Praktische handleiding voor het gebruiken van het Datanurse zelfredzaamheiddashboard binnen Omaha System

Auteurs:
Koen van den Braak & Jessica Veldhuizen

Mede namens de DataNurse onderzoeksgroep:
Bianca Buurman-Van Es, Ruth Pel-Littel, Nienke Bleijenberg, Mariëlle Zondervan-Zwijnenburg & Sigrid Wulfse-Huisman

Datum:
Juni 2026

Met dank aan UNO Amsterdam voor de opmaak van dit document

Inhoud

1. Zelfredzaamheid in de wijkverpleging en de aanleiding voor de ontwikkeling van het zelfredzaamheidsdashboard 3

2. Hoe leer je van data? 6

3. Hoe gebruik je het dashboard? 9

4. Hoe nu verder? 21

1. Zelfredzaamheid in de wijkverpleging en de aanleiding voor de ontwikkeling van het zelfredzaamheidsdashboard

De zorg thuis staat onder druk

Vanwege het groeiend aantal thuiswonende zorgvragers en een tekort aan zorgprofessionals in de wijkverpleging, staat de zorg thuis onder druk. Naar verwachting zal de druk op de zorg de komende jaren toenemen. Om de druk op de zorg te verminderen is het bevorderen van de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen van vitaal belang: het stelt individuen in staat om langer zelfstandig te blijven en vermindert daardoor de afhankelijkheid en ondersteuning van zorgprofessionals in de wijk.

Het bevorderen van zelfredzaamheid als onderdeel van het verpleegkundig proces

Zelfredzaamheid wordt door Zorg voor Beter gedefinieerd als het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg.[1] De Gezondheidsraad omschrijft zelfredzaamheid uitgebreider als "het vermogen om het fysieke, psychische en sociale welbevinden op peil te houden, met of zonder (in)formele zorg en ondersteuning, en de regie over het eigen leven te blijven voeren, in een levensfase waarin veranderingen en verliezen onvermijdelijk zijn."[2] Voor deze handleiding is de bredere definitie leidend, omdat zelfredzaamheid verder gaat dan alleen lichamelijk functioneren.

Verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging verlenen zorg gericht op het ondersteunen van mensen bij het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Het bevorderen van zelfredzaamheid is hierin een belangrijk onderdeel.

Het bevorderen van zelfredzaamheid als onderdeel van passende zorg

Het bevorderen van de zelfredzaamheid verlicht niet alleen de belasting op de zorgsector, maar optimaliseert ook de beschikbare zorgcapaciteit door de inzet van zorgprofessionals te richten op waar ze het meest nodig zijn. Dit is in lijn met het verlenen van passende zorg. Dit is een aanpak om de zorg in Nederland voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Passende zorg moet ervoor zorgen dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is .[3]

---

[1] Zorg voor Beter. (2024). *Zelfredzaamheid*. https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/zelfredzaamheid
[2] Gezondheidsraad. (2018). *Zelfredzaamheid van ouderen*. *https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/2018/06/13/zelfredzaamheid-van-ouderen*
[3] Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Passende zorg*. https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg

Het bevorderen van zelfredzaamheid en samen beslissen

Samen met de zorgvrager en het netwerk wordt gekeken welke zorg passend is en wat de zorgvrager mogelijk (nog) zelf kan. Zo is samen beslissen een belangrijk thema rondom het bevorderen van zelfredzaamheid. Samen beslissen helpt ouderen en zorgverleners om te kiezen voor zorg die aansluit bij wat voor ouderen belangrijk is. Voor meer informatie en praktische hulpmiddelen verwijzen wij naar de Toolbox Persoonsgericht Samen Beslissen van Vilans.[4]

Het bevorderen van zelfredzaamheid met data uit Omaha System

Verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging leggen een groot deel van hun data vast in het elektronisch cliëntendossier. Vaak is deze opgebouwd volgens het Omaha System classificatiesysteem. Omdat zelfredzaamheid een holistisch begrip is dat zich uitstrekt over alle domeinen van het dagelijks leven, van lichamelijk functioneren en wonen tot sociale contacten, gedrag en mentaal welbevinden[5] zijn alle onderdelen van het Omaha System relevant om de zelfredzaamheid inzichtelijk te maken. Maar om te leren en verbeteren op basis van data is er meer nodig dan alleen het inzichtelijk maken van de zelfredzaamheid.

Leren en verbeteren met data: een lerend zorgsysteem

Over het leren van data in de zorg is al veel geschreven, bijvoorbeeld over datagedreven werken[6] in de zorg en ondersteuning, datageletterdheid[7] van medewerkers en zorgregistraties[8] als informatiebron voor samen leren, verbeteren en beslissen. In de praktijk betekent leren van data dat zorgverleners samen vier stappen doorlopen: herkennen, begrijpen, waarderen en handelen.

---

[4] Vilans. (2024). *Toolbox Persoonsgericht Samen Beslissen*. https://www.vilans.nl/toolbox-samen-beslissen-met-ouderen

[5] Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). *Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study*.

[6] Van den Berg, B., Lukkien, D., Buimer, H., Ter Stal, M., & Zondervan-Zwijnenburg, M. (2023). *Position paper: datagedreven werken in de zorg en ondersteuning*. Vilans.

[7] Vilans. (2025). *Waarom datageletterdheid van medewerkers vergroten?* https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/waarom-datageletterdheid-medewerkers-vergroten

[8] Van den Berg, B. (2022). *Zorgregistraties als deel van de oplossing*. Vilans. https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/zorgregistraties-als-deel-van-de-oplossing



Figuur 1: Leer- en verbetercyclus voor leren van data in het team.
Bron: Stichting Omaha System Support (2024)

Door deze cyclus in figuur 1 steeds opnieuw te doorlopen, gebruiken zorgverleners gegevens uit de dagelijkse praktijk om te leren en de zorg te verbeteren. Later in deze handreiking werken we deze stappen uit aan de hand van het dashboard.
Dit sluit aan bij het idee van een lerend zorgsysteem[9]: een manier van werken waarin gegevens uit de zorgpraktijk worden omgezet in nieuwe kennis en inzichten, en die kennis en inzichten weer worden gebruikt om de zorgpraktijk te verbeteren.

