelijk codes van andere classificatiesystemen samen te gebruiken met de codes van het Omaha Systeem om tot het ultieme systeem te komen dat een verpleegkundige nodig heeft (Harmsen & Koster, 2015).

Binnen het Wit-Gele Kruis Ginkelom is dit verpleegproces en de term Omaha nog onbekend. Collega's gaan zonder informatie en begeleiding niet alleen van start kunnen gaat binnen heel dit proces. De verpleegkundigen hebben verdere toelichting nodig om de motivatie te behouden of te versterken. Het ruim begrip 'motivatie' komt in het volgende hoofdstuk uitgebreid aan bod.

² De mens in zijn totaliteit: lichaam & geest.

2 Motiveren

2.1 Inleiding

Patiënten worden meer bevraagd waardoor meer aandacht geschonken wordt aan bepaalde gegevens waar tot op heden minder aandacht aan werd gegeven bv protheses, sociale situatie, voeding, Het is wenselijk aan het nieuwe systeem, het verzamelen en het inbrengen van deze gegevens. Deze inspanning zal in de toekomst beloond worden met een uitgebreid verpleegproces waar vrijwel alle info over de betrokken patiënt terug te vinden is. Voor het bestaan van het verpleegproces hadden verpleegkundigen de gewoonte observaties in lange zinnen uit te schrijven. Dit gaat voor collega's een grote verandering zijn en zullen daarbij begeleiding en ondersteuning nodig hebben. Verpleegkundigen kunnen een bijkomende tekst schrijven wanneer de verschillende luiken ingevuld zijn, toch opteert men als leidinggevende te blijven motiveren tot gebruik te maken van de tabs. Hoe beknopter alles staat genoteerd, hoe overzichtelijker het in de toekomst zal zijn en hoe gemakkelijker in gebruik aan het bed van de patiënt. Toch dient er een evenwicht te zijn tussen welke info noodzakelijk is en welke niet, om toch verder een kwalitatieve zorg op maat te kunnen bieden. Binnen al deze facetten is het noodzaak de afdeling te motiveren tot het correct en efficiënt invullen van de gegevensverzameling en het verpleegproces.

2.2 Motivatie

De afgelopen eeuwen werd er veel onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag hoe mensen te bewegen tot iets. Mensen doen bewegen naar iets kan benoemd worden als motiveren (Mertens, 2009; Reeve, 2012).

Citaat van Mol (s.d.): 'Motivatie als de bereidheid om fysieke en/of mentale inspanning te verrichten teneinde een bepaald criterium te bereiken of te vermijden.'

Motivatie wordt steeds aangestuurd vanuit een behoefte. Deze behoefte kan uit nood zijn of eerder een motief wat wil zeggen dat de drijfveer een emotionele aanzet is. Ieder item dat motivatie teweegbrengt, kan onderverdeeld worden tussen zelfmotief of verbondenheidsmotief (Vermeren, 2011). Dit onderscheid zal verder toegelicht worden. Zelfmotief en verbondenheidsmotief worden door Franssen (2015-2016) benoemd als autonoom en verbondenheid.

2.2.1 Zelfmotief en verbondenheidsmotief

Het *zelfmotief* is de behoefte om dingen zelf te beheersen, controle te hebben over onszelf, maar ook over anderen en zijn omgeving. Daarbij willen mensen beïnvloeden, status maken,

presteren, autonomie, ... Het zelfmotief wordt veroorzaakt vanuit drie verschillende behoeften namelijk de behoefte aan competentie, de behoefte aan autonomie en de behoefte aan instrumentele en materiële dingen. Dit zijn vele behoeften die de mens nodig heeft om zich gemotiveerd te voelen (Vermeren, 2011).

Het *verbondenheidsmotief* is een aangeboren behoefte om ergens bij te willen horen, tot een groep te behoren. Het is een aangeboren psychologische behoefte van de mens om zich verbonden te voelen, erbij te horen dat zich manifesteert vanaf de kindertijd. De behoefte aan verbondenheid, dewelke motivatie bevordert, is te wijten aan het vertrouwen en de zekerheid die de mens ervaart wanneer hij zich verbonden voelt. Mensen die zich alleen voelen en/of zijn, hebben een minder zelfregulerend vermogen waardoor ze toegeven aan allerlei impulsen en minder gemotiveerd zijn. Door verbonden te zijn komt er een vertrouwensband. Wie niet samenwerkt, valt uit de groep en voelt zich eenzaam en alleen. Het is daarom dat de mens van nature uit, uit eigenbelang in groep kan leven en sociaal aangelegd is (Vermeren, 2011). De sfeer op de werkvloer kan dus nefast zijn voor ontwikkeling en productie. Daarom is een goede sfeer eens zo motiverend voor werknemers. De sfeer wordt gecreëerd door collegialiteit en samenwerken, een gemeenschappelijke missie en visie hebben en iedere doelstelling helder en concreet zien en bespreekbaar maken (Mertens, 2009). De missie en de visie wordt medebepaald door het management. De managementstijl moet dan ook mensgericht en horizontaal zijn, waar ruimte gegeven wordt aan medewerkers (Mertens, 2009).

Om gemotiveerd te zijn moet er een zekere binding zijn met het werkveld of de organisatie. Binding geeft loyaliteit en bereidheid aan medewerkers om zich op te offeren aan de afdelings- en organisatiedoelstellingen. Mertens (2009) spreekt in zijn literatuur over drie verschillende bindingen namelijk *continuance*, *normatieve* en *affektieve binding*.

- *Continuance binding* geeft aan dat de kostbare bindende factor is bij het verlaten van de organisatie en wil zeggen dat de persoon financieel verplicht is te blijven en geen andere keuze heeft.
- *Normatieve binding* is de verplichting die je hebt om te blijven bij de vertrouwde organisatie. Hij blijft bij de organisatie omdat hij het gevoel heeft er gewoon te horen.
- *Een affectieve/emotionele binding* zorgt ervoor dat een werknemer uit vrije wil bij de organisatie blijft (Mertens, 2009)

Werknemers vertoeven het grootste deel van de dag op hun werk, toch blijft het privé leven zeer belangrijk. Daarom proberen zij hier een goede balans in te vinden wat voor hen comfortabel is (Mertens, 2009). Verbondenheid komt steeds ter sprake, toch moet de aandacht blijven bij enkele gevaren die kunnen optreden bij een te groot groepsgevoel. Eén van de gevaren kan zijn dat het autonoom denken afneemt, het is hier belangrijk om steeds ieders mening te blijven vragen en zo werknemers blijven te betrekken in discussies en besluitvormingen. Een tweede gevaar is dat de groep zich afsluit ten opzichte van een andere groep en dat er een strijd ontstaat met vervolgens sociale vergelijkingstheorieën. Hier is het belangrijk om steeds te benadrukken dat de groepsdoelstellingen afdelingsgebonden zijn en dat vergelijken overbodig en nutteloos is. Een derde gevaar is wanneer er paniek ontstaat binnen een groep, deze paniek zich verspreidt binnen de groep en er geen groepslid is die de zaak nuchter kan bekijken. Het is een kunst om als lid binnen de groep een evenwicht te vinden tussen een zelfmotief en verbondenheidsmotief naar de groep toe (Vermeren, 2011).

2.2.2 Intrinsieke en extrinsieke motivatie

Gemotiveerd gedrag kan tot stand komen door de wil van het individu, onbewuste krachten of door prikkel van buiten af (Mertens, 2009).

Shibchurn & Yan (2015) en de Bruin (2011) omschrijven dat er slechts twee soorten van motivatie bestaan namelijk *intrinsieke* en *extrinsieke* motivatie, waarbij dan ook een korte maar zeer mooie uitleg omschreven wordt.

Vanuit *intrinsieke* motivatie worden handelingen gedaan uit plezier, interesse, nieuwsgierigheid, uitdaging of zelfexpressie. Handelen vanuit *extrinsieke* motivatie is voor het verkrijgen van beloningen of een hogere status (Shibchurn & Yan, 2015; de Bruin, 2011).

Van der Moore-van Meel (2011) beschrijft zes factoren die extra motivatie kunnen opwekken en die eveneens terug te vinden zijn binnen de *intrinsieke* en *extrinsieke* motivatie namelijk succes ervaren, weten dat je aangesproken kan worden, kennis van resultaat, betekenis geven (het "waarom?"), interesse/veiligheid en de benadering van de leidinggevende naar de werknemer toe.

Bijkomend spelentijd en wenselijkheid ook een belangrijke rol binnen de *intrinsieke* motivatie. Zo zal iemand meer gemotiveerd zijn wanneer er een deadline gepland is, wanneer een deadline dichterbij komt, wordt je motivatie geprikkeld om een tandje bij te steken. Wensen en dromen zijn daarom goed om doelgericht te werken. Het hebben van bepaalde wensen motiveert om bepaalde doelen te behalen. Wat steeds bewaakt moet worden, is dat de motivatie 'naar' haalbaar is (Mol, s.d.).

Extrinsieke motivatie wordt medebepaald door niet tastbare resultaten of gevolgen (Vermeren, 2011). Bij deze kan er vastgesteld worden dat de mens gemotiveerd kan worden in twee richtingen dit om situaties of objecten te bereiken of te vermijden (Mol, s.d.). Via een praktijkvoorbeeld kan dit als volgt verduidelijkt worden: collega's kunnen het verpleegproces invullen omdat ze gemotiveerd zijn om het resultaat te zien of collega's kunnen het verpleegproces snel willen invullen zodat het snel achter de rug is.

Motiverende factoren liggen vaak in kleine dingen wat vandaag zeer belangrijk is namelijk aantrekkelijkheid, imago en status van organisatie en bedrijven. Organisaties die bezitten over een competentieprofiel komen aantrekkelijker over in de arbeidsmarkt (Mertens, 2009).

De aantrekkelijkheid bepaalt mede tot in hoe verre iemand gemotiveerd kan zijn. Dit kan omschreven worden als ijverigheid die bepaald wordt door de motivatiekracht. Hoe meer je gemotiveerd bent iets te bereiken, hoe meer iemand er zich voor gaat inzetten. Wanneer iets er aantrekkelijk uitziet, voordelen heeft, ... gaan personen sneller gemotiveerd zijn (Mol, s.d.). Dit werd hierboven al eerder als extrinsieke factor benoemd. Deze twee laatste theorieën van Mol (2010) evenaren de instrumentele, materiële zelfmotieven tot motivatie van Vermeren (2011). Deze motieven tot motivatie kunnen bewust of onbewust ervaren worden door de mens (Mertens, 2009).

Simons (s.d.) omschrijft de onbewuste krachten en de prikkels van buiten af meer dan Mertens (2009). Simons gaat mensen motiveren van buiten af door te kapitaliseren op de intrinsieke factor en door extrinsiek te belonen. Het motiveren door succeservaringen te programmeren zijn te vergelijken met de onbewuste krachten van Mertens (2009). Om de essentie van dit verhaal niet

verloren te laten gaan, worden er enkel en alleen drie voorbeelden bij ieder element aangehaald (fantasieën prikkelen, extrinsiek belonen en succes ervaringen programmeren). Het eerste element dat instaat voor de onbewuste motiverende kracht is het motiveren van buiten af door bijvoorbeeld fantasieën te prikkelen of spelelementen te gebruiken. De tweede onbewuste motiverende kracht is het extrinsiek belonen. Dit kan bijvoorbeeld door het creëren van competenties of het benadrukken van iemands inzet als succes voor later. Het derde element dat mensen onbewust motiveert is het succes van ervaringen programmeren door bijvoorbeeld zelfbeloningstechnieken aan te leren of de nadruk leggen op de beheersing in plaats van de prestatie (Simons, s.d.).

2.2.3 Competenties

Medewerkers kunnen verantwoordelijkheid krijgen wanneer ze beschikken over de nodige competenties. Medewerkers vinden het belangrijk dat de werkgever hen bekwaam en competent vindt, wat bevredigend werkt op hun zelfbeeld en vervolgens de werknemers gaat motiveren. Werknemers met een negatief zelfbeeld zijn minder geneigd om een motiverende houding aan te nemen omdat de werknemers zichzelf laag inschatten. De mens heeft een aangeboren nieuwsgierigheid en leergierigheid om bepaalde dingen op te lossen of te leren kennen. Dit zorgt ervoor dat de mens van nature onder normale omstandigheden intellectuele fysieke uitdagingen aangaat en vervolgens groeit in zijn competenties (Vermeren, 2011).

Om motivatie en competentie te verhogen, dient er voldoende afwisseling te zijn in de job, en ruimte voor ontwikkeling, opleidingen en trainingen. Daarom zijn loopbaanperspectieven zeer belangrijk binnen organisaties. Werknemers willen niet werken voor een hongersloon, personen gaan daarom op zoek naar de job met het mooiste salaris, winstdelingen en andere aandelen. Initiatieven van werknemers kunnen beloond worden al dan niet met positieve waarderingen. Daarom is betrokkenheid ook zeer belangrijk, werknemers inspraak geven in besluitvorming en in bepaalde keuzes die dienen te gebeuren. Hierdoor krijgen de werknemers de ruimte om ook in dergelijke situaties en uitdagingen zijn competenties te ontwikkelen (Mertens, 2009).

2.2.4 Gedragingen

Simons (s.d.) spreekt over vier gedragingen namelijk *aandacht*, *relevantie*, *satisfactie* en *vertrouwendie* kenmerkend zijn bij gemotiveerde personen en strategieën om in te spelen op deze gedragingen:

- *Aandacht: aandacht hebben in de leertaak, hierbij interesse tonen en eventueel zelfstandig informatie verwerven zonder dat dit van je gevraagd wordt (zelfmotief volgens Vermeren, 2011)*

- Aandacht trekken: zorgen voor vernieuwing, verrassingen en onverwachte/onzekere gebeurtenissen
- Nieuwsgierig maken door vragen, opdrachten, problemen en zelf laten te bedenken
- Variëren van methodes, werkvormen, stemgebruik en andere middelen van interactie
- *Relevantie: het nut en het belang van de inhoud, het doel inzien en deze kunnen omzetten in presentatiecriteria*
 - Vertrouwen scheppen door concreet te zijn, voorbeelden geven, aansluiten bij waarden en meningen en dingen persoonlijk te maken
 - Doelgericht werken info geven over het doel, het nut, verwachte prestaties, alles verhelderen
 - Luisteren naar de aard van de motivatie door in te spelen op sociale motivatie en ongemotiveerde facetten bespreekbaar te maken

Zoals reeds aangegeven, kan betekenis geven aan iets mensen motiveren (van der Moore-van Meel, 2011). Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen 'wat' (doel) en het 'waarom' (motivatie). Wanneer mensen gemotiveerd zijn door doelstellingen te stellen, wordt er gesproken over zelfmotief tot motivatie. Deze dragen het meest bij tot de zelfontwikkeling. De intrinsieke motivatie hiervan kan zijn dat de persoon het plezierig en interessant vindt om bepaalde activiteiten te doen. Extrinsiek gemotiveerd zijn binnen het aspect zelfmotief is vaak berust op instrumentele motieven bijvoorbeeld hoger loon, hogere status, meer macht krijgen, ... Extrinsieke doelstellingen kunnen dan ook instrumentele doelstellingen genoemd worden (Vermeren, 2011).

- *Satisfactie: tevreden met resultaten*
 - Consequentie vooraf meedelen en voorbereiden
 - Duidelijkheid scheppen voor iedereen, iedereen gelijk behandelen, niet willekeurig en belonen naargelang hun inzet en niet naargelang wat ze bereikt hebben (Simons, s.d.)

Er is een klein nuanceverschil tussen de motiverende (satisfactie) en de demotiverende (dissatisfactie) factoren. Wanneer de aanwezige motiverende factoren zorgen voor tevredenheid, zullen de afwezige motiverende factoren een neutrale toestand innemen. Deze neutrale toestand geeft geen ontevreden gevoel. De aanwezigheid van demotiverende factoren bezorgt een ontevreden gevoel, terwijl de afwezigheid van demotiverende factoren een neutraal gevoel bezorgt. Dit neutraal gevoel kan omschreven worden als een niet tevreden gevoel (Mertens, 2009; van Delft, 2010). Als bepaalde activiteiten gecontroleerd worden, geeft dit bij de persoon niet de satisfactie en motivatie. Deze personen gaat minder presteren omdat ze gecontroleerd worden en hun dit een gevoel geeft van geen vertrouwen te krijgen van de werkgever (Vermeren, 2011).

- *Vertrouwen: geloven dat doelen haalbaar zijn, uitgedaagd zijn, succes ervaren en falen kunnen relativeren*
 - Succes verwachtingen meedelen, hoe gaat het evalueren, hoe gaat het eruit zien, angsten vermijden, ruimte geven tot ademen
 - Uitdagen door verschillende methodes te hanteren en ieder zijn methode eigen kan maken en leren van elkaar, werknemers leren doelen stellen, elkaars succes gunnen
 - Attributies vormen door juiste feedback te geven, niet de nadruk leggen op hoe je presteert maar de inzet en het proces dat de werknemer aflegt en uiteindelijk beheerst (Simons, s.d.)

Vertrouwen kan ook verstaan worden als zekerheid. Een mens heeft behoefte aan zekerheid. Deze zekerheid ontstaat door een zekere voorspelbaarheid. De mens is van nature een geprogrammeerd wezen. Elke samenleving heeft zijn wetten en religie waardoor vervolgens bepaalde orde, structuur en zingeving ontstaat. Door het ontstaan van dit gebeuren ontwikkelt de mens van nature een bepaalde voorspelbaarheid die een gevoel van zekerheid geeft. De mens is daarom meer te motiveren wanneer ze voorspelbaarheid en/of zekerheid ervaren (Vermeren, 2011).

2.2.5 Denkwijzen

Binnen de motivatietheorieën wordt er gesproken over vier verschillende denkwijzen die mede bepalend zijn hoe iemand gemotiveerd kan worden onder andere de *eigenschapdenkers*, de *procesdenkers*, de *gedragdenkers* en de *taakdenkers*.

De *eigenschapdenkers* gaan gemotiveerd zijn wanneer ze iets kunnen bereiken waarvoor ze wel degelijk die eigenschap bezitten. Door zelfzeker te zijn in datgene waar eigenschapdenkers vertrouwd mee zijn, gaan ze meer gemotiveerd zijn en anderen mee kunnen motiveren. *Procesdenkers* geraken gemotiveerd wanneer ze geloven dat de uitkomst en het resultaat een opbrengst kan leveren. Met andere woorden op grond van bepaalde verwachtingen gaat de medewerker zich inspannen. *Gedragdenkers* gaan doelgericht te werk en gebruiken van het SMART principe. Omdat hun motivatie doelgericht is, gaan gedragdenkers meer gemotiveerd zijn wanneer doelen helder en specifiek weergegeven zijn. *Taakdenkers* zijn gericht op de inhoud van de taak. Dit houdt in dat de medewerker zicht moet hebben op de zinvolheid van het werk, hij moet verantwoordelijkheid kunnen nemen en moet zicht hebben op eventuele resultaten. Intrinsieke motivatie, feedback, motieven en autonomie spelen hierin een belangrijke rol (van Delft, 2010).

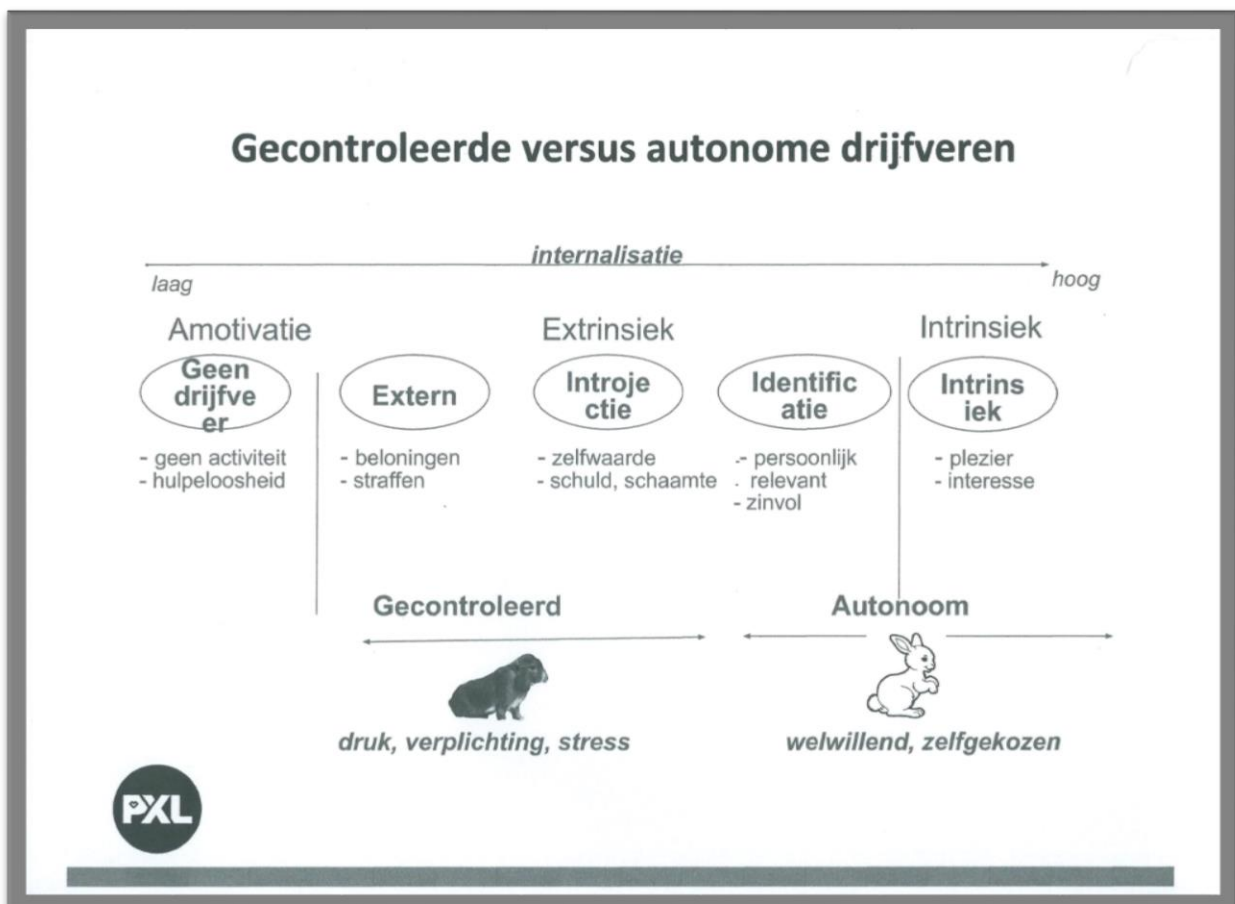
2.2.6 Zelf determinatietheorie (ZDT)

Taris (2010) bespreekt twee bekende theorieën uit die mede bepalend zijn tot het motiveren van medewerkers namelijk de ZDT en de manier waarop stress kan ontstaan. Taris (2010) spreekt over de eisen en de regelruimte die personen krijgen, toch heeft dit onrechtstreeks ook met motivatie te maken. Wanneer er aan iemand hoge eisen worden gesteld en de daar toe behorende regelruimte voor krijgt, dan zal deze werknemer meer gemotiveerd zijn, minder stress krijgen en meer kans hebben zijn doel te bereiken (Taris, 2010). Intrinsieke motivatie binnen ZDT vertrekt vanuit drie peilers namelijk autonomie, competenties en verbondenheid. Toch zijn extrinsieke motiverende factoren zoals bijvoorbeeld collega's en werkgever van groot belang (Fransen, 2015-2016).

Infiguur 1 wordt de ZDTtoegelicht aan de hand van een voorbeeld. Iemand die niet gemotiveerd is om bijvoorbeeld goede handhygiëne toe te passen, heeft ook geen verwachtingen en geen stress. Er kan extrinsiek gemotiveerd worden door bijvoorbeeld beloningen te geven wanneer deze persoon

zijn handen gaat ontsmetten, dit geeft de persoon in zekere zin een verplichting, maar geen internalisatie. Wat wil zeggen dat de persoon de handhygiëne niet toepast vanuit belang voor zichzelf en anderen, wat benoemd wordt als gecontroleerde motivatie. Een tweede mogelijkheid bestaat dat de persoon gecontroleerd wordt op zijn handhygiëne waardoor er schaamte ontstaat bij de persoon wanneer de handhygiëne niet correct wordt toegepast. Er kan stress ontstaan bij de persoon, maar op deze manier kan het een gedeeltelijke internalisatie zijn. Er kan bijvoorbeeld een bijscholing over handhygiëne gegeven worden waardoor de persoon de relevantie ziet van handhygiëne. Er ontstaat zelfmotief en een verbondenheidsmotief, de persoon ziet in dat hij handhygiëne moet toepassen en dat dit belangrijk is om kruisbesmetting te voorkomen naar patiënten toe, maar ook naar collega's toe. Hier kan gesproken worden over een volledige internalisatie waardoor de persoon autonoom gemotiveerd is. Wanneer hij dit vervolgens blijft doen, het een gewoonte is en doet uit plezier wordt er niet meer gesproken over extrinsieke motivatie, maar van intrinsieke motivatie (Vermeren, 2011; Reeve, 2012).

Aansluitend met de ZDT van Vermeren (2011) en Reeve (2012) wordt er aangehaald dat competentie en autonomie niet zomaar ontstaat. Een werknemer wil autonoom kunnen werken en de aard van het werk is daar een belangrijk onderdeel van (Mertens, 2009). Autonomie is een behoefte die mensen nodig hebben om zelf de bron te zijn van hun gedrag. Mensen hebben en willen het gevoel hebben hun keuzes te maken uit vrije wil (Vermeren, 2011). Werknemers ervaren motivatie wanneer ze een gevoel van verantwoordelijkheid krijgen (Mertens, 2009).



Figuur 1 Zelfdeterminatietheorie (Fransen, 2015-2016)

2.3 Conclusie

Motiveren is een complex gegeven en berust op drie pijlers namelijk competenties, verbondenheid en autonomie/zelfmotief. Een medewerker kan intrinsiek en extrinsiek gemotiveerd worden. Als leidinggevende is het belangrijk je personeel te kennen en dat je kan aanvoelen hoe je iedere individuele werknemers mag benaderen. Om extrinsiek te motiveren speelt niet alleen de aantrekkelijkheid van de organisaties een rol, maar ook andere onbewuste motiverende krachten³.

Medewerkers zijn competitief ingesteld en als leidinggevende is het belangrijk de medewerker de ruimte te geven hierin te kunnen groeien. De leidinggevende kan gebruik maken motiverend gedragingen volgens Simons (s.d.) namelijk aandacht trekken, relevantie benadrukken, satisfactie factoren en vertrouwen scheppen. Een combinatie van deze vier gedragingen kunnen een motiverende werking hebben op medewerkers.

Er zijn verschillende denkwijzen die mede bepalend zijn hoe iemand gemotiveerd kan worden namelijk eigenschapsdenkers, procesdenker, gedragdenkers en taakdenkers. De rol als leidinggevende is kunnen aanvoelen welke werknemers welke denkwijze hanteert , om vervolgens de motiverende factoren te gebruiken die passen bij iedere denkwijzen.

Al deze methodes werden tenslotte in het overzichtelijke schema van de zelfdeterminatietheorie weergegeven, waar duidelijk te zien is hoe een amotiverende houding kan groeien tot een autonoom intrinsieke gemotiveerde houding.

³ Krachten of factoren waardoor een mens automatisch gemotiveerd

3 Motiveren in de praktijk

3.1 Inleiding

Tot op heden werden verpleegproblemen enkel mondeling besproken en werden er vanuit de organisatie geen formulieren voorzien die konden gebruikt worden om dergelijke gegevens en verpleegdiagnoses te noteren. Nog voor het elektronische patiëntendossierbestond, werd er van iedere patiënt een map bijgehouden en bij problemen werden deze tijdens patiëntenvergaderingen besproken en waarna een schriftelijk verslag in het dossier van de patiënt geklasseerd werd.

Ongeveer vijf jaar geleden kwam er de eerste versie van het EPD. Vanaf toen bestond er de mogelijkheid om verslagen digitaal op te slaan. Momenteel is het Wit-Gele Kruis zo geëvalueerd dat er een programma in productie is gegaan om de verpleegkundigen de kans te geven het verpleegproces⁴ elektronisch te noteren in het EPD.

Motivatie is belangrijk om een mens tot handelen te bewegen, aangezien het een meerwaarde is als leidinggevende om te weten hoe je mensen kan motiveren werd dit onderdeel theoretisch uitgewerkt. De motivatietheorie is toepasbaar om collega's binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom te bewegen naar het correct invullen van de gegevensverzamelingen en verpleegprocessen van patiënten.

Aangezien het Omaha systeem een middel is om verpleegproblemen te analyseren, komt dit item tijdens de eerste fase van het praktijkgedeelte, namelijk de gegevensverzameling, nog niet aan bod.

Het project kende oorspronkelijk drie verschillende fases:

Fase één: anamnese (algemene, sociale, medische, administratieve)

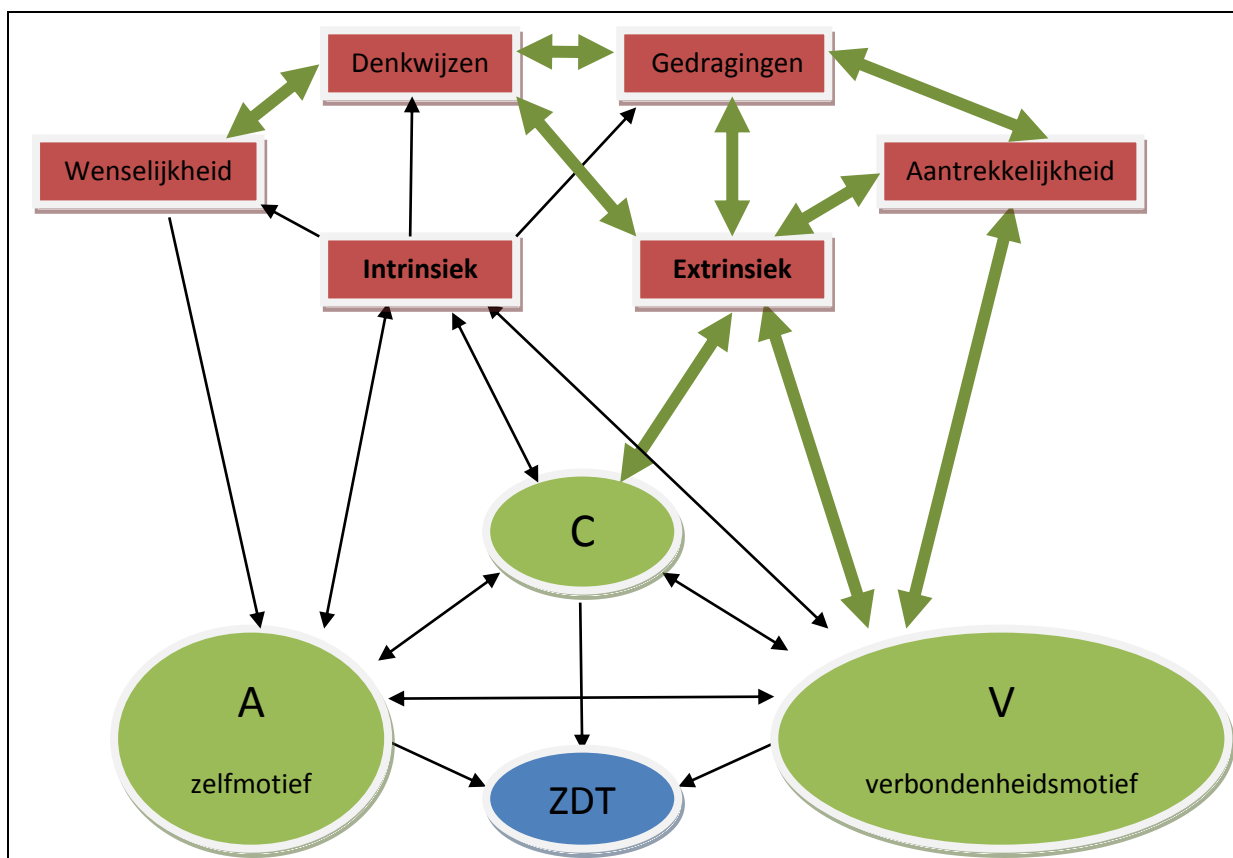
Fase twee: verpleegproblemen en doelstellingen

Fase drie: interventies en evaluaties

⁴ In het theoretische deel benoemd als Systematisch Verpleegkundig Handelen.

3.2 Beheersen van theorie

Motivatie berust op drie hoofdbehoeftes namelijk autonomie, competenties en verbondenheid (ACV). Deze behoeften staan nauw verbonden met elkaar en beïnvloeden elkaar voortdurend (Fransen, 2015-2016). De verbindingen in figuur 2 duiden aan dat motivatie een wisselwerking is tussen ACV die op hun beurt beïnvloedbaar zijn door de intrinsieke en extrinsieke motivatie. In figuur 2 wordt de nadruk gelegd op de groene pijlen rond extrinsieke motivatie. De reden hiervan is dat wanneer iemand niet autonoom gemotiveerd is, deze persoon toch autonoom kan gemotiveerd worden door veranderingen binnen bepaalde *gedragingen*, *aantrekkelijkheid* van een object, *verbondenheid* en/of groei in de *competenties*. In figuur 2 wordt geprobeerd een ander beeld te creëren van de zelfdeterminatie theorie in figuur 2 door gebruik te maken van iedere gebruikte wetenschappelijk literatuur⁵ in deze bachelorproef.



Figuur 2 Samenvatting literatuurstudie motivatie

In figuur 2 wordt verduidelijkt dat extrinsiek motiveren een complex gegeven is waar een wisselwerking steeds aanwezig is. Extrinsiek motiveren kan starten vanuit verschillende aspecten namelijk: denkwijzen, gedragingen, aantrekkelijkheid, competenties en verbondenheid.

⁵ Simons, s.d.; Fransen, 2015-2016; de Bruin, 2011; Mertens, 2009; Mol, s.d.; van Delft, 2010; van der Moore-van Meel, 2011; Vermeren, 2011

Om dit concreet weer te geven worden er enkele voorbeelden uitgeschreven aan de hand van een casus:

Casus één: een verpleegkundige van een bloedname doen. De verpleegkundige is hier erg onzeker over, omdat dit sinds haar schooltijd geleden is dat ze dit nog gedaan heeft. Dit is ondertussen 25 jaar geleden. Na het uitvoeren van de bloedname was de verpleegkundige extrinsiek gemotiveerd door het ervaren van de competenties die ze heeft.

Casus twee: de lay-out van het verpleegproces zou overzichtelijker aan bod mogen komen, wanneer dit er aantrekkelijker gaat uit zien, gaan verpleegkundigen extrinsiek gemotiveerd kunnen zijn om met een verpleegproces te werken.

Casus drie: een verpleegkundige staat niet open voor een teambuilding. Wanneer deze verpleegkundige merkt dat bijna heel het team mee doet wil ook hij/zij er graag bijhoren. Op deze manier is zij via haar verbondenheidsmotief extrinsiek gemotiveerd geraakt om ook deel te nemen aan de teambuilding.

3.3 Implementeren op de afdeling

3.3.1 Fase 1: anamnese/gegevensverzameling

Het verpleegproces is een complex gegeven, vandaar dat in deze bachelorproef de implementatie van het verpleegproces werd opgesplitst in drie fases. In het theoretisch gedeelte van de bachelorproef is te lezen dat het verbondenheidsmotief een aangeboren behoefte is die voortdurend blijft ontwikkelen en een gevoel van zekerheid teweegbrengt, daarom werd er gekozen om het verpleegproces te implementeren via een testgroep zodat er krachtigere en gezamenlijke feedback kan teruggekoppeld worden.

De eerste fase 'de anamnese' werd in september 2014 gestart. Er werd gestart met aan de gespreksleiders eerst een introductie te geven over de werking van het systeem met vervolgens het ingeven van de juiste gegevens. Bijlage twee en drie bevatten een overzicht van de items die behoren tot de gegevensverzameling binnen het EPD van het Wit-Gele Kruis.

Het zelfmotief, behoefte aan competentie van Vermeren(2011), de uitdaging vanuit de intrinsieke motivatie van de Bruin (2011) en de kans om aangesproken te worden over het verpleegproces volgens van der Moore-van Meel (2011), gaf de aanleiding om als leidinggevende eerst zelf van start te gaan met het invullen van gegevensverzamelingen vooraleer de testgroep werd ingelicht. Vervolgens werd een helder beeld gevormd over het functioneren van het programma. Met dit voorbeeld kon de leidinggevende van buiten af motiveren door de fantasieën te prikkelen volgens Mertens (2009).

Er werd een introductie op de afdeling georganiseerd zodat de gegevensverzameling van start kon gaan. Het proces dat zich afspeelt binnen fase één van het verpleegproces werd uitgewerkt aan de

hand van casussen om zo een beter kader te kunnen schetsen waar en wanneer de literatuurstudie van toepassing is.

3.3.1.1 *Introductie op de afdeling*

In januari 2015 werd er van start gegaan in de testgroep. De uitleg gebeurde aan de hand van de *PDCA-cyclus of de cyclus van Deming*.

Binnen de *plan-fase* is het de bedoeling om als leidinggevende het verpleegproces toe te lichten en werd er getracht de collega's intrinsiek te motiveren volgens de theorie van de Bruin (2011) zodat er werd gehandeld uit interesse, plezier, nieuwsgierigheid, ... In ieder persoon heerst er een gedragsdenker volgens van Delft (2010), wat het eens zo belangrijk maakt om duidelijk weer te geven hoe belangrijk een goede gegevensverzameling binnen het verpleegproces inhoudt voor in de volgende fases. De eerste fase van het verpleegproces is het ingeven van de gegevensverzameling. Wanneer dit proces volledig uitgeschreven en bruikbaar is, zal er in één oogopslag een totaalbeeld van de patiënt te lezen zijn, eveneens zullen documenten die momenteel ingevuld moeten worden wanneer patiënten naar het ziekenhuis of woon- en zorgcentrum gaan niet meer moeten ingevuld worden. Met één druk op de knop kunnen alle gegevens die de verpleegkundigen in de gegevensverzameling hebben ingegeven, bezorgd worden naar andere instanties die hier baat bij hebben. Zo kan er samen voor gezorgd worden dat de goede zorgen verder gezet kunnen worden in andere instanties.

Binnen de *do-fase* wordt de aandacht getrokken volgens Simons (s.d.). De leidinggevende doet tijdens een patiëntenvergadering een gegevensverzameling voor in de testgroep. Vervolgens kan iedere verpleegkundige van start gaan. Ze worden tijdens de vergadering bij gestaan door de leidinggevende en is er ruimte tot het stellen van vragen, dieper doorvragen op bepaalde items van gegevensverzamelingen, collega's aan te duiden voor duidelijkheid te scheppen, ...

In de *check-fase* is vertrouwen scheppen als leidinggevende belangrijk volgens Vermeren (2011). Hij haalt aan dat er gecontroleerd moet omgegaan worden met medewerkers te controleren. Daarom werd er geprobeerd om via de vraag 'of het invullen lukt' een open feedback cultuur te creëren, een cultuur waar fouten zijn toegelaten, waar collega's elkaar tips kunnen geven en eventuele opmerkingen en aandachtspunten kunnen benoemd worden.

Mertens (2009) omschrijft dat een leidinggevende die zijn medewerkers betrokkenheid en inspraak geven, bijdragen tot het ontwikkelen van competenties en motivatie. Bij deze is het *Act-fase* van de PDCA-cyclus gericht op opmerkingen en aandachtspunten die de testgroep ondervindt te verzamelen en mee te delen aan de ontwikkelaars van het programma. Zo draagt de testgroep bij tot het bruikbaar maken van het systeem aan het bed van de patiënt.

3.3.1.2 Gegevensverzameling van start

De informatie over de werking van de gegevensverzameling werd uitgelegd aan de hand van deze PDCA-cyclus zodat er dadelijk gestart kon worden met de uitwerking van de gegevensverzameling. Vermeren (2011) en Mertens (2009) vullen elkaar in die zin aan dat mensen nieuwsgierig maken ervoor zorgt dat ze dingen gaan proberen, ze voelen verantwoordelijkheid en groeien steeds in hun competenties. De testgroep had verantwoordelijkheidszin en voldoende competenties om beginnende werkpunten in het digitaal verpleegproces op te merken. Eerder in de bachelorproef werd aangehaald dat de gegevensverzameling een complex gegeven is, dit was terug te vinden in het digitaal systeem omdat het ingeven van gegevens tijdsrovend was en geen overzichtelijke lay-out vertoonde (Bijlage 4).

Simons (s.d.), van der Moore-van Meel (2011) en Vermeren (2011) hechten veel belang aan doelgericht werken om mensen te motiveren, tevens benoemt Simons (s.d.) dat de aandacht trekken tot een leertaak een extra impuls kan geven. Om doelgericht te werk te gaan en de aandacht te trekken werd door de leidinggevende tijdens de maandaggroep een ingevulde gegevensverzameling aan alle leden getoond. Oncorrecte ingegeven gegevensverzamelingen kwamen naar boven. Omdat Vermeren (2011) gecontroleerd gedrag koppelt aan demotivatie, is het bespreekbaar maken van de oncorrecte ingevingen belangrijk wanneer ervan uit gegaan wordt dat dit een groeiproces is waar uit geleerd kan worden.

De testgroep gaf aan dat ze bepaalde items niet konden onthouden tijdens het delen van de informatie aan de hand van een voorbeeld. Het voorstel kwam uit de testgroep om gezamenlijk een gegevensverzameling te doen tijdens een patiëntvergadering. Het werd meer een groepsgebeuren (Vermeren 2013), waar de leidinggevende gelijke inbreng, brainstormen, vragen stellen en interactie volgens Simons (s.d.) toelaat. Collega's willen hun deelname minstens evenaren t.o.v. de andere collega's waardoor er extrinsiek gemotiveerd wordt (Mol, s.d.; Vermeren, 2011). Bijkomend heerst er een emotionele binding (Mertens, 2009) wanneer de gegevensverzameling gebeurt van een patiënt die gelinkt is aan een lid van de testgroep. Iedere patiënt wordt door de leidinggevende gelinkt aan een verpleegkundige, deze verpleegkundige is de vaste verpleegkundige van de patiënt.

Binnen het Wit-Gele Kruis kwam de mogelijkheid de EPD's aan te sluiten op een beamer en dit te projecteren. Telkens wanneer een verpleegkundige een gegevensverzameling deed van een patiënt kon deze verpleegkundige haar EPD aansluiten op de beamer. Zo kon iedereen samenwerken en werd elke stap visueel gemaakt. Aangezien er tijdens een patiëntenvergadering slecht één patiënt besproken werd, kwam er tijdsgebrek en werd er oplossingsgericht gewerkt. Iemand uit de groep gaf aan dat er vele gegevens werden ingegeven die geen meerwaarde hadden voor geen enkele zorgbieder onder andere de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL). De inhoud van de ADL en IDAL wordt weergegeven in bijlage 2 en 3. Deze gegevens werden steeds ingevuld ongeacht of er een probleem was of niet. Bij nader inzien werd er besloten enkel gegevens te beoordelen bij aanwezigheid van problemen of aandachtspunten. Zo werd bijvoorbeeld bij de ADL en de IADL 'geen probleem' aangeduid, daar waar nu het item niet wordt ingevuld. Toch ging enkel deze interventie niet helpen om sneller meer patiëntengegevens in te vullen.

3.3.1.3 Gegevensverzameling uitrollen over heel de afdeling

Ook in de thuisverpleging komen en gaan patiënten, bijgevolg gebeuren er door de leidinggevende wissels van patiënten op een ronde. Al snel kwamen andere collega's die niet tot de testgroep behoorden vragen stellen. Collega's ondervonden dat de maandaggroep in januari met andere begrippen (gegevensverzameling, sociale gegevens, hulpmiddelen in huis, ...) bezig waren dan voorheen. Volgens de theorie van de Bruin (2011) werden de collega's extrinsiek gemotiveerd om deel te nemen aan de gegevensverzameling. Collega's die niet tot de testgroep behoorden werden geprikkeld en nieuwsgierig gemaakt om deel uit te maken en ook gebruik te leren maken van de gegevensverzameling.

Eind januari werd diezelfde informatie door de leidinggevende aan de hand van de PDCA-cyclus uitgelegd tijdens een dienstoverleg(DOV) aan alle medewerkers. De hele afdeling moest op het bureel hun EPD synchroniseren⁶om toegang te krijgen tot de nieuwe versie van het EPD waar ook zij dan de mogelijkheid hadden om gegevensverzamelingen in te geven. Hier werd er identiek van start gegaan als in de testgroep.

Tijdens iedere vergadering kwamen verpleegkundigen tot de conclusie dat ze hun info niet kwijt konden in het systeem en dat er bepaalde mogelijkheden niet mogelijk waren. Dit zou een *dissatisfactie factor*⁷ kunnen zijn volgens van Delft (2010) dat een demotiverend effect en een niet tevreden gevoel zou kunnen opwekken bij collega's omtrent het invullen van de gegevensverzameling. Iedereen kon op een lijst aandachtspunten en werkpunten binnen het programma van de gegevensverzameling noteren, zo kregen collega's meer regelruimte wat hen positief zou kunnen benaderen (Taris, 2010). De lijst werd bijgehouden door de leidinggevende, om mee te nemen naar de volgende vergadering. Hierbij werden volgens Mertens (2009) collega's gemotiveerd door betrokkenheid in de besluitvorming te creëren, collegialiteit en samenwerking op de afdeling. De leidinggevende bewaarde het overzicht aangezien er moest rekening gehouden worden de gegevensverzameling dienen te voldoen aan de normen van de BelRai⁸.

Begin maart 2015 was er een bijkomende vergadering omtrent het verpleegproces. Van iedere afdeling moest de gespreksleidster aanwezig zijn. Het was de bedoeling dat iedere gespreksleidster een overzicht meebracht van de aandachtspunten, werkpunten, observaties, bemerkingen, ... van de afdeling.

Voor het eerst werd fase twee in het verpleegproces getoond, namelijk de verpleegproblemen ingeven met zijn interventies. Dit was enkel informatief om een beter beeld en draagvlak te creëren op de werkvloer. Gespreksleiders kregen inspraak met een bepalen van de deadline wanneer, om alle gegevensverzameling rond te krijgen. Unaniem werd beslist om de gegevensverzameling voor de grote vakantie af te ronden.

⁶ Synchroniseren is gelijkstellen van de EPD's en de computers van het provinciaal secretariaat (Gielen, 2016)

⁷ Een factor die een ontevreden gevoel geeft

⁸ Resident assessment instrument: een Belgische versie van een gestandaardiseerde dataverzameling, zorgt voor eenduidigheid in taalgebruik voor iedere discipline (Gielen, 2016)

3.3.1.4 Stroomversnelling

De gegevensverzameling moest in een stroomversnelling komen. Volgens de theorie van Mol (s.d.) zijn mensen meer gemotiveerd naar mate de deadline dichterbij komt. De 11-12 groepen (testgroep of maandag-, dinsdag- en donderdaggroep) gaven inspraak om de groepen op te splitsen en te ordenen naargelang welke verpleegkundigen welke patiënten het beste kenden. Zo ontstonden er duo's die samen iedere week een gegevensverzameling deden. Volgens de theorie van van Delft (2010) voelden collega's aan dat de andere verder stonden in het invullen van het proces waardoor deze niet tevreden waren. Vervolgens waren het steeds dezelfde verpleegkundigen die het initiatief namen om een patiënt in te vullen en bijgevolg meer inzicht hadden in het programma en meer inbreng hadden in het proces. Er werd extrinsieke motivatie van de Bruin (2011) verwacht door collega's te zien werken met het verpleegproces, echter bleek volgens Simons (s.d.) betrokkenheid en gelijkheid belangrijker te zijn binnen het team. De leidinggevende gaf de groep de regelruimte, volgens de theorie van Taris (2010), de groep stelde voor om om de beurt een patiënt in te vullen binnen de duo's.

3.3.1.5 Overzicht bewaren

De testgroep noteerde steeds de naam van de patiënt op een lijst wanneer deze gegevensverzameling was ingevuld, omdat er weinig overzicht was over welke patiënten hun gegevensverzamelingen waren ingevuld of niet. Omdat dit een mooi overzicht gaf binnen de testgroep werd door de leidinggevende het noteren van een lijstje overgenomen naar heel de afdeling Gingelom. Dit was voor de collega, die begonnen was met het noteren van de namen, volgens de theorie van Simons (s.d.) een onbewuste kracht van motiveren namelijk de beloning en herkenning van haar kennis die gedeeld werd met de afdeling. De verpleegkundigen waren volgens de theorie van van Delft (2010) gemotiveerd door de *satisfactie factor*⁹, zij zouden tevreden zijn wanneer ze zagen dat er steeds meer namen op het lijstje zou komen te staan. Het lijstje was ook zeer nuttig voor de vervangende verpleegkundige, wanneer deze tijdens de patiëntenvergaderingen gegevensverzamelingen gingen invullen.

Anderzijds was een lijstje ook een controle voor de leidinggevende om te zien hoeveel patiënten collega's nog moest invullen. Volgens de theorie van Vermeren (2011) kan deze reden van het lijstje de collega's demotiveren doordat ze het gevoel van vertrouwen missen.

Nieuwe patiënten werden door de leidinggevende op de agenda gezet om vervolgens de gegevensverzameling te doen. De informatie die nog ongekend was, werd die week bevraagd en de patiënt werd vervolgens terug een agendapunt op de volgende vergadering, de week nadien.

⁹ Een factor die een tevreden gevoel geeft

De gezondheidstoestand van een patiënt kan wijzigen bijvoorbeeld: bijkomende hulpmiddelen, sociale status door overlijden van partner,... Het zou goed zijn hier een methode voor te vinden om de ingevulde gegevensverzamelingen up to date te houden.

Tot op heden worden gegevens nagekeken door de patiënt te projecteren tijdens het 11-12. Op deze manier wordt volgens Mertens (2009) samengewerkt en gemeenschappelijkheid gecreëerd, want iedere collega kan opmerken wanneer gegevens niet meer up to date zijn bijvoorbeeld gezinssituaties die veranderen van gehuwd naar weduwe, hulpmiddelen voor transport die erbij komen, personenalarmsysteem dat aanwezig is,... dergelijke gegevens die nadien wijzigen zouden beter moeten aangepast worden binnen het verpleegproces om zo alles up to date te houden.

Een groot aandeel hierin is de functie van de gesprekleidster en de leidinggevende. Wanneer er een patiënt besproken wordt, kan de gesprekleidster en/of de leidinggevende open, verduidelijkende en gerichte vragen stellen.

3.3.2 Voorbereiding fase 2

In mei 2015 was er een dienstoverleg (DOV) op de afdeling waar het verpleegproces een aandeel in had. De volgende fase van het verpleegproces werd concreet en visueel gemaakt om zo het doel duidelijk weer te geven. Om alles visueel duidelijk te maken, werd er gebruik gemaakt van verschillende kleurtjes papier met vervolgens verpleegproblemen, signs en symptoms, doelen en interventies genoteerd (Bijlage 5). Dit uitgewerkt verpleegproces was gebaseerd op een patiënt die gekend is door iedereen van de afdeling omdat we daar vier maal per dag op huisbezoek komen. Op deze manier werd er getracht te motiveren van buiten af door te kapitaliseren en in te spelen op de vier motiverende gedragingen met hun strategieën volgens de theorieën van Simons (s.d.). Tijdens het visualiseren met de gekleurde papiertjes, werd aangehaald dat wanneer alle gegevens goed werden ingevuld, het brieven steeds vlotter en efficiënter zou gebeuren. Hierbij sluit de theorie van Mol (2010) aan dat een leidinggevende mensen kan motiveren in een bepaalde richting bijvoorbeeld om te bereiken dat collega's goed zijn geïnformeerd of om te vermijden dat het brieven langere tijd in beslag omwille van te beknopte informatie in het EPD.

Binnen een team zitten verschillende mensen, waarvan er mensen zijn die zich net iets meer vragen stellen bij de dingen die ze moeten doen dan andere collega's bijvoorbeeld: *“Waarom is dit nu nodig, ze vinden altijd wel iets nieuw uit, vroeger bestonden dergelijke technische spullen niet. Verpleegkundigen moesten alleen wat schriftelijke dingen in orde maken en het werk werd toen ook uitstekend gedaan.”* Er werd volgens de theorie van van der Moore-van Meel (2011) en Vermeren (2011) betekenis gegeven aan de zinvolheid van dit project en dat de verpleegkundigen van de afdeling jarenlange ervaring en kennis hebben over hun patiënten. Het is die inbreng van de experts die nodig is om tot een goed verpleegproces te komen. Op de manier kan een leidinggevende volgens Vermeren (2011) de collega's positief bekrachtigen in de competenties die ze bezitten, waardoor ze meer gemotiveerd zijn.

Half oktober was er een bijscholing op afdeling Genk voor het uitrollen van de volgende fase in het verpleegproces namelijk ingeven van verpleegproblemen en signs en symptoms. Het verrassingseffect was, dat niet alleen de verpleegproblemen en symptomen te zien waren, maar ook de doelen en interventies.

Naast het ingeven van deze gegevens is het ook de bedoeling om een overzicht van de patiënt te krijgen voor verpleegkundigen aan het bed van de patiënt staan. Er werd tijdens de introductie vermeld dat dit overzicht in een 'afzonderlijke kader' tevoorschijn zou komen in de toekomst. Dat zogenaamde 'afzonderlijke kader' werd voor ons visueel toonbaar gemaakt. De visuele schets van het 'afzonderlijke kader' was dadelijk duidelijk voor gespreksleiders en werden zo door de aantrekkelijkheid gemotiveerd (Mol, s.d.) tot het uitwerken van de volgende fase.

Daarom dat de opsplitsing zoals voorheen in de inleiding vermeld staat, samen uitgewerkt is in de praktijk.

3.3.3 Fase 2: verpleegproblemen, symptomen, doelen en interventies

Eerst hebben drie leden van de testgroep het initiatief genomen om er mee te werken. Het was belangrijk om als gespreksleider en leidinggevende eerst zelf de vaardigheden te bezitten voor het te delen met de testgroep. Op deze manier kan je volgens Vermeren (2011) en Simons (s.d.) als leidinggevende de informatieenthousiaster overbrengen, waardoor collega's het systeem vertrouwen en nieuwsgierig worden om met het verpleegproces te werken.

De leidinggevendeen de drie personen van de testgroephebben enkele patiënten proberen in te vullen. Er waren vele tabs, pijltjes, ... wat de werking in het programma niet efficiënt maakte. Vervolgens was het niet overzichtelijk en bruikbaar aan het bed van de patiënt (Bijlage 6). Dit waren volgens Mertens (2009) demotiverende factoren in het programma dat een onaangenaam gevoel teweeg bracht. De relevantie van het product en het resultaat ging verloren in de vele tabs en pijltjes waardoor er geen overzicht leek te zijn. Het is zoals Simons(s.d.) het benoemt dat duidelijkheid in een proces en doelgericht werken de sleutel is tot succes. Op deze manier mag iedere collega een procesdenker zijn volgens van Delft (2010), toch blijft het belangrijk dat je als leidinggevende het doel blijft benadrukken, wat meer voorrang geeft aan de gedrag- en taakdenkers. Het doel is de essentie waarvan alles vertrekt, namelijk dat dit proces aan het bed van de patiënt moet kunnen gebeuren.

Bijkomende problemen binnen de lay-out:

- Onbelangrijke items zoals o.a. status van het probleem en de datum stonden in een kleur (Bijlage 6), terwijl het voor verpleegkundigen belangrijker leek om dadelijk het probleem in het oog te laten springen.
- Alle items in de tabs moesten aangevinkt worden vooraleer het volgende scherm zichtbaar werd.

- Wanneer het volgende scherm zichtbaar was, was er geen overzicht. Bijvoorbeeld bij het uitschrijven van interventies gekoppeld aan bepaalde doelen, verdween op het scherm over welk verpleegprobleem het ging.

3.3.3.1 On hold

Die enkele leden van de testgroep hebben zich gedurende een maand bezig gehouden met de tweede fase van het verpleegproces en hebben elkaar gecontacteerd. Er kwamen namelijk steeds meer en meer vragen, en elkaar helpen bracht geen vooruitgang. In deze maand werd er onderling besloten om deze fase niet te delen met heel de testgroep. Het delen van informatie over de werking van het verpleegproces kan en mag gebeuren indien de info gekend is. Op deze manier tracht je de informatie des gemotiveerder over te brengen naar de groep volgens de theorie van Simons (s.d.), Vermeren (2011) en van Delft (2010), wat nu niet mogelijk zou geweest zijn.

Op 30 november zou er een werkgroep doorgaan in het provinciaal secretariaat Genk voor alle afdelingen die van start zijn gegaan met het verpleegproces. Er werd een spoedvergadering georganiseerd op 25 november. De drie personen van de testgroep die de tweede fase hebben uitgeprobeerd, waren zeer enthousiast in het brengen van feedback en werkpunten over het programma. Zo werd volgens de theorie van Simons (s.d.) door de leidinggevendeeiedereen gelijk behandeld en kreeg iedereen inspraak. Er werd benadrukt dat de demotivatie niet de overhand mocht krijgen, want het is juist doordat iedereen de werking en het principe beheerde dat er werkpunten werden opgemerkt. Volgens Simons (s.d.) is het beheersen van iets nog altijd belangrijker dan de prestatie en de normativiteit.

Het was unaniem dat 'het' grootste probleem de lay out was waarin er gewerkt moest worden (Bijlage 6). Nogmaals werd herhaald dat het programma niet overzichtelijk was, er te veel tabs waren, het niet duidelijk zichtbaar was over welk probleem het ging en bijkomend werd er van de invoerder gevraagd telkens de status op actief te zetten. De testgroep was van mening dat wanneer je het probleem op actief zet en dadelijk interventies en doelen eraan koppelt deze automatisch ook actief aan de gang zijn. Het was zo complex dat deze interventie aan het bed van de patiënt niet mogelijk zouden zijn zonder de totaalzorg van de patiënt uit het oog te verliezen.

Als het niet deze manier is wat het Wit-Gele Kruis Gingelom wil, wat wil de afdeling dan juist wel?

Door na te denken over deze vraag werd er volgens de theorie van Taris (2010) regelruimte gecreëerd en kwamen er eisen naar voor. De leidinggevende gaf regelruimte volgens Mertens (2009), er kwam inspraak van iedereen, om te benoemen hoe de lay-out er voor de testgroep aantrekkelijk zou uitzien, want aantrekkelijkheid van een project of proces is volgens Mol (s.d.) een extra motief tot motivatie.

Het systeem dat momenteel voor heel de afdeling vertrouwd is, is het ingeven van het incontinentiemateriaal. Er werd getracht met het verpleegproces een dergelijk systeem na te

bootsen. Er zijn verschillende voorbeelden mondeling uit de groep gekomen. Na de vergadering werd een schets gemaakt, waar leden volgens Mertens (2009) inspraak in kregen (Bijlage 7). Bij het maken van de schets werd er rekening gehouden met het feit dat de testgroep dadelijk het 'afzonderlijke kader' zou zien met de *noodzakelijke informatie* van de patiënt. Naast doelgerichte werkers zijn leden van de testgroep volgens de theorie van van Delft (2010) ook procesdenkers aangezien deze graag resultaat zien van datgene wat dagelijks in het EPD genoteerd wordt.

Wat kan er verstaan worden onder noodzakelijke informatie?

Het geheel gegeven o.a. gegevensverzameling, verpleegproblemen, symptomen, doelen, interventies, evaluaties, concrete info. Bij deze werd er gestart met het brainstormen over de lay-out van het 'afzonderlijke kader'. Het doel van het 'afzonderlijk kader' is 'in één oogopslag geïnformeerd bij de patiënt' binnen te kunnen gaan. De drie leden van de testgroepen de leidinggevende schreven individueel op wat voor hun belangrijk was. Het resultaat was unaniem:

- Code sleutel kastje
- De zorgen die er gedaan worden
- Hygiënische maatregelen (bv chemo patiënt)
- Laatste observaties (evaluaties)
- Verpleegproblemen

Deze gegevens werden als voorbeeld in een 'afzonderlijk kader' geschetst ter voorbereiding van de werkgroep op 30 november (Bijlage 8).

3.3.3.2 Schetsen verdedigen

Op 30 november: de werkgroep in Genk. Iedere afdeling kreeg de kans hun tegengekomen problemen en aandachtspunten te benoemen. Afdeling Gingelom kreeg de kans zijn ontwerpen te tonen aan andere afdelingen. De leidinggevende toonde de schetsen en zo werd volgens Simons (s.d.) fantasieën geprikkeld en onrechtstreeks spelelementen gebruikt, omdat dit echter een schets is en geen eindproduct wordt het benoemd als een spelelement. De andere leden werden gemotiveerd volgens de theorie van Simons (s.d.) door met de schetsen de aandacht te trekken en nieuwsgierigheid op te wekken. Het afzonderlijk kader was overzichtelijk en duidelijk, waardoor de haalbaarheid vergroot werd.

Na het duidelijk voorbrengen van de schetsen van de lay-out van het programma en het 'afzonderlijke kader' konden er vragen gesteld worden. Als leidinggevende kan je de vragen zorgvuldig beantwoorden of de vraag terugkoppelen, zo werd de hele groep betrokken.

3.3.3.3 De toekomst

Afdeling Genk heeft interesse getoond in de schetsen die het Wit-Gele Kruis Gingelom heeft gemaakt. Volgens van der Moore-van Meel (2011) zorgt interesse tonen voor het ervaren van succes, dit succes geeft afdeling Gingelom de motivatie om verder te gaan en geeft hoopvolle betekenis voor de tijd dat er aan gewerkt is. Afdeling Gingelom wacht hoopvol af naar het resultaat dat dit alles gaat opleveren, aangezien dit hele proces tot op heden in ontwikkeling is.

Wanneer de nieuwe versie van het verpleegproces van start mag gaan, gaat afdeling Gingelom identiek van start gaan als voorheen. Als leidinggevende is het belangrijk het proces zelfs te kennen voor deze de informatie kan overbrengen naar de afdeling. Het is dan belangrijk dat zowel de leidinggevende als de testgroep als eerste verpleegprocessen van patiënten gaan invullen. Wanneer het invullen van het verpleegproces efficiënt, overzichtelijk en zorgvuldig ingevuld kan worden, zal de leidinggevende het verpleegproces uitrollen over heel de afdeling Gingelom. Tijdens patiëntenvergaderingen zal de leidinggevende voorbeelden van ingevulde verpleegprocessen visueel maken, waarna de leidinggevende de afdeling zal ondersteunen en begeleiden bij het invullen van verpleegprocessen.

4 Besluit

Het werken met een EPD wordt al enkele jaren gedaan binnen het Wit-Gele Kruis Gingelom. De mogelijkheden die er bestaan binnen het EPD groeien ieder jaar. In deze bachelorproef werd de kans gegeven om een verpleegproces mee helpen te ontwikkelen aan de hand van gestructureerde data, wat voorheen enkel mondeling kon gebeuren. Bijkomend wordt er een 'afzonderlijk kader' verwacht, waarin de belangrijkste informatie van de patiënt te voorschijn komt. Zo zouden verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis in één oogopslag een totaal beeld van hun patiënt kunnen lezen.

Het SVH, wat als overkoepelde term gebruikt wordt in deze bachelorproef, wordt binnen het kader van het Wit-Gele Kruis benoemd als het verpleegproces. Dit proces bestaat uit gegevensverzameling, plannen, uitvoeren en evalueren. Dit is een methode om als verpleegkundige diagnoses te kunnen stellen binnen de bevoegdheid van een verpleegkundigen.

Het verpleegproces of SVH gebeurt volgens gestandaardiseerde procedures of aan de hand van het uitwerken via classificatiemodellen. Er bestaan verschillende classificatiemodellen, maar het Wit-Gele Kruis opteert het gebruik van het Omaha Systeem. Omaha systeem is één van de enige classificatiemodellen die zoveel aandacht besteedt aan partnerschap. Het sociale domein speelt in de thuiszorg dan ook een zeer belangrijke rol. Thuis (wijk) verpleegkundigen staan niet alleen in verbinding met de patiënt maar ook met hun familie en mantelzorgers.

Motivatie begint vanaf autonomie (zelfmotief), verbondenheid (verbondenheidsmotief) en competenties. Van daaruit kan een mens door intrinsieke en extrinsieke factoren gemotiveerd geraken. Deze factoren zijn een wisselwerking tussen verschillende aspecten binnen het dagdagelijks leven. Voorbeelden die inspelen op de intrinsieke en extrinsieke factoren zijn o.a.: competenties, gedragingen en denkwijzen. Al deze termen samen in een figuur verduidelijkt de zelfdeterminatietheorie. Deze theorie laat zien hoe iemand verandert van gedemotiveerd naar gemotiveerd door intrinsieke en extrinsieke factoren.

In de praktijk is het verpleegproces uitgewerkt aan de hand van twee fases namelijk de gegevensverzameling en de verpleegproblemen, symptomen, doelen, interventies en evaluaties. Het hele proces werd in de praktijk uitgevoerd met veel inspraak van de verpleegkundigen in de testgroep.

De eerste fase 'de gegevensverzameling' werd na wat oefening op de afdeling uitgeschreven in duo's en geprojecteerd met een beamer. Zo werd er een verbondenheidsgevoel gecreëerd, waar iedereen deel van kon uitmaken.

De twee fase van het proces heeft zijn doel en nut niet gemist. Echter was de lay-out van het programma niet efficiënt genoeg om te gebruiken aan het bed van de patiënt. In de testgroep werd een schets ontwikkeld om een duidelijk beeld te maken van hoe de verpleegkundigen van afdeling Gingelom de lay-out van het verpleegproces wel efficiënt zouden vinden. Met deze schets als voorbeeld zijn de ontwikkelaars van het programma verder aan de slag gegaan.

Is de ontwikkeling van het verpleegproces afgerond?

Het antwoord is neen. Er werd bereikt dat de collega's gemotiveerd zijn en nieuwsgierig zijn om met de nieuwe ontwikkelde versie van het verpleegproces van start te gaan. Door de regelruimte en inspraak die de testgroep en andere collega's kregen mogen ze een lay-out verwachten die naar hun hand gemaakt is. Dit maakt dat het Wit-Gele Kruis klaar is om gemotiveerd met de nieuwe versie van start te gaan. Momenteel is deze nog in ontwikkeling, wat maakt dat er een vervolg mogelijk is op deze bachelorproef. Een mogelijk vervolg op deze bachelorproef zou kunnen zijn *'hoe gemotiveerd zijn werknemers om een verpleegproces in te vullen, wanneer deze werknemers dit proces mee helpen ontwikkelen hebben?'*

De rol als leidinggevende in heel dit proces is voornamelijk het begeleiden, ondersteunen en sturen van de afdeling. De afdeling de kans te geven om te groeien in hun competenties door te oefenen, te leren van elkaar, interesse op te wekken, ... Een leidinggevende kan dit proces niet afleggen zonder de afdeling. Samenwerken en achter hetzelfde doel staan is het fundament van een geslaagd proces. Een stevig fundament kan enkel gecreëerd worden wanneer de leidinggevende gedurende heel het proces de afdeling betreft in het gebeuren, de afdeling inspraak geeft, laat meedenken en de leidinggevende laat zien dat hij/zij de inspraak van de afdeling apprecieert en er effectief iets mee doet.

5 Reflectie

Aangezien mijn bachelorproef een jaar uitgesteld is had ik de kans om met dit thema al aan de slag te gaan. Het was voor mij een unieke kans dit onderwerp van het verpleegproces te gebruiken voor mijn bachelorproef.

Het verloop van mijn bachelorproef heeft een andere wending gekregen dan ik oorspronkelijk dacht. In normale omstandigheden kiest een cursist een onderwerp, nadien wetenschappelijke literatuur om nadien de literatuur toepassen in het proces van het onderwerp.

Aangezien ik al vele stappen in mijn bachelorproef had ondernomen, moest ik in de wetenschappelijk literatuur op zoek gaan naar methodieken die ik heb gehanteerd binnen mijn bachelorproef. Verrassend was hoe een mens instinctief bepaalde methodieken zich eigen maakt doorheen het proces. Terwijl ik de theorie las van motivatie, voelde het zeer vertrouwd aan en herkende ik dadelijk mijn manier van werken.

Als toekomstig leidinggevende neem ik mee dat samenhorigheid, inspraak, regelruimte, individuele competenties herkennen, positieve feedback bekrachtigen, ... zeer belangrijk zijn om mensen te motiveren. Deze factoren hebben er meermaals voor gezorgd dat de testgroep gemotiveerd was om verder te gaan binnen het proces. Ze kregen het gevoel dat ze gehoord werden en effectief met hun inspraak iets gedaan werd.

Als toekomstig leidinggevende ben ik trost op de meerwaarde die de bachelorproef voor mij heeft opgebracht. Het motiveren van mensen was niet de enige meerwaarde. Door nauwe samenwerking leer je nog beter omgaan met mensen, ontwikkel je zelfkennis en wordt een mens nieuwsgierig naar meer. Als toekomstig leidinggevende was zelfkennis niet alleen het begin van de banaba zorgmanagement, maar het begin van alles wat er is uit voortgevloeid.

‘Nieuwsgierig naar meer’ zou kunnen zijn, dat de kans op een vervolgonderzoek mogelijk is. Hoe de afdeling Gingelom verder gaat ontwikkelen in het verpleegproces is momenteel nog een vraag, toch zal ik enthousiast dit vervolg in het proces verder opvolgen.

Literatuurverwijzing

Bruin, B. de (2011). *De effectiviteit van het motiveren van werknemers: Een empirisch onderzoek naar het effect van perceived investment in employee development op organizational citizenship behavior in het licht van motivatie*. Nederland: faculteit managementwetenschappen masteropleiding. (Masterthesis).

Christenson, S.L., et al. (2012). A Self-determination Theory Perspective on Student Engagement. In J. Reeve (Red.), *Handbook of Research on Student Engagement* (pp. 149-171). S.l.: Springer Science+Business Media.

Delft, M. van (2010). *Motiveren van oudere werknemers: Een onderzoek naar langere inzetbaarheid in het onderwijs*. Amsterdam: Specialisatie: Arbeid, Organisatie en Beleid. (Masterscriptie Sociologie).

Fransen, A. (2015-2016). *Motiveren, enthousiasmeren en betrokkenheid creëren: duurzaam motiveren: ZDT of zelfdeterminatietheorie*. Banaba zorgmanagement 2: groepsgericht leiderschap. (Onuitgegeven syllabus).

Gielen, M., persoonlijke communicatie, 8 maart 2016.

Graaf-Waar, H.I., & Speksnijder, H.T. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. s.l.: Bohn Stafleu van Loghum.

Hal, M. van (2015). Gebruik van classificatiesystemen. *BijZijn-XL*, 5, 30-34.

Harmsen, J., & Koster, N. (2015). *Het Omaha System: Een introductie*. s.l.: QwertyPub.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (1999). *Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging: Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad*. Utrecht: s.d.

Martin, K.S. (2005). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management* (2^{de}ed). Omaha, NE: Health Connections Press.

Margadant, M. (2010). Develop. In T. Taris (Red.), *Motiveren om te leren: De inrichting van de werkplek kan helpen* (pp. 5-11). Houten: Springer Media.

Mast, J. (2014). Zoeken naar de gouden standaard: een vergelijking van de classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg. Utrecht: Vilans.

Mertens, L.A. (2009). Leidinggeven aan professionals: 'het motiveren en binden van docenten'. Utrecht: Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO). (Scriptie: MasterCommunicatie, Beleid en Management)

Meysman, H., & Vanderhoven, J.L. (2013). *Paper, project of scriptie: van muisklik tot tekst*. Leuven/Den Haag: Acco.

Mol, H. (s.d.). *Voor wie ga je? Sinterklaas, Zwarte Piet of Schimmel?: Motiveren in het licht van Sinterklaas*. s.l.: s.n.

Moore-van Meel, J. Van der (2011). *Hoe kan de docent door zijn gedrag de leerling motiveren?: Een onderzoek naar motiverend docentgedrag*. Universiteit Utrecht: Centrum voor Onderwijs en Leren, Moderne Vreemde Talen.

Schoemaker, E., & Albersnagel-Thijssen, E. (2003). *Regie van het Primaire proces* (2^{de} ed.). Noordhoff: bv Groningen/Houten.

Shibchurn, J., & Yan, X. (2015). Information disclosure on social networking sites: An intrinsic–extrinsic motivation perspective. *Computers in Human Behavior*, 44, 103–117.

Simons, P.R.J. (s.d.). *Motiveren om te leren: leren en motiveren*. Utrecht Univertisy Repository: Open Access.

Vermeren, P. (2011). *Rond leiderschap*(2^{de} ed.). Gent: Academia Press.

Bijlage

Bijlage 1. Omaha System overzichtkaart

NL versie 1.0

Actie (1 + 2 + 3 + 4)			
① 42 gebieden			
Omgevings-domein	Fysiologisch Domein	Mondgezondheid	Gezondheidsgerelateerd Gedrags-domein
Buurt/werkplek veiligheid Inkomens/financiën Omgevings-hygiëne Woning Psychosociaal Domein Communicatie met maatschappelijke voorzieningen Geestelijke gezondheid	Groei en ontwikkeling Interpersoonlijke relaties Mantelzorg/zorg voor kind of huisgenoot Mishandeling/misbruik Rolverandering Rouw Seksualiteit Sociaal contact Spiritualiteit Verwaarlozing	Neuro/musculaire/skelet-functie Pijn Postnataal Spijsvertering-vochthuishouding Spraak en taal Urineweg-functie Zicht Zwangerschap	Fysieke activiteit Gebruik van verslavende middelen Gezinsplanning Gezondheidszorg supervisie Medicatie Persoonlijke zorg Slaap en rust-patronen Voeding
② Soort actie (gecodeerd)			
AIB	B	CM	MB
Adviseren / Instrueren / Begeleiden	Behandelen en procedures toepassen	Case-managen	Monitoren / Bewaken
③ Actievlak (gecodeerd)			
ademhalingstherapie anatomie/fysiologie andere voorzieningen in de buurt/gemeenschap bezigheidstherapie blaas zorg communicatie continuïteit van zorg copingvaardigheden darm zorg discipline erfelijkheid financiën gedragsverandering geestelijke zorg gezinsplanning gips zorg hartzorg en circulatie hechting huidzorg	huishouding hulpmiddelen in positie brengen (houding) infectiepreventie interactie laboratoriumuitslagen looptraining luchtweg zorg materialen (verbruiksartikelen) medicatie coördinatie/bestelling medicatie uitzetten medicatie werking en bijwerkingen medicatietoediening mobiliteit/transfers monster verzameling oefening en beweging omgaan met boosheid omgeving ontspannings-/ademhalings technieken	opvang/respijtzorg persoonlijke hygiëne recept (medicatie) rust/slaap screening signalen/symptomen-fysiek signalen/symptomen-mentaal/emotioneel sociaalwerk in buurt/gemeenschap stimulering/opvoeding stomazorg stress management supportgroep steunsysteem talk/vertaal diensten veiligheid verslavingszorg vervoer verzorgings- en opvoedingsvaardigheden	voeding, beleid/balans voedingsprocedures welzijn werk wettelijk systeem wondzorg/verband verschonen woon- of verblijfplaats (thuis) zorg bij malaise of letsel zorg door arts/specialist zorg door ergotherapeut zorg door fysiotherapeut zorg door logopedist zorg door psycholoog/maatschappelijk werk zorg door verpleegkundige, verzorgende zorg door voedingsdeskundige/diëtist zorg door zorghulp zorg in de laatste levensfase zorg rond groei/ontwikkeling overigen
④ Specificatie (vrije tekst)			

Bijlage 2: Inhoud algemene gegevensverzameling

Algemene gegevens

Naam patiënt :

Dossiernummer:

Conditie bij instroom:

Mobiliteit

Valrisico Ja
 Nee

Vallincidenten Geen vallincidenten in de laatste 90 dagen
 Geen vallincident in de laatste 30 dagen, maar wel 31-60 dagen gelden
 Twee of meer vallincidenten in de laatste 30 dagen

Hulpmiddelen

Passieve tillift
 Actieve tillift
 Draaischijf
 Glijlaken
 WC - stoel
 Ziekenhuisbed
 Krukken
 Wandelstok
 Driepikkel
 Looprek
 Rollator
 Rolstoel
 Elektrische rolstoel
 Onrusthekken aan alle kanten van het bed
 Traplift
 Andere

Prothese/Arthese

Voet/enkel
 Knie/been
 Heup
 Rug/wervelkolom
 Schouder/arm
 Elleboog
 Hand
 Andere

Toestand van mond & voeding

Dieetvoeding Ja
 Nee

Indien ja:

Zoutloos
 Zoutarm
 AVVZ
 Maagdarmsparend

- Diabeet
- Energierijk dieet
- Energiearm dieet
- KKT
- Glutenvrij
- Lactosevrij
- Vezelrijk
- Vezelarm

Eelust

- Toegenomen
- Ongewijzigd
- Afgenomen
- Normaal
- Onbekend
- Beperkte hoeveelheden

- Ondervoeding** Ja
 Nee

- Obesitas** Ja
 Nee

Manier van voedselname

- Normaal
- Vloeibaar
- Pureren/ zachte voeding
- Fijnhakken
- Vloeistoffen
- Sondvoeding
- Alleen sondvoeding
- Alleen parenterale voeding
- Kan alleen specifieke voedingsmiddelen tot zich nemen

bl: Bvoeding

- Dysfagie** Ja
 Nee

- Intolerantie** Ja
 Nee

Bijvoeding

- Energierijke drinkvoeding
- Ziektespecifieke drinkvoeding/COPD
- Ziektespecifieke drinkvoeding/Decubitus
- Ziektespecifieke drinkvoeding/Diabetes
- Ziektespecifieke drinkvoeding/Nierfalen
- Ziektespecifieke drinkvoeding/Oncologie

Gebit & Mond

- Kunstgebit
- Gebroken/gebarsten niet intacte tanden
- Droge mond
- Moeite met kauwen
- Gebitscontrole in het laatste jaar

Hulpmiddelen

- Antislip placemat
- Bord met opstaande rand
- Bordrand
- Bord met vakverdeling
- Rietje
- Beker
- Beker met drinktuit
- Beker met neusuitsparing
- Slab
- Andere



Continentie

→ ontlaast intermitterend, sanderen

- Mictie
- Incontinentiemateriaal → ≠ Dag a macht
- Cystostoma/suprapubische sonde
- Urineopvangsysteem
- Condoomkatheter
- Bijzonderheden

→ ontlaast stoma colon, ileum, jejunum

Toestand van de huid

- Doorligwonde
- Antidecubitusmateriaal
- Preventie decubitus
- Huidletsel door incontinentie
- Wonde
- Andere huidproblemen of huidveranderingen
- Voelproblemen

Pijnsymptomen

- Geen pijn
- Pijn aanwezig, maar is de laatste 3 dagen niet vertoond
- Pijn op 1-2 van de laatste 3 dagen vertoond
- Pijn dagelijks in de laatste 3 dagen
- Bestreden wanneer therapeutische aanpak correct wordt gevolgd, maar dat is niet altijd het geval.
- Ernstig
- Momenten van vreselijke of ondraaglijke pijn.

Ademhaling

- Geen probleem
- Dyspneu
- Tachypneu
- Zuurstof
- Beademing

→ ontlaast ventelende A.H. Respiratie

Slaap

- Geen probleem
- Vermoeidheid

Indien vermoeidheid

- Niet vermoeid
- Minimaal
- Matig
- Ernstig
- Onvermogen om dagelijkse activiteiten te beginnen.

Slaapproblemen

- Inslaapproblemen
- Doorslaapproblemen
- Rusteloze slaap

- Geen rustgevende slaap
- Te vroeg wakker worden
- Te veel slapen
- Slaapwandelen
- Slaapapneu

Zintuigen

- Geen probleem

Zicht

Zichtsvermogen

- Voldoende
- Minimale moeite
- Matige moeite
- Ernstige moeite
- Blind

Hulpmiddelen

- Bril
- Lenzen
- Loep

Horen

Hoorvermogen

- Voldoende
- Minimale moeite
- Matige moeite
- Ernstige moeite
- Doof

Hulpmiddelen

- Gehoorapparaat

Overige (spraak, geur)

Communicatie

Uiting – zichzelf duidelijk maken

- wordt begrepen
- wordt gewoonlijk begrepen
- wordt vaak begrepen
- wordt zelden of nooit begrepen

Begrip – andere kunnen begrijpen

- Begrijpt
- Begrijpt gewoonlijk
- Begrijpt vaak
- Begrijpt soms
- Begrijpt zelden of nooit

IADL

- Nee
- Maaltijdbereiding**
- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Huishoudelijk werk

Volgen Balan

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Financieel beheer

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Geneesmiddelenbeheer

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Telefoongebruik

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

→ Volgens Bebeai

Trappen

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Boodschappen

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

ADL → Volgens de Bebeai

Nee

Persoonlijke hygiëne

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp

- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Zich verplaatsen

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Tafelgebruik

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Eten

- Zelfstandig
- Hulp beperkt tot klaarzetten
- Toezicht
- Beperkte hulp
- Uitgebreide hulp
- Maximale hulp
- Totale afhankelijkheid
- Activiteit kwam niet voor

Cognitie

Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming

- Zelfstandig
- Gewijzigd zelfstandig
- Minimaal beperkt
- Matig beperkt
- Ernstig beperkt
- Acute verandering in geestelijk functioneren
- Coma

Geheugenherinneringsvermogen

- Geen geheugenprobleem
- Geheugenprobleem
- Kort termijn geheugen
- Procedureel geheugen
- Situationeel geheugen

Periodiek verward denken of bewustzijn

- Gemakkelijk afgeleid
- Episoden van onsamenhangend praten
- Geestelijk functioneren wisselt in de loop van de dag

Verandering in beslissingsbekwaamheid t.o.v. dertig dagen geleden

- Neen
- Ja
- Verbeterd
- Niet veranderd
- Verslechterd
- Niet duidelijk

Ordeel

Psychosociaal welzijn

- Vormt een bedreiging of gevaar voor zichzelf
- Vormt een bedreiging of gevaar voor anderen
- Kan niet voor zichzelf zorgen door een geestelijke stoornis
- Heeft een verslavingsprobleem
- Vertoont specifieke psychiatrische symptomen (depressie, hallucinaties, neveneffecten geneesmiddelen)

Gedrag en stemming

- Neen
- Rondzolen
- Verbaal lastigvallen
- Lichamelijk lastigvallen
- Sociaal ongepast/stoerend gedrag
- Onaangepast openlijk seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden
- Verzet zich tegen zorg

Toedieningssystemen

- Sondes
- Voelstoffen (TPN, peritoneale dialyse)
- Infuus

Bijlage 3. Sociale gegevens

Burgelijke staat:

- Ongehuwd
- Gehuwd
- Wettelijk gescheiden
- Weduwe/weduwenaar
- Samenlevingscontract
- Vrijgezel

Kinderen:

- Neen
- Aantal
- Aantal inwonend

Ondersteunende kinderen:

- Ja
- Neen

Woonsituatie:

- Alleen
- Met partner
- Met partner en andere
- Met ouders of voogd
- Met broers of zussen
- Met andere verwanten
- Met niet-verwanten
- Bijzonderheden
 - Neen
 - Verblijfplaats
 - Eigen huis, appartement of studie
 - Woning kinderen
 - Woning mantelzorgers (niet kinderen)
 - ROB
 - WZC of RVT
 - Serviceflat, kangoeroewoning
 - Beschut/beschermd wonen
 - Instelling beperkte handicap
 - Psychiatrisch ziekenhuis of instelling
 - Revalidatie, herstel, SP dienst
 - Ziekehuis
 - Kortverblijf
 - Palliatief centrum
 - Penitentiaire instelling
 - Klooster
 - Thuisloos of dakloos
 - Andere
 - Woningaanpassingen

- Traplift
- Plafondlift
- Badlift
- Aangepast sanitair
- Douchezit
- Douchebrancard
- Automatische deuren
- Domotica
- Onderrijdbare keuken
- Aangepaste woning
- Andere
- Woonomgeving
 - Achterstalling onderhoud bv rommel, slechte verlichting, gaten in vloer, lekkende leiding
 - Smerige woning
 - Onvoldoende verwarming of afkoeling
 - Gebrek persoonlijke veiligheid angst in en om de woning, straat
 - Gebrekkige of beperkte toegang tot woning

Levensovertuiging:

- Neen
- Religie
- Cultuur
- Vind steun in religie en spiritualiteit
- Worstelt met de zin van het leven
- Vindt het dagelijkse leven betekenisvol
- Heeft zich verzoend met het leven

Bijkomende sociale gegevens:

- Werk
- Hobby
 - Praten over leven of herinneringen ophalen
- E-health voorzieningen
 - Vitalink
- Telemonitoring
 - Telethuis
 - Medirem
 - PAS
 - Mobiele alarmering
- Sociaal netwerk
 - Deelname aan sociale activiteiten die de cliënt al lang interesseren
 - Bezoeken van vrienden of anderen
 - Ontspanningsactiviteiten
 - Telefoneren of e-mailcontacten
 - Eenzaam
- Informatiefolders toelichten en meegeven
- Financiële situatie
 - Geen probleem

- Beperkte financiële problemen
 - Financiële problemen
-

Bijlage 4. Gegevensverzameling in EPD

Omschrijving	Keuze definitie	Datum Bevraging	Datum Einde	Status
Mobiliteit	Ja	08-10-2015		Actief
Mobiliteit	Geen valincident in de laatste 9	08-10-2015		Actief
Toestand van mond en voeding	Eetlust is afgenomen	08-10-2015		Actief
Toestand van mond en voeding	Ja	08-10-2015		Actief
Toestand van mond en voeding	Normaal	08-10-2015		Actief
Continentie	Ja	08-10-2015		Actief
Pijnsymptomen	Dagelijks in de laatste 3 dagen	08-10-2015		Actief

Figuur 3 algemene gegevens

Omschrijving	Vrije Tekst	Datum Bevraging	Datum Einde	Status
Medische diagnose		30-03-2015		

Figuur 4 medische gegevens

Omschrijving	Vrije Tekst	Datum Bevraging	Datum Einde	Status
Sociale gegevens	samenwonend met roger vanbr	18-10-2015		Actief
Sociale gegevens		18-10-2015		Actief
Sociale gegevens		18-10-2015		Actief
Woonsituatie		18-10-2015		Actief
Woonsituatie		18-10-2015		Actief
Woonsituatie		18-10-2015		Niet aanwezig
Woonsituatie		18-10-2015		Niet aanwezig

Figuur 5 sociale gegevens

Bijlage 5. Voorbereiding fase 2

PROBLEEM	Signs en Symptoms	Doel / TARGET	INTERVENTIES	EVALUATIE
Darmfunctie	<ul style="list-style-type: none"> - darmbeën - Incontinentie voer - verstopping - constipatie/diëtetiek 	<ul style="list-style-type: none"> - Uebyn - Comfort - min beuuld - inoort met - darm zig 	<ul style="list-style-type: none"> - 3x/week LA - anale zelf voer darmbeën 	<ul style="list-style-type: none"> - andere dagen - verstopping - geen huudletsels - door voer contact huid - geen anale beoeding - ton darmbeën - Better comfort pt.
Adembaling	Slaapapneu	<ul style="list-style-type: none"> - normaal - slaapcomfort 	- slaapapneubesleel	Comfortabele rusttoest
Urinairig functie	urinerestebe	<ul style="list-style-type: none"> - regelmatig - urine productie - en/of metris - Huidprobleem 	4 x/dag controlige Sondage	<ul style="list-style-type: none"> - geen urine-retentie - geen met/beuuld - incontinentie natural
Veding	<p>min ①</p> <p>Voedselbeoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> - ondueding 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlaydige voeding - volgen △ - voedingprocedure 	<ul style="list-style-type: none"> - GVO - Ingrid lang stuwon - overleg met ADL - overleg met moeder (voedstapfen) = winddatum (voer) 	<ul style="list-style-type: none"> - met sat pt met - Beu of niet? - beu of pt? - enz ...
musco/musculaire skelet functie	<ul style="list-style-type: none"> - Epilepsie - Spiermuske 	<ul style="list-style-type: none"> - GVO - geen amputation - voer management - veruipen contacten 	<ul style="list-style-type: none"> - mastectomie (Dopkeine) - bise 3x/week 	<ul style="list-style-type: none"> - geen amputation met - beuoud moepale - geuuden d - muson

Figuur 6 illustratie materiaal

Bijlage 6. Lay-out verpleegproces

Ronde: Patiënt Patiëntenlijst Mijn info Bib

Zorgplanning Medicatie Patiëntberichten Parameters Bestelling Profiel Uit-In Verpleegplan Verpleegproces Hulpverleners Admin. Overleginformatie

Gegevensverzameling Verpleegproblemen Interventies Evaluaties

Datum van: Datum Tot: FILTER DATUM VERWIJDER FILTER

Status	Datum Begin	Datum Einde	Categorie
Actief	06-11-2015		Gezondheid
Omschrijving : Fysieke activiteit			
Omschrijving Extra:			
Actief	06-11-2015		Psycho-sociaal
Omschrijving : Sociaal contact			

Teken en Symptomen Doelen

Figuur 7 verpleegprobleem zichtbaar, geen symptomen wanneer het niet geel aangevinkt is

Ronde: Patiënt Patiëntenlijst Mijn info Bib

Zorgplanning Medicatie Patiëntberichten Parameters Bestelling Profiel Uit-In Verpleegplan Verpleegproces Hulpverleners Admin. Overleginformatie

Gegevensverzameling Verpleegproblemen Interventies Evaluaties

Datum van: Datum Tot: FILTER DATUM VERWIJDER FILTER

Status	Datum Begin	Datum Einde	Categorie
Actief	06-11-2015		Lichamelijk
Omschrijving : Spijvertering-vochthuishouding			
Omschrijving Extra:			
Actief	06-11-2015		Psycho-sociaal
Omschrijving : Geestelijke gezondheid			

Teken en Symptomen Doelen

Figuur 8 verpleegprobleem geel aangevinkt, symptomen zichtbaar

Ronde: Patiënt Patiëntenlijst Mijn info Bib

Zorgplanning Medicatie Patiëntberichten Parameters Bestelling Profiel Uit-In Verpleegplan Verpleegproces Hulpverleners Admin. Overleginformatie

Gegevensverzameling Verpleegproblemen Interventies Evaluaties

Datum van: Datum Tot: FILTER DATUM VERWIJDER FILTER

Status	Datum Begin	Datum Einde	Categorie
Actief	06-11-2015		Lichamelijk
Omschrijving : Spijvertering-vochthuishouding			
Omschrijving Extra:			
Actief	06-11-2015		Psycho-sociaal
Omschrijving : Geestelijke gezondheid			

Teken en Symptomen Doelen

Figuur 9 verpleegprobleem met zijn doelen

Ronde Patiënt Patiëntenlijst Mijn info Bib

Zorgplanning Medicatie Patiëntberichten Parameters Bestelling Profiel Uit-In Verpleegplan Verpleegproces Hulpverleners Admin. Overleginformatie

Gegevensverzameling Verpleegproblemen Interventies Evaluaties

Tekenen en Symptomen Doelen

S-0312-022

Status	Datum Begin	Datum Einde
Actief	06-11-2015	

Omschrijving: **Zorgen voor eten en drinken**
 Vrije Tekst: :

Doel Interventies Doel Voorgeschreven Zorgen Doel Evaluaties

S-0312-0221

Categorie	Datum Interventie	Datum Einde
Educatie	06-11-2015	

Omschrijving:
 Vrije Tekst : **GVO gegeven over voedingstoestand en inname**

TOEVOEGEN
WIJZIGEN
VERWIJDEREN
DE-ASSOCIEER

Figuur 10 doel en interventies

Ronde Patiënt Patiëntenlijst Mijn info Bib

Zorgplanning Medicatie Patiëntberichten Parameters Bestelling Profiel Uit-In Verpleegplan Verpleegproces Hulpverleners Admin. Overleginformatie

Gegevensverzameling Verpleegproblemen Interventies Evaluaties

Tekenen en Symptomen Doelen

S-0312-022

Status	Datum Begin	Datum Einde
Actief	06-11-2015	

Omschrijving: **Zorgen voor eten en drinken**
 Vrije Tekst: :

Doel Interventies Doel Voorgeschreven Zorgen Doel Evaluaties

S-0312-0223

Evaluatie Status	Evaluatie Datum	Geplande Eva Datum	Effectieve Eva Datum	Laatste Wijz Door	Laatste Wijz Op
Actief	06-11-2015	16-11-2015	06-11-2015	6123	06-11-2015
Actief	20-11-2015	20-11-2015	20-11-2015	6123	20-11-2015

Vrije Tekst: **weer een kg vermagerd, 67kg**

TOEVOEGEN
WIJZIGEN
VERWIJDEREN
DE-ASSOCIEER

Figuur 11 doel en evaluaties

Bijlage 7. Ontwerp lay-out verpleegproces

Domein: subdomein:

Verpleegprobleem: Datum:

Status: actief

Symptomen:

Doel:

Interventies:

Voorgeschreven zorgen:

Evaluaties (observaties):

Pt heeft vooral pijn tijdens bewegen	26/11/2015
4x/dag dafalgan nemen helpt, neemt dit 30 min voor de verzorging	28/11/2015
Fibrinebeslag komt los met flaminal Hydro	29/11/2015

Evaluatie datum:

OPSLAAN

Domein: lichamelijk

subdomein: Darmfunctie

Status: actief

Verpleegprobleem: **Diarree**

Datum: 26/11/2015



Symptomen: Buikkrampen



Bevuild inco mat



Algemene malaise



...

Doel: Opheffen krampen



Zoeken aangepast inco materiaal



GVO voeding



...

Interventies: Diëtiste consult



Medicatie op VS



Stimuleren tot drinken



...

Voorgeschreven zorgen: ...

Associeer

Evaluaties (observaties):

Diarree afkomstig van te veel eten van vetten	26/11/2015
Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen, aangeraden voedingspatroon aan te houden en goed water te blijven drinken	28/11/2015
Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis	29/11/2015

Evaluatie datum: 5/12/2015

OPSLAAN

Bijlage 8. Ontwerp 'afzonderlijk kader'

<p>INFO:</p> <table border="1"> <tr><td>Code sleutelkastje: 238750</td></tr> <tr><td>Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren</td></tr> <tr><td>Binnen via wit hekje</td></tr> <tr><td>Chemopatiënt: blauwe handschoenen</td></tr> <tr><td>Aids patiënt</td></tr> </table>	Code sleutelkastje: 238750	Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren	Binnen via wit hekje	Chemopatiënt: blauwe handschoenen	Aids patiënt	<p>ZORGCODES: Zorgen die die dag moeten gebeuren staan vet, klikken op code voor zorgafspraken te lezen</p> <table border="1"> <tr><td>T</td></tr> <tr><td>HO</td></tr> <tr><td>PO</td></tr> <tr><td>VK</td></tr> <tr><td>PH</td></tr> <tr><td>MO</td></tr> <tr><td>VZ</td></tr> <tr><td>VC</td></tr> </table>	T	HO	PO	VK	PH	MO	VZ	VC																
Code sleutelkastje: 238750																														
Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren																														
Binnen via wit hekje																														
Chemopatiënt: blauwe handschoenen																														
Aids patiënt																														
T																														
HO																														
PO																														
VK																														
PH																														
MO																														
VZ																														
VC																														
<p>VERPLEEGPROBLEMEN:</p> <table border="1"> <tr><td>Diarree</td></tr> <tr><td>Vallen</td></tr> <tr><td>Daling lichaamsgewicht</td></tr> <tr><td>Inflammatie wonde</td></tr> <tr><td>Pijn thv gewrichten</td></tr> </table>	Diarree	Vallen	Daling lichaamsgewicht	Inflammatie wonde	Pijn thv gewrichten	<p>EVALUATIES:</p> <table border="1"> <tr><td>30/11/2015</td><td>Diarree is weg, pt is beter</td></tr> <tr><td>30/11/2015</td><td>Pt meet vloeistof af dat ze inneemt op 24 uur</td></tr> <tr><td>29/11/2015</td><td>Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis</td></tr> <tr><td>28/11/2015</td><td>Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen,</td></tr> <tr><td>26/11/2015</td><td>Diarree afkomstig van te veel eten van vetten</td></tr> <tr><td>24/11/2015</td><td>Buikkrampen</td></tr> <tr><td>22/11/2015</td><td>Pt is gevallen tijdens het oprapen van een zakdoek</td></tr> <tr><td>19/11/2015</td><td>Pijnlijke gewrichten, pt vermoed door weerstandigheden, neemt veel</td></tr> <tr><td>19/11/2015</td><td>Pt haar kleren zijn te groot, heb haar gewogen, is om enkele maanden 7 kg vermagerd, pt keek</td></tr> <tr><td>19/11/2015</td><td>Pt zegt verminderde eetlust te hebben</td></tr> <tr><td>13/11/2015</td><td>Gevallen, wou gaan zitten en ging langs stoel zitten, met hoofd tegen tafel, pijnlijk hematoom</td></tr> <tr><td>2/11/2015</td><td>Emotioneel owv Allerheiligen</td></tr> </table>	30/11/2015	Diarree is weg, pt is beter	30/11/2015	Pt meet vloeistof af dat ze inneemt op 24 uur	29/11/2015	Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis	28/11/2015	Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen,	26/11/2015	Diarree afkomstig van te veel eten van vetten	24/11/2015	Buikkrampen	22/11/2015	Pt is gevallen tijdens het oprapen van een zakdoek	19/11/2015	Pijnlijke gewrichten, pt vermoed door weerstandigheden, neemt veel	19/11/2015	Pt haar kleren zijn te groot, heb haar gewogen, is om enkele maanden 7 kg vermagerd, pt keek	19/11/2015	Pt zegt verminderde eetlust te hebben	13/11/2015	Gevallen, wou gaan zitten en ging langs stoel zitten, met hoofd tegen tafel, pijnlijk hematoom	2/11/2015	Emotioneel owv Allerheiligen
Diarree																														
Vallen																														
Daling lichaamsgewicht																														
Inflammatie wonde																														
Pijn thv gewrichten																														
30/11/2015	Diarree is weg, pt is beter																													
30/11/2015	Pt meet vloeistof af dat ze inneemt op 24 uur																													
29/11/2015	Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis																													
28/11/2015	Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen,																													
26/11/2015	Diarree afkomstig van te veel eten van vetten																													
24/11/2015	Buikkrampen																													
22/11/2015	Pt is gevallen tijdens het oprapen van een zakdoek																													
19/11/2015	Pijnlijke gewrichten, pt vermoed door weerstandigheden, neemt veel																													
19/11/2015	Pt haar kleren zijn te groot, heb haar gewogen, is om enkele maanden 7 kg vermagerd, pt keek																													
19/11/2015	Pt zegt verminderde eetlust te hebben																													
13/11/2015	Gevallen, wou gaan zitten en ging langs stoel zitten, met hoofd tegen tafel, pijnlijk hematoom																													
2/11/2015	Emotioneel owv Allerheiligen																													

Hoe willen wij het zien wanneer we iets aanvinken om meer te lezen?

<p>INFO:</p> <table border="1"> <tr><td>Code sleutelkastje: 238750</td></tr> <tr><td>Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren</td></tr> <tr><td>Binnen via wit hekje</td></tr> <tr><td>Chemopatiënt: blauwe handschoenen</td></tr> <tr><td>Aids patiënt</td></tr> </table>	Code sleutelkastje: 238750	Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren	Binnen via wit hekje	Chemopatiënt: blauwe handschoenen	Aids patiënt	<p>ZORGCODES: Zorgen die die dag moeten gebeuren staan vet, klikken op code voor zorgafspraken te lezen</p> <table border="1"> <tr><td>T</td></tr> <tr><td>HO</td></tr> <tr><td>PO</td></tr> <tr><td>VK</td></tr> <tr><td>PH</td></tr> <tr><td>MO</td></tr> <tr><td>VZ</td></tr> <tr><td>VC</td></tr> </table> <div data-bbox="1018 526 1236 683" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>Ma, woe en vrij volledig insmeren met magistrale zalf, voor droge huid.</p> </div>	T	HO	PO	VK	PH	MO	VZ	VC
Code sleutelkastje: 238750														
Eerst bellen voordeur, pt zet hond in ren														
Binnen via wit hekje														
Chemopatiënt: blauwe handschoenen														
Aids patiënt														
T														
HO														
PO														
VK														
PH														
MO														
VZ														
VC														
<p>VERPLEEGPROBLEMEN:</p> <table border="1"> <tr><td>Diarree</td></tr> <tr><td>Vallen</td></tr> <tr><td>Daling lichaamsgewicht</td></tr> <tr><td>Inflammatie wonde</td></tr> <tr><td>Pijn thv gewrichten</td></tr> </table>	Diarree	Vallen	Daling lichaamsgewicht	Inflammatie wonde	Pijn thv gewrichten	<p>EVALUATIES:</p> <table border="1"> <tr> <td>29/11/2015</td> <td>Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis</td> </tr> <tr> <td>28/11/2015</td> <td>Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen, aangeraden voedingspatroon aan te houden en goed water te blijven drinken</td> </tr> <tr> <td>26/11/201</td> <td>Diarree afkomstig van te veel eten van vetten</td> </tr> </table> <p>Hier staan nu enkel de evaluaties geassocieerd aan het geselecteerde probleem</p>	29/11/2015	Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis	28/11/2015	Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen, aangeraden voedingspatroon aan te houden en goed water te blijven drinken	26/11/201	Diarree afkomstig van te veel eten van vetten		
Diarree														
Vallen														
Daling lichaamsgewicht														
Inflammatie wonde														
Pijn thv gewrichten														
29/11/2015	Pt zou in het verleden vaak last gehad hebben van colitis													
28/11/2015	Buikkrampen zijn minder en diarree ook, toch heeft pt nog last van gezwollen abdomen, aangeraden voedingspatroon aan te houden en goed water te blijven drinken													
26/11/201	Diarree afkomstig van te veel eten van vetten													