



Programma van Eisen

Elektronisch Cliënten Dossier

V1.0 Definitief

Inhoud

1.	Introductie.....	5
2.	Tot stand komen en ontwikkeling van dit document.....	6
2.1.	Versie ontwikkeling	6
2.2.	Betrokkenen	7
2.3.	Wat verandert er nu in de kern?	8
3.	Leeswijzer	9
3.1.	Inhoud hoofdstukken	9
3.2.	Gebruik van dit document.....	9
4.	Doelstelling en scope.....	12
4.1.	80% dekkend	12
4.2.	Primair proces	13
4.3.	Soorten informatie	13
5.	Algemene eisen	15
5.1.	Ondersteunt intramurale en extramurale dienstverlening inclusief dagbesteding.....	15
5.2.	Voldoen aan huidig Wettelijk kader	15
5.3.	Voldoen aan voorgenomen Wettelijk kader	16
5.4.	Voldoen aan Functionele kaders	17
5.5.	Voldoen aan Technische kaders	18
5.6.	Laagdrempelig gebruik	19
5.7.	Gelaagde en flexibele Autorisatie	19
5.8.	Open architectuur (i.v.m. gegevensuitwisseling met andere systemen).....	20
5.9.	Schaalbaar	22
5.10.	Stabiliteit	22
5.11.	Ondersteunt decentrale uitvoering en mobiel gebruik van een cliëntendossier	23
5.12.	Flexibiliteit systeem (ruimte voor aanpassingen zonder programmeerwerk).....	23
5.13.	Eenvoudig beheer.....	23
5.14.	Historie en Archivering.....	24
5.15.	Correspondentiefunctie	24
6.	Aanmelden	25
6.1.	Oriëntatie	25
6.2.	Wachtlijstbeheer	25
6.3.	Cliëntregistratie	25
6.4.	Aanmaken Disciplinedossier.....	26

6.5.	Zorg- en dienstverleningsovereenkomst.....	27
7.	Zorgen en ondersteunen	28
7.1.	Opstellen persoonsbeeld.....	28
7.2.	Opstellen Zorg- en Ondersteuningsplan	29
7.3.	Opstellen actieplannen	30
7.4.	Invullen Agenda.....	31
7.5.	Uitvoeren.....	31
7.6.	Evaluëren Zorg en Ondersteuning.....	33
7.7.	Maken rapportages	34
8.	Afmeldingsfase (overplaatsingsfase).....	35
8.1.	Overplaatsing binnen instelling.....	35
8.2.	Afmeldings- of overplaatsingsbericht AZR	35
9.	Management Informatie (interne rapportages)	36
9.1.	Bedrijfsvoering kwantitatief	36
9.2.	Bedrijfsvoering kwalitatief	37
	Bedrijfsvoering koppeling kwantitatief en kwalitatief	39
10.	Systeem signalering (triggers)	40
10.1.	Procestrigger.....	40
10.2.	Bedrijfsvoering triggers	40
10.3.	Diverse werkstroom besturing signaleringen.....	41
10.4.	Opvolgen signalering o.b.v. relevante velden uit het kwaliteitskader	41
11.	Externe Rapportage (verantwoording)	44
11.1.	IGZ rapportage.....	44
11.2.	Input voor jaardocument	44
11.3.	Overige registraties, en overzichten	44
11.4.	Gerealiseerde zorg en ondersteuning (productie staat)	45
11.5.	Verantwoording naar cliënt.....	45
12.	Instellingsspecifieke eisen	46
17.1.	Gebruikersvriendelijkheid	46
17.2.	Apparaat	47
17.3.	Mobiliteit	47
17.4.	Officesuite	47
17.5.	Aanvullende rapportage.....	48
17.6.	Training en opleiding.....	48

17.7.	Communicatie en koppelingen benoemen	48
17.8.	Conversie	48
17.9.	Details registratie geleverde zorg.....	48
17.10.	Mate van werkstroombesturing.....	48
12.10.	Pionier of bewezen.....	49
12.11.	Best of breed of ERP	49
12.12.	Een sector of multisectoraal.....	49
Bijlage A: Voorbeeld onderwerpen voor discipline dossiers.....		50
Voorbeelden vanuit AVG discipline.....		50
Voorbeelden vanuit gedragskundige discipline		51

1. Introductie

In navolging van het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) project in de Verpleging, Verzorging & Thuiszorg (VVT) sector heeft in januari 2008 de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) het initiatief genomen tot een landelijk project omtrent het ECD voor de Gehandicapten Zorg (GZ) sector. Het project sluit aan bij het ZorgVoorBeter programma van ZonMw. Het project is gefinancierd vanuit een subsidie van ZonMw.

Het resultaat van het project bestaat uit een Collectief Programma van Eisen (dit document), een Procesmodel en een Casus (verzameling van praktijkbeschrijvingen m.b.t. een ECD). Met dit resultaat wordt het volgende doel na gestreefd: “het aan de gehele sector beschikbaar stellen en overdragen van kennis en ervaring op het gebied van het ECD”. Onder de gehele sector worden alle doelgroepen van de GZ sector verstaan:

- Verstandelijk Gehandicapten (VG)
- Zintuiglijk Gehandicapten (ZG)
- Lichamelijk Gehandicapten (LG)
- Lichtverstandelijk Gehandicapten (LvG)
- Sterk Gedragsgestoord Lichtverstandelijk Gehandicapten (SGLvG)

Uiteindelijk is gebleken dat het verschil tussen de verschillende doelgroepen vooral tot uiting komt in de wijze waarop het sector brede Proces model wordt toegepast en de sector brede functionaliteit zoals beschreven in het Collectieve Programma van Eisen wordt gebruikt. Dit betekent dat in de Casus verschillen tot uiting komen, maar zowel het Proces model als het Programma van Eisen voor alle doelgroepen gelden.

De term ECD staat in dit document voor een (combinatie van) geautomatiseerde toepassing. Een ECD is een hulpmiddel dat de zorg- en bedrijfsvoeringactiviteiten ondersteunt. In het ECD komen kwalitatieve en kwantitatieve gegevens bij elkaar. Dat is in de gehandicaptenzorg van belang omdat zich op beide terreinen ingrijpende veranderingen voltrekken. Zo is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg uitgewerkt in meetbare kwaliteitsindicatoren die onder andere een plaats krijgen in individuele zorg- en ondersteuningsplannen. Ook de zorgzwaartebekostiging heeft gevolgen voor de individuele zorgbehoefte van cliënten. De effecten van beide ontwikkelingen worden zichtbaar in het ECD.

De producten (Programma van Eisen [PvE], Procesmodel en Casus) zijn ontwikkeld door inbreng van de instellingen, leveranciers en andere stakeholders (zoals ministerie van VWS¹, VGN en belangenverenigingen) onder regie van Advisaris. Een aantal concept versies is gepubliceerd via de VGN-website, besproken in werkgroepen en becommentarieerd door alle betrokkenen.

¹ Volksgezondheid, Welzijn en Sport

2. Tot stand komen en ontwikkeling van dit document

Het ECD raakt een scala aan onderwerpen. Aangezien de doelstelling van het project was om de functionele eisen en wensen aan het systeem 'bestendig' te maken tegen de ontwikkelingen binnen de GZ, is afstemming gezocht met de beleidsmakers op de betreffende gebieden, branche- en belangenvertegenwoordigers en met instellingen in de GZ zelf.

Ook nu het PvE een definitieve status heeft, zal het een levend document blijven dat –wanneer daartoe aanleiding is- in een nieuwe versie zal worden uitgebracht.

Mocht u vragen, aanvullingen (met een onderbouwing) of opmerkingen hebben over het PvE, het Procesmodel of de Casus dan kunt u via vgn@clientendossier.nl doorgeven.

2.1. Versie ontwikkeling

Deze versie van het PvE is als volgt tot stand gekomen:

Interviews met dossierhouders VGN	V0.1 V0.2	maart 2008
Referentiebezoeken aantal instellingen	V0.3	maart/april 2008 (gepubliceerd op VGN website)
Gesprekken met leveranciers Gesprekken met overheid (VWS, NictiZ ²) Werkgroepsessies met instellingen Gesprekken met overige stakeholders (cliënten- en beroepsorganisaties)	V0.4	juni 2008 (gepubliceerd op VGN website)
Terugkoppeling vanuit alle betrokkenen	V0.5	augustus 2008
Verwerking commentaar en "huiswerk" uit werkgroepen Stijl aanpassing	V0.6	september 2008 (gepubliceerd op VGN website)
Verwerking commentaar Toevoeging betrokkenen lijst	V1.0	oktober 2008 (gepubliceerd op VGN website)

² Nationaal ICT instituut in de Zorg

2.2. Betrokkenen

Zoals aangegeven zijn de producten van dit project onder regie van VGN en Advisaris tot stand gekomen met de inbreng van vele betrokkenen. De VGN wil graag de betrokkenen opgenomen in de onderstaande lijst bedanken voor hun inbreng.

Naam	Organisatie
P. Ammerlaan	Het Raamwerk
A. Beckers	Zozijn
N. Bender	Nedercare
A. Berkhout	Leger des Heils
J. Blik	s Heerenloo
I. Blok	VWS
E. Boezeman	Woonvormen
A. Boudewijn	Siloah
G. Bravenboer	Zuidwester
M. Breed	Amsta
H. Broere	VWS
R. Buis	Crossing Channels
M. Byrman	Getronics
L. Claessen	IGZ
F. De Groot	TCM
A. De Haan	Dichterbij
M. De Haas	Siza Dorp groep
M. De Visser	De Heer Software
D. De vries	Leones
J. De Wit	Siza Dorp groep
J. Dekker	Amyyon
A. Dekker	Esdege Reigersdaal
M. Dekkers	Sherpa
B. Doedens	Amyyon
M. Doeven	Talant
H. Dondorp	Getronics
M. Donkervliet	NVAVG
J. Duijf	Dichterbij
P. Durlinger	Viataal
B. Eiffers	NVAVG
L. Engelman	Zonnehuizen
S. Ermers	Fatima
E. Gorter	VWS
P. Grispen	InteraktContour
D. Haafkes	De Eik
H. Haveman	VWS
M. Hesselink	De Eik
J. Hielkema	Iipse de Bruggen
F. Huygen	Ranwood
A. Jonkers	VWS
M. Jordan	Carante groep
N. Keijzer	Zorgplus
J. Kersbergen	s Heerenloo
A. Kingma	Iipse de Bruggen
P. Klein	Unit4
G. Klein Breteler	Symax
A. Kleine Schaars	InteraktContour
F. Knippenborg	De Schreuderhuizen
H. Kouwenhoven	De Reeve
P. Kraaykamp	Woonvormen
M. Kruyen	Radar
J. Langhout	Qurius
L. Lankman	Careander
U. Letanche	NSWAC
A. Matser	De Zijlen
H. Meijers	Cordaan
N. Meijers	Cormel

Naam	Organisatie
K. Molenaar	De Rozelaar
C. Molenaar	VWS
R. Nugteren	RIVM
M. Offermans	Radar
E. Oudshoorn	V&VN
F. Prins	Philadelphis
A. Reinhard	Pameijer
M. Roodzant	Humanitas
C. Roseboom	Driestroom
H. Scharloo	Nedercare
R. Schotanus	Cordaan
J. Schrijnemaekers	Cormel
R. Spitters	Fatima
M. Sprenger	NICTIZ
N. Tempel	Gino
K. Te Velde	Databalk
L. Tolsma	Technology To Serve
M. Traudes	Esdege Reigersdaal
H. Valster	s Heerenloo
J. Van Amstel	Utica
T. Van Breda	Driestroom
J. Van de Laar	Pepijn en Paulus
A. Van den Akker	s Heerenloo
P. Van der Heiden	Pameijer
J. Van der Laan	Databalk
C. Van der stel	De Heer Software
J. Van der Vlag	De Schreuderhuizen
E. Van Eck	Pluryn
B. Van Egmond	De Gemiva-SVG Groep
A. Van Geel	Siza Dorp groep
W. Van Geffen	Dichterbij
G. Van Gemert	Sherpa
R. Van Helvoirt	Pluryn
P. Van Hulzen	Koraal groep
J. Van Loon	Arduin
B. Van Oploo	Woonvormen
W. Van Tuijl	Amarant
M. Van Uden	Sting
D. Van Veen	AXI
H. Van Vugt	Dichterbij
Q. Van Woerdekom	CG Raad
B. Verhagen	VWS
W. Verhoef	Ortec
J. Verhoef	Zuidwester
J. Vesseur	IGZ
M. Vonk	De Twenste zorgcentra
O. Voormeulen	Iipse de Bruggen
R. Wagenaar	Leones
H. Westervelt	Estinea
J. Wietsma	Omega
B. Wijgergangs	Cello
J. Wijnen	Phorza
G. Wingens	Phobos
L. Woudstra	Leger des Heils
F. Zantvoord	Gino
M. Zimmerman-Baasaron	Leger des Heils
H. Zoetemeijer	Raphaelstichting

2.3. Wat verandert er nu in de kern?

De kern van de verandering in werkwijze en hulpmiddel m.b.t. het ECD zit vooral in de volgende aspecten:

1. Een hulpmiddel (ECD) dat aansluit op de (voorgenomen) werkwijze voor instellingen. Hierbij afscheid nemend van 'digitale kladblokken', dus bewust de weg inslaand van een hulpmiddel dat een werkwijze/werkproces van zorginstellingen ondersteunt.
2. Het integraal kunnen volgen van de cliënt, zowel levenslang vanaf de oriëntering via wachtlijst, planning en uitvoering tot en met overdracht of overlijden, maar ook levensbreed op gebieden naast wonen en behandeling ook dagbesteding als school en werk.
3. Een methodische en transparante werkwijze, waarbij een aantoonbare relatie wordt aangebracht tussen kwalitatieve zorg- en behandeldoelen en de uitvoering hiervan (cyclisch proces);
4. De vraagsturing van een cliënt in de werkwijze sterker verankeren (mede doordat de cliënt direct inzicht heeft, door toegang tot voor hem relevante delen van het ECD);
5. Het kunnen aggregeren van noodzakelijke informatie/kwaliteitsvelden die een wezenlijk onderdeel zijn van het Kwaliteitskader met de 12 domeinen en de indicatoren;
6. Een werkwijze en hulpmiddel dat recht doet aan de bewaking van een cliëntvolgend budget (indicatie) en de nieuwe zorgzwaartefinanciering die per 1/1/2009 effectief wordt (en waarvoor in 2008 wordt "schaduwgedraaid");
7. De mogelijkheid voor het gebruik van een zorg- en ondersteuningsplan als systematiek voor structurering van data en beschrijven van kenmerken van een cliënt;
8. Een ondersteunend hulpmiddel voor interne rapportage (bedrijfsvoering) en afgeleide externe rapportages vanuit het primair proces;
9. Informatie-uitwisseling op externe raakvlakken. Hiervoor zijn standaardisatie afspraken op landelijk niveau (o.a. HL-7³ berichten, EMD⁴ en EPD⁵ ontwikkelingen, AZR⁶ en de eisen m.b.t. Goed Beheerde Sportsystemen).
10. Een hulpmiddel voor het ondersteunen van en het verlenen van zorg- en ondersteuning in een omgeving met kenmerken als grote geografische spreiding, kleinschalig wonen, uitbreiding ketenzorg, een multidisciplinair karakter.

In dit PvE is geprobeerd om het totale overzicht te bieden van de collectieve eisen, maar de verandering in de kern voor de GZ sector betreft met name de bovenstaande aspecten.

³ Health Level 7

⁴ Elektronisch Medicatie Dossier

⁵ Elektronisch Patiënten Dossier

⁶ AWBZ-brede zorgregistratie

3. Leeswijzer

3.1. Inhoud hoofdstukken

Het PvE is een opsomming van collectieve eisen voor een ECD in de GZ. Er zijn procesgerelateerde eisen en niet-procesgerelateerde eisen. Hoofdstuk 5 geeft de niet-procesgerelateerde eisen en de hoofdstukken 6, 7 en 8 behandelen de procesgerelateerde eisen. De hoofdstukken 9, 10 en 11 behandelen het totaal aan rapportage (intern en extern).

Hoofdstuk 12 gaat in op de gebieden waarop een instellingsspecifieke eisen moet formuleren om samen met de collectieve eisen tot een volledig specifiek PvE voor de instelling te komen.

3.2. Gebruik van dit document

Het Collectief PvE is de basis voor een instellingsspecifiek PvE. Hoe vanuit deze collectieve basis tot een instellingsspecifiek PvE komt en hoe dit specifieke PvE vervolgens verder wordt gebruikt, is afhankelijk van de situatie waarin de instelling zich bevindt. We onderscheiden hierbij de volgende situaties en/of fases:

- Instelling zonder (onderdelen van) ECD
- Instellingen met een of meerdere onderdelen van een ECD-pakket
- Instellingen met een (gedeeltelijk) maatwerk/zelfbouw ECD-toepassing

Instellingen zonder (onderdelen van) ECD

Deze instellingen hebben momenteel nog geen substantiële geautomatiseerde ondersteuning van het primaire proces. Indien de instelling de behoefte heeft om op een of meerdere terreinen het primair proces door (een of meer onderdelen van) een ECD te laten ondersteunen worden een viertal stappen (gebruikmakende van dit document) aangeraden.

1. Fasering

Een instelling heeft bepaald welke onderdelen van het primair proces in welke volgorde (fasering) moeten worden ondersteund. De hoofdstukken 5, 6 en 7 bevatten de eisen die rechtstreeks gerelateerd zijn aan de verschillende onderdelen van het primaire proces. Alle eisen uit hoofdstuk 5 zijn altijd van toepassing. De (management) rapportage-eisen uit de hoofdstukken 9, 10 en 11 zijn altijd van toepassing, voor zover ze gerelateerd zijn aan de geselecteerde eisen uit de hoofdstukken 6, 7 en 8⁷.

2. Prioriteit (eisen en wensen)

Van de relevante gebieden dient te worden vastgesteld welke items harde eisen zijn en welke items wensen zijn.

3. Aanvullende eisen

Voor de relevante gebieden dienen vervolgens aanvullende –instellingsspecifieke- eisen te worden geformuleerd. Hoofdstuk 12 geeft daarbij een aantal handreikingen.

⁷ Indien wordt gekozen om de tijdverantwoording te laten ondersteunen door ECD (paragraaf 