In deze handleiding passen we het idee van een lerend zorgsysteem toe op het bevorderen van zelfredzaamheid in de wijkverpleging. Daarbij gebruiken we gegevens die al in het Omaha System worden vastgelegd, zoals aandachtsgebieden, acties, actievlakken, scores en streefscores. Deze gegevens geven inzicht in de situatie van cliënten, de doelen waaraan wordt gewerkt en de zorg die wordt ingezet. Door deze gegevens samen te bekijken en te bespreken, kunnen zorgverleners leren van wat zij in de dagelijkse praktijk doen. Zo worden Omaha-data niet alleen gebruikt voor verslaglegging, maar ook als basis om de zorg voor cliënten te evalueren, passende interventies te kiezen en als team te blijven verbeteren.

Het Data Nurse-project

Om het samen beslissen en het leren van data concreet toe te passen in de wijkverpleging, is het Data Nurse-project opgericht[10]. Dit is een samenwerking tussen Amsterdam UMC, Hogeschool Utrecht, Stichting Omaha System Support en Vilans, met

[9] Foley, T., Horwitz, L., & Zahran,. (2021) *Realising the Potential of Learning Health Systems*. The Learning Healthcare Project. https://learninghealthcareproject.org/realising-the-potential-of-learning-health-systems/
[10] Zorgakkoorden. (2023). *Data Nurse: data benutten voor passende wijkverpleging*. https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/data-nurse-data-benutten-voor-passende-wijkverpleging/

deelname van zes zorgorganisaties. Het doel van het project is om de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen te bevorderen door wijkverpleegkundigen te ondersteunen bij het samen beslissen en het leren van data uit de dagelijkse zorgpraktijk.

Het project leidt tot verschillende producten, waaronder deze handleiding waarin het leren van (Omaha) data door middel van een zelfredzaamheidsdashboard in de wijkverpleging centraal staat. In Hoofdstuk 1 is beschreven waarom leren van data belangrijk is bij het bevorderen van zelfredzaamheid. Hoofdstuk 2 richt zich in het algemeen op het leren van data. Hoofdstuk 3 gaat over het gebruiken van de zelfredzaamheidsdashboard welke speciaal voor Omaha data is ontwikkeld. Hoofdstuk 4 gaat over wat er verder nog nodig is om tot leren van data te komen in de praktijk.

2. Hoe leer je van data?

In het Omaha System wordt veel informatie vastgelegd over cliënten, zoals aandachtsgebieden, acties, actievlakken, scores en streefscores. Deze gegevens kunnen helpen om zicht te krijgen op de zorg die wordt geleverd en op wat dit betekent voor de zelfredzaamheid van cliënten.

Maar om van data te leren, is het niet genoeg om alleen naar cijfers of grafieken te kijken. De gegevens moeten ook besproken en verbonden worden aan de dagelijkse praktijk. Herkennen we wat we zien? Kunnen we verklaren waarom bepaalde scores veranderen of juist gelijk blijven? Sluiten de gekozen acties aan bij de doelen van de cliënt? En geeft wat we zien aanleiding om iets aan te passen in de zorg of in de registratie?

Om hierbij te helpen is de leer- en verbetercyclus geïntroduceerd: herkennen, begrijpen, waarderen en handelen. In dit hoofdstuk werken we deze cyclus verder uit aan de hand van de TeamTalk. Dit is een uitgebreidere versie van de cyclus, met hulpvragen die gebruikt kunnen worden bij het kijken naar Omaha-data.



Deze manier van kijken kun je gebruiken bij het bekijken van het zorgplan van een cliënt, maar ook bij het gebruik van het dashboard. Dit kan individueel, maar bij voorkeur gebeurt dit samen in een teamoverleg. Binnen een lerend zorgsysteem leren zorgverleners niet alleen van data, maar ook van en met elkaar. Hieronder worden de vier stappen kort toegelicht. Na deze toelichting is de TeamTalk weergegeven als figuur 2. Daarin staan de stappen en hulpvragen overzichtelijk bij elkaar.

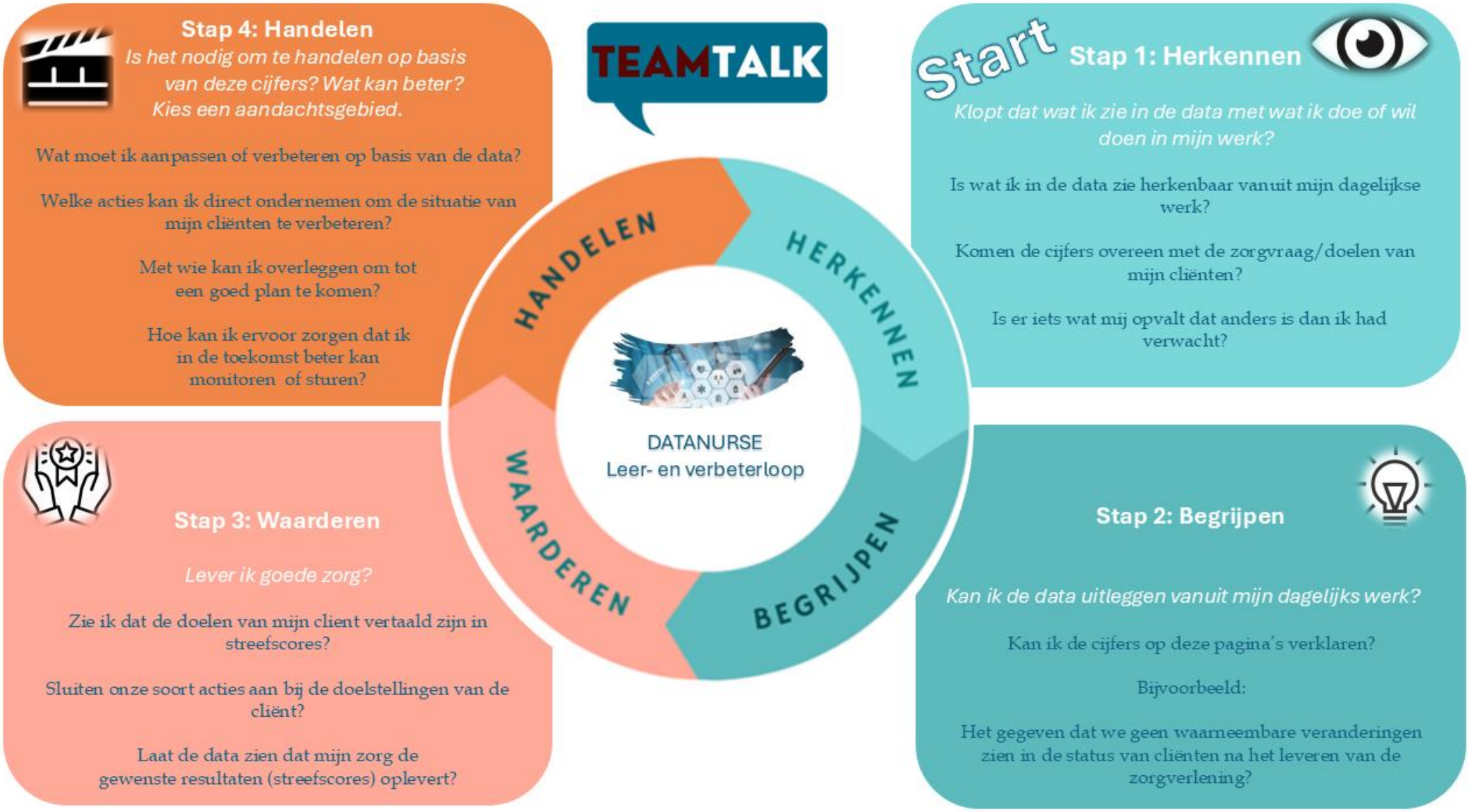
Stap 1: Herkennen
De eerste stap is om te kijken of wat je in de data ziet overeenkomt met wat je in de praktijk ervaart. Klopt wat je ziet met wat je in je werk doet of wilt doen? Komen de gegevens overeen met de zorgvraag en doelen van je cliënten? En is er iets wat opvalt of iets dat anders is dan je had verwacht?

Stap 2: Begrijpen
Daarna probeer je te verklaren wat je ziet. Kun je de gegevens uitleggen vanuit je dagelijks werk? Zie je bijvoorbeeld dat scores veranderen of juist gelijk blijven? Dan bespreek je met elkaar hoe dat komt. Het gaat hier niet om het vinden van het juiste antwoord, maar om het gesprek dat je met elkaar voert.

Stap 3: Waarderen
Vervolgens bespreek je wat de data zegt over de geleverde zorg. Komen de aandachtsgebieden overeen met wat de cliënt zelf heeft aangegeven? Zijn de doelen van de cliënt vertaald naar streefscores? Sluiten de ingezette acties aan bij de doelstellingen van de cliënt? En laat de data zien dat de zorg de gewenste resultaten oplevert?

Stap 4: Handelen
Ten slotte bepaal je wat je wilt aanpassen of verbeteren. Is het nodig om te handelen op basis van wat je ziet? Welke acties kun je ondernemen? Moet het zorgplan worden aangepast, is overleg nodig, of vraagt de registratie om verbetering? En hoe zorg je ervoor dat je in de toekomst beter kunt monitoren of bijsturen?

Het figuur hieronder kan worden gebruikt om als team met elkaar in gesprek te gaan over de data.



Figuur 2: Leer- en verbetercyclus met hulpvragen: Teamtalk

3. Hoe gebruik je het dashboard?

Zelfredzaamheidsdashboard

Het dashboard is gebaseerd op gegevens die al worden vastgelegd in het Omaha System, zoals aandachtsgebieden, actievlakken, acties, scores en streefscores. Als de zorg verandert, verandert het zorgplan mee en worden die wijzigingen automatisch zichtbaar in het dashboard. Er hoeft dus geen nieuwe data speciaal voor het dashboard te worden geregistreerd.

Wel vraagt het werken met het dashboard om een andere manier van kijken naar gegevens die er al zijn: niet alleen als verslaglegging, maar ook als hulpmiddel om samen te leren en passende zorg te ondersteunen. Door samen naar het dashboard te kijken, kunnen teams bovendien leren van hun manier van registreren. Wanneer gegevens zichtbaar worden, wordt duidelijker hoe scores, streefscores, acties en actievlakken samenhangen. Dat kan aanleiding zijn om te bespreken of de registratie nog goed aansluit bij de situatie en de doelen van de cliënt.

Het dashboard is ontwikkeld in samenwerking met wijkverpleegkundigen van vijf zorgorganisaties. Via interviews is in kaart gebracht welke informatie voor hen waardevol is en hoe het dashboard het beste kan worden ingezet in de dagelijkse praktijk. Daarna is het dashboard stap voor stap verder verfijnd op basis van het prototype. Voor meer informatie over de technische implementatie van het dashboard binnen de organisatie verwijzen wij naar de technische handleiding.[11]

3.1 Overzicht van het dashboard

Het dashboard geeft in één oogopslag inzicht in de zelfredzaamheid van cliënten op individueel en teamniveau. Het scherm is opgedeeld in drie zones (figuur 3 op de volgende pagina):

Aan de linkerkant bevindt zich het **filterblok**, waarmee je de weergave aanpast op een specifieke cliënt, een team of een periode. Standaard toont het dashboard de meest recente zorgplannen.

Bovenaan staan drie **algemene gegevens** die direct meebewegen met je selectie: het aantal geselecteerde cliënten, het aantal unieke aandachtsgebieden en de gemiddelde zorginzet per week.

[11] Technische handleiding – aanpassen aan precieze titel

Het **hoofdgedeelte** toont zes visualisaties die samen inzicht geven in de scores, de ingezette acties en de ontwikkeling over de tijd

Hoe werkt het dashboard?

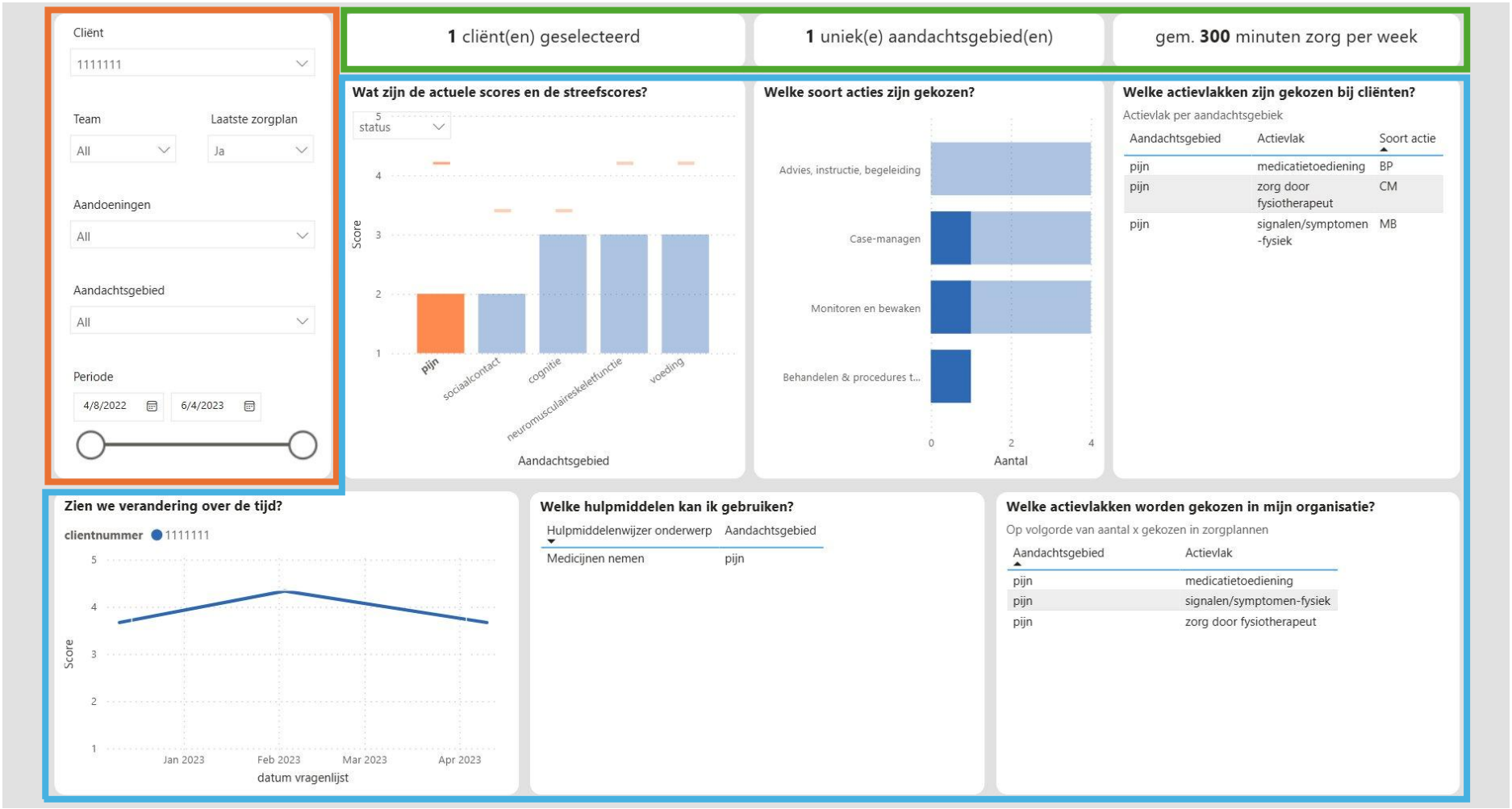
Het dashboard werkt interactief. Dat betekent dat de onderdelen van het dashboard meebewegen met de selectie die je maakt. Als je bijvoorbeeld een cliënt, team, aandoening of aandachtsgebied selecteert, passen de grafieken en tabellen zich automatisch aan.

Zo kun je op verschillende manieren naar de gegevens kijken. Je kunt inzoomen op één cliënt, maar ook kijken naar een cliëntgroep, een team of een specifiek aandachtsgebied. Een selectie opheffen doe je door nogmaals op hetzelfde onderdeel te klikken, of door het kruisje naast de selectie te verwijderen. Let erop dat een selectie actief blijft totdat je deze weer opheft. Als er nog een selectie aanstaat, kijk je dus niet naar alle gegevens, maar alleen naar het deel dat je hebt geselecteerd.

In de volgende paragrafen bespreken we elk onderdeel van het dashboard afzonderlijk. Per onderdeel leggen we uit wat het toont, hoe je het kunt lezen en waar je op kunt klikken. Zo leer je het dashboard stap voor stap kennen.

1. Filterblok

2. Algemene gegevens



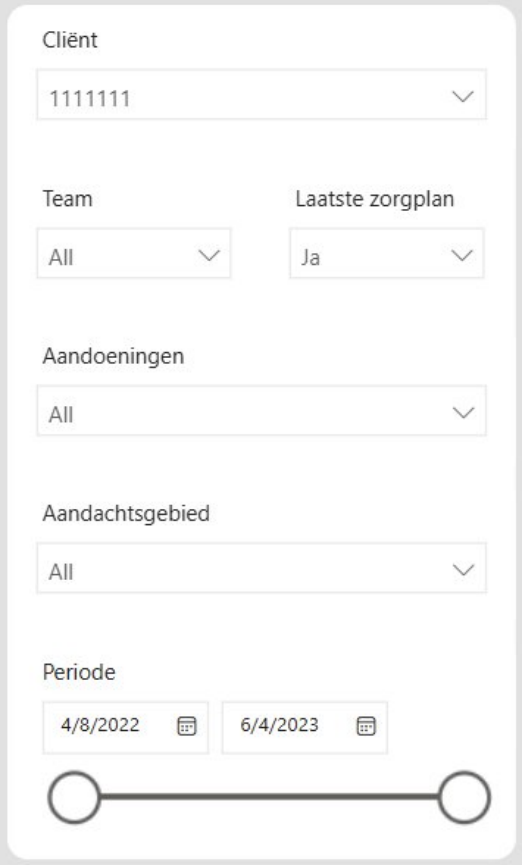
3. Hoofdgedeelte

Figuur 3: Overzicht van het dashboard

3.2 Filterblok

Met het filterblok bepaal je welke gegevens je wilt bekijken. In figuur 4 is het filterblok apart weergegeven. Wanneer je een filter gebruikt, past de rest van het dashboard zich automatisch aan. Je kunt filteren op cliënt, team, laatste zorgplan, aandoening, aandachtsgebied en periode.

Met het **filter cliënt** kun je de gegevens van één specifieke cliënt bekijken. Dit is handig wanneer je wilt kijken naar het zorgplan, de scores en de ingezette acties van één cliënt. Met het **filter team** kun je gegevens van meerdere cliënten binnen een team bekijken. Dit helpt om patronen zichtbaar te maken, bijvoorbeeld welke aandachtsgebieden vaak voorkomen of welke soorten acties veel worden ingezet. Het filter laatste zorgplan staat standaard op "Ja". Daardoor toont het dashboard in eerste instantie alleen het meest recente zorgplan van elke cliënt. Dit geeft een actueel beeld. Wanneer je naar de ontwikkeling over tijd wilt kijken, kan het nodig zijn om dit filter aan te passen. Met het **filter aandoeningen** kun je cliënten met een specifieke aandoening selecteren. Dit kan helpen wanneer je wilt kijken of bepaalde aandachtsgebieden of acties vaker voorkomen bij een bepaalde cliëntgroep. Met het **filter aandachtsgebied** kun je inzoomen op één Omaha-aandachtsgebied, bijvoorbeeld pijn, medicatie of ademhaling. Met het **filter periode** kun je bepalen over welke periode je gegevens wilt bekijken.



Figuur 4: Filterblok

3.3 Algemene gegevens

Bovenaan het dashboard staan drie algemene gegevens die meebewegen met de selectie die je maakt (figuur 5). Je ziet hoeveel cliënten zijn geselecteerd, hoeveel unieke aandachtsgebieden zichtbaar zijn en wat de gemiddelde zorginzet per week is.



Figuur 5: Algemene gegevens

De zorginzet is belangrijk bij het beoordelen van zelfredzaamheid. Veel zorginzet kan passen bij de situatie van de cliënt. Tegelijkertijd kan het ook aanleiding zijn om verder te kijken. Welke zorg wordt ingezet? Met welk doel? En zijn er onderdelen waarbij de cliënt meer zelf kan doen, of waarbij ondersteuning gericht kan zijn op het aanleren of behouden van vaardigheden? De algemene gegevens geven vooral context bij de selectie die je hebt gemaakt. Ze vormen daarmee een startpunt om verder te kijken in de rest van het dashboard.

3.4 Actuele scores en streefscores

In de grafiek met actuele scores en streefscores zie je per aandachtsgebied hoe de cliënt of cliëntgroep op dit moment scoort en welke streefscore is vastgelegd (figuur 6). De actuele score geeft weer hoe de situatie op dat moment is ingeschat. De streefscore geeft aan waar je samen met de cliënt naartoe wilt werken.



Figuur 6: Grafiek aandachtsgebieden, scores en streefscores

Bovenin de grafiek kun je kiezen naar welk onderdeel van de score je kijkt, bijvoorbeeld kennis, gedrag of status. In de grafiek zie je vervolgens per aandachtsgebied de actuele score en de streefscore. De balk geeft de actuele score weer. De streep boven de balk geeft de streefscore weer.

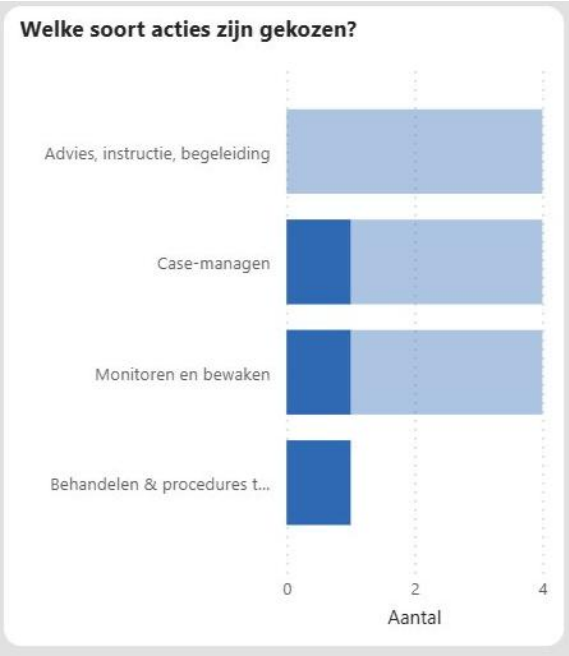
De streefscore is belangrijk bij het werken aan zelfredzaamheid. Deze score hangt samen met het gesprek met de cliënt: wat is voor deze cliënt belangrijk, wat is haalbaar en welke ondersteuning is nodig? Een streefscore hoeft niet altijd zo hoog mogelijk te zijn. Het gaat om een realistisch doel dat past bij de situatie, wensen en mogelijkheden van de cliënt.

In de grafiek kun je zien waar het verschil zit tussen de actuele score en de streefscore. Bij een verschil van twee punten of meer wordt de balk oranje weergegeven. Dit betekent niet automatisch dat er iets misgaat, maar het is wel een signaal om verder te kijken. Is het doel nog passend? Sluiten de acties aan bij dit doel? Of is er iets anders nodig om de cliënt te ondersteunen?

Je kunt in deze grafiek op een aandachtsgebied klikken. Het dashboard past zich dan aan op dat aandachtsgebied. Daarna kun je bijvoorbeeld bekijken welke acties zijn ingezet, welke actievlakken zijn gekozen en hoe de score zich in de tijd ontwikkelt.

3.5 Soorten acties

In de grafiek met soorten acties zie je welke soorten acties zijn gekozen in het zorgplan (figuur 7). Binnen het Omaha System gaat het om adviseren, instrueren en begeleiden, behandelen en procedures toepassen, casemanagement en monitoren en bewaken.



Figuur 7: Grafiek soorten acties

Deze grafiek is belangrijk bij het kijken naar zelfredzaamheid, omdat de gekozen actie iets laat zien over de manier waarop zorg wordt ingezet.

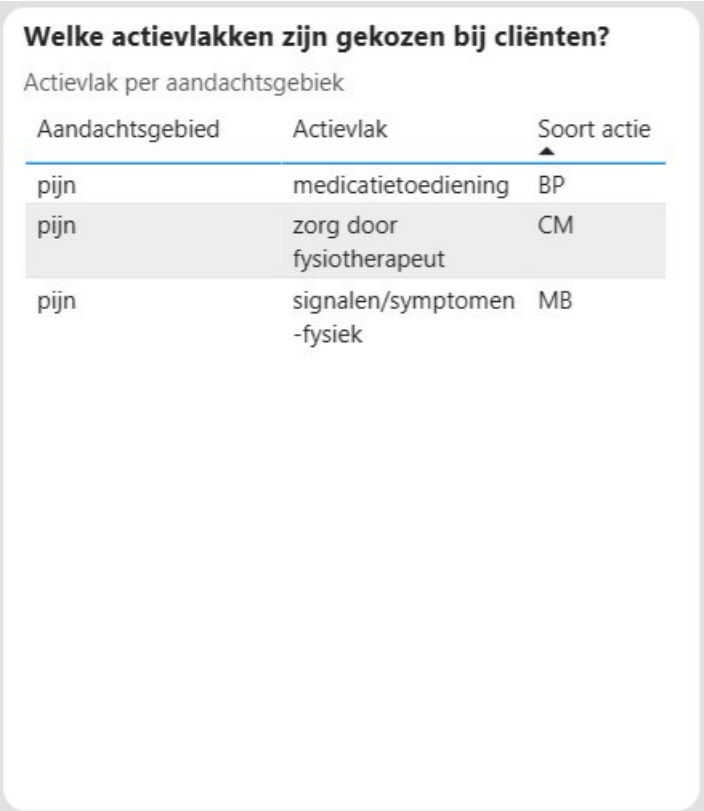
- Behandelen en procedures toepassen betekent vaak dat een zorgverlener iets uitvoert of overneemt.
- Adviseren, instrueren en begeleiden is vaker gericht op uitleggen, aanleren of ondersteunen van wat iemand zelf kan doen.
- Monitoren en bewaken helpt om te volgen of iets lukt en of bijsturing nodig is.

Het gaat er niet om dat één soort actie goed of fout is. Soms is behandelen nodig. Wel kan de verhouding tussen de soorten acties aanleiding zijn om verder te kijken. Wordt er vooral behandeld en overgenomen? Of is er ook aandacht voor begeleiden, instrueren en monitoren? En past dit bij het doel om de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen?

Na het bekijken van de soorten acties kun je verder kijken in de tabel met actievlakken. Daarin wordt duidelijker waar de gekozen acties precies op gericht zijn.

3.6 Actievlakken bij cliënten

De tabel met actievlakken geeft meer detail bij de soorten acties (figuur 8). Waar de grafiek met soorten acties laat zien welk type actie is gekozen, laat deze tabel zien op welk actievlak de actie gericht is. Daarmee kijk je meer naar de inhoud van de zorg.



Welke actievlakken zijn gekozen bij cliënten?

Actievlak per aandachtsgebiek

Aandachtsgebied	Actievlak	Soort actie
pijn	medicatietoediening	BP
pijn	zorg door fysiotherapeut	CM
pijn	signalen/symptomen -fysiek	MB

Figuur 8: tabel actievlakken

Deze tabel helpt om te bespreken of de ingezette acties passen bij wat je met de cliënt wilt bereiken. Als er bijvoorbeeld veel behandelacties staan, kun je nagaan of sommige onderdelen misschien ook ondersteund kunnen worden via instrueren, begeleiden of monitoren. Dat betekent niet dat behandelen niet nodig is, maar het helpt om bewust te kijken of de zorg nog aansluit bij het bevorderen van zelfredzaamheid.

Bij een individuele cliënt kun je de tabel gebruiken om te kijken of de actievlakken herkenbaar zijn vanuit het zorgplan en de dagelijkse praktijk. Past wat hier staat bij de doelen en streefscores van de cliënt? Helpen de gekozen acties om dichter bij het doel te komen?

3.7 Verloop over tijd

De grafiek met het verloop over tijd laat zien hoe scores veranderen tussen verschillende zorgplannen of evaluatiemomenten (figuur 9). Om deze grafiek goed te gebruiken, selecteer je eerst een specifiek aandachtsgebied. Daarna kun je zien of de score vooruitgaat, achteruitgaat of ongeveer gelijk blijft.



Figuur 9: Grafiek verandering over tijd

Bij het lezen van deze grafiek is het belangrijk om de gegevens altijd te verbinden aan de situatie van de cliënt. Een stijgende score kan laten zien dat het beter gaat of dat de cliënt zelfstandiger wordt op een bepaald aandachtsgebied. Een dalende score kan aanleiding zijn om te bespreken wat er is veranderd en of er andere ondersteuning nodig is.

Een stabiele score hoeft niet te betekenen dat er niets gebeurt. Bij sommige cliënten kan stabiliseren juist een passend doel zijn, bijvoorbeeld wanneer een achteruitgang wordt verwacht. Dan kan het behoud van functioneren al een belangrijk resultaat zijn. Daarom is het belangrijk om het verloop niet los te beoordelen, maar steeds te koppelen aan het doel en de situatie van de cliënt.

Deze grafiek kan ook helpen om terug te kijken op de ingezette acties. Past het verloop bij wat je verwachtte? Zijn er momenten waarop de score verandert? En sluit dat aan bij veranderingen in het zorgplan, de acties of de situatie van de cliënt?

3.8 Hulpmiddelenwijzer

In het dashboard is een onderdeel opgenomen met een link naar de Vilans Hulpmiddelenwijzer (figuur 10).[12] Deze informatie is gekoppeld aan het aandachtsgebied dat je selecteert. De Hulpmiddelenwijzer kan worden gebruikt wanneer je zoekt naar manieren om de zelfredzaamheid van een cliënt te ondersteunen. Stel dat je in het dashboard ziet dat een cliënt mogelijk iets zelf kan leren, of dat er nog verschil zit tussen

[12] Vilans. (z.d.). *Hulpmiddelenwijzer*. https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/

de actuele score en de streefscore. Dan kun je kijken welke hulpmiddelen, tips of aanpassingen mogelijk passen bij het gekozen aandachtsgebied.



Figuur 10: Tabel Hulpmiddelenwijzer Vilans

Het kan gaan om fysieke hulpmiddelen, maar ook om praktische tips of andere manieren van handelen. Soms staan er mogelijkheden tussen die je al kent. Soms geeft de Hulpmiddelenwijzer nieuwe ideeën. De informatie is bedoeld als inspiratie om verder na te denken over passende zorg.

De hulpmiddelen vervangen niet het professionele oordeel of het gesprek met de cliënt. Ze kunnen wel helpen om samen te verkennen wat de cliënt zelf kan doen, wat het netwerk kan betekenen en welke ondersteuning nodig is om een doel te bereiken.

3.9 Actievlakken in mijn organisatie

Het dashboard bevat ook een overzicht van actievlakken die binnen de organisatie of binnen de geselecteerde groep cliënten worden gekozen (figuur 11). In dit overzicht staan de actievlakken op volgorde van hoe vaak ze in zorgplannen zijn gekozen. Hiermee kun je zien welke actievlakken vaak terugkomen bij een bepaald aandachtsgebied. Zijn dit actievlakken die je herkent? Worden er keuzes gemaakt die je zelf ook zou maken? Of zie je verschillen die vragen oproepen?



Welke actievlakken worden gekozen in de zorgplannen van mijn organisa...

Op volgorde van aantal x gekozen

Aandachtsgebied	Actievlak	% geko...
Voeding	voeding, beleid/balans	55
Pijn	medicatietoediening	44
Pijn	signalen/symptomen-fysiek	44
Voeding	signalen/symptomen-fysiek	27
Pijn	zorg door fysiotherapeut	11
Voeding	voedingsprocedures	9
Voeding	zorg door voedingsdeskundige/diëtist	9

Figuur 11: Tabel actievlakken binnen mijn organisatie

Door te kijken naar wat bij hetzelfde aandachtsgebied wordt gekozen, kunnen zorgverleners van elkaar leren. Misschien wordt er een actievlak ingezet waar je zelf minder snel aan denkt. Of misschien valt op dat er veel variatie is, terwijl cliënten vergelijkbare doelen hebben. Dat kan aanleiding zijn om samen te bespreken welke aanpak passend is en hoe dit aansluit bij het werken aan zelfredzaamheid.

3.10 Het dashboard gebruiken op teamniveau

Naast het bekijken van één cliënt kan het dashboard ook gebruikt worden om op teamniveau te kijken (figuur 12). Dan gaat het niet om één zorgplan, maar om patronen over meerdere cliënten heen. Dit kan bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg.



Figuur 12: Dashboard op teamniveau

Op teamniveau begin je vaak met de vraag welke aandachtsgebieden het vaakst in het team voorkomen. Ook kun je kijken naar een specifieke aandoening, bijvoorbeeld wanneer je wilt weten welke zorgvragen vaak bij cliënten met dezelfde aandoening spelen. Wanneer je een aandachtsgebied of aandoening hebt geselecteerd, kun je verder kijken naar de scores, streefscores, soorten acties, actievlakken en het verloop over de tijd.

De gemiddelde score kan helpen om een eerste indruk te krijgen. Is de score op een bepaald aandachtsgebied laag, dan is het belangrijk om te bespreken hoe dat komt. Past dit bij de cliëntgroep? Is er sprake van complexe zorgvragen? Of zijn er mogelijkheden om de zorg anders in te richten?

Ook het verloop over de tijd kan op teamniveau waardevol zijn. Soms zie je dat sommige cliënten vooruitgaan, terwijl andere cliënten achteruitgaan. Dat kan aanleiding zijn om verder te kijken. Wat doen we bij cliënten die vooruitgaan? Kunnen we daarvan leren voor cliënten bij wie het minder goed gaat? Zijn er acties, hulpmiddelen of manieren van begeleiden die breder gebruikt kunnen worden?

Daarnaast kun je op teamniveau kijken naar de verhouding tussen de verschillende soorten acties. Wordt er binnen een aandachtsgebied vooral behandeld, of wordt er ook veel geadviseerd, geïnstrueerd, begeleid en gemonitord? Dit kan helpen om te bespreken of er voldoende aandacht is voor het bevorderen van zelfredzaamheid. Tot slot kun je op teamniveau kijken naar hulpmiddelen en tips. Wanneer een aandachtsgebied vaak voorkomt, kan het zinvol zijn om samen te bekijken welke hulpmiddelen beschikbaar zijn en of deze vaker ingezet kunnen worden. Zo helpt het dashboard niet alleen om naar individuele cliënten te kijken, maar ook om als team te leren van patronen in de zorg.

4. Hoe nu verder?

Om het zelfredzaamheidsdashboard goed te kunnen gebruiken in de praktijk, is meer nodig dan alleen het beschikbaar stellen van het dashboard. Het vraagt ook om aandacht voor de manier waarop het dashboard technisch wordt ingericht, hoe gegevens worden vastgelegd en hoe teams leren om met de informatie te werken. Hieronder worden drie voorwaarden kort toegelicht.

Technische inrichting

Een eerste voorwaarde is dat het dashboard technisch goed is ingericht binnen de organisatie. De juiste gegevens uit het ECD moeten beschikbaar zijn en op een veilige manier aan het dashboard gekoppeld worden. Dit vraagt om afstemming tussen de zorgorganisatie, de ICT-afdeling, de BI-specialist en eventueel de ECD-leverancier. Voor de technische inrichting van het dashboard verwijzen we naar de technische handleiding.[13]

Aandacht voor meten en registreren

Het dashboard laat zien wat er in het Omaha System is vastgelegd. De kwaliteit van de inzichten is daarom afhankelijk van de kwaliteit van de registratie. Wanneer aandachtsgebieden, scores, streefscores, acties of actievlakken niet volledig of niet op dezelfde manier worden geregistreerd, heeft dit invloed op wat er in het dashboard zichtbaar wordt.

Werken met het dashboard vraagt daarom ook om aandacht voor het registreren zelf. Het gaat er niet om dat er extra geregistreerd moet worden voor het dashboard, maar wel dat de bestaande registratie goed aansluit bij de huidige situatie en doelen van de cliënt. Het bespreken van het dashboard kan helpen om als team stil te staan bij vragen als: leggen we vast wat belangrijk is voor de cliënt? Zijn de doelen goed vertaald naar streefscores? En gebruiken we de acties en actievlakken op een herkenbare manier?

Oefenen met het gebruik van het dashboard

Tot slot vraagt het werken met het dashboard om oefening. Het is niet vanzelfsprekend om direct te weten hoe je de gegevens moet lezen, welke vragen je daarbij kunt stellen en hoe je de inzichten kunt vertalen naar de dagelijkse zorgpraktijk. De ervaringen uit het Data Nurse-project laten zien dat het nodig is om het dashboard niet alleen individueel te bekijken, maar juist ook samen te bespreken. Daarvoor zijn oefenvragen opgenomen. Hieronder staan voorbeeldvragen om op cliëntniveau en teamniveau naar het dashboard te kijken.

Aan de slag met het dashboard: oefenvragen op cliënt en teamniveau

Op cliëntniveau

Selecteer één cliënt in het dashboard en bespreek de volgende vragen:

a. Wat zie je bij de scores en streefscores? Waar lijkt aan gewerkt te worden, bijvoorbeeld aan het verbeteren van de status?

b. Welke soorten acties worden bij deze cliënt ingezet? Wat zegt dit over het werken aan zelfredzaamheid bij deze cliënt?

c. Selecteer één interessant aandachtsgebied bij deze cliënt. Welke actievlakken worden daarbij ingezet? Is dit herkenbaar vanuit het zorgplan en de dagelijkse praktijk?

d. Hoe verloopt dit aandachtsgebied over tijd? Is dit wat je zou verwachten? Kun je op basis hiervan iets zeggen over het effect van de ingezette acties?

Op teamniveau

Kies één aandachtsgebied, bijvoorbeeld pijn, en bespreek de volgende vragen:

a. Hoeveel cliënten hebben scores op dit aandachtsgebied?

b. Welke soorten acties worden hierbij ingezet en hoe vaak?

c. Vind je dat er voldoende wordt gewerkt aan zelfredzaamheid?

d. Hoe verloopt dit aandachtsgebied bij verschillende cliënten over tijd?

e. Welke tips en hulpmiddelen zijn beschikbaar? Sluit hier iets passends bij aan?



Tip: Begin altijd met herkennen: klopt wat je ziet met wat je in de praktijk ervaart? Gebruik daarna de leer- en verbetercyclus om samen verder te redeneren.

Referenties

1. Zorg voor Beter. (2024, 13 juni). *Zelfredzaamheid*. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/zelfredzaamheid
2. Gezondheidsraad. (2018, 13 juni). *Zelfredzaamheid van ouderen* (publicatienr. 2018/12). Den Haag: Gezondheidsraad. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/06/13/zelfredzaamheid-van-ouderen
3. Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Passende zorg*. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg
4. Vilans. (2024, 27 mei). *Toolbox Persoonsgericht Samen Beslissen*. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.vilans.nl/toolbox-samen-beslissen-met-ouderen
5. Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). *Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study*. BMJ Open, 6(1), e010091. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091
6. Van den Berg, B., Lukkien, D., Buimer, H., Ter Stal, M., & Zondervan-Zwijnenburg, M. (2023). *Datagedreven werken in zorg en ondersteuning: Waarom is het belangrijk en hoe komen we tot een versnelling?* Vilans. https://www.vilans.nl/kennis/paper-datagedreven-werken-in-de-zorg-en-ondersteuning
7. Vilans. (2025, 22 oktober). *Waarom datageletterdheid van medewerkers vergroten?* Geraadpleegd op 3 juni 2026, van https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/waarom-datageletterdheid-medewerkers-vergroten
8. Van den Berg, B. (2022, 19 april). *Zorgregistraties als deel van de oplossing*. Vilans. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.vilans.nl/actueel/verhalen/zorgregistraties-als-deel-van-de-oplossing
9. Foley, T., Horwitz, L., & Zahran, R. (2021). *Realising the potential of learning health systems*. The Learning Healthcare Project. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://learninghealthcareproject.org/realising-the-potential-of-learning-health-systems/
10. Zorgakkoorden. (2023, 31 mei). *Data Nurse: data benutten voor passende wijkverpleging*. Geraadpleegd op 2 juni 2026, van https://www.zorgakkoorden.nl/actueel/nieuws/data-nurse-data-benutten-voor-passende-wijkverpleging/
11. Van den Braak, K., Zondervan, M., & Veldhuizen, J. (2026, juni). *Technische opbouw van het DataNurse Zelfredzaamheidsdashboard in Omaha System*.
12. Vilans. (z.d.). *Hulpmiddelenwijzer*. Geraadpleegd op 3 juni 2026, van https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/

Totstandkoming

Deze praktische handleiding is tot stand gekomen binnen het project Data Nurse. Dit project is gefinancierd door ZonMw vanuit het programma Verpleging en Verzorging – Essentiële zorg, projectnummer 10040022010003. Het project Data Nurse richt zich op het ondersteunen van wijkverpleegkundigen en teams bij het bevorderen van zelfredzaamheid van cliënten in de wijkverpleging. Dit gebeurt vanuit het principe van een lerend zorgsysteem, waarin gegevens uit de dagelijkse zorgpraktijk worden gebruikt om samen te leren, te verbeteren en passende zorg te ondersteunen.

Data Nurse is uitgevoerd in samenwerking met Amsterdam UMC, Hogeschool Utrecht, Vilans en Stichting Omaha System Support, samen met de deelnemende zorgorganisaties Amstelring, Buurtzorg, TSN, ZorgAccent, ZZG Zorggroep en Icare. Het dashboard is ontwikkeld met input vanuit de praktijk, waaronder wijkverpleegkundigen en verzorgenden die hebben meegedacht over de inhoud, het gebruik en de doorontwikkeling van het dashboard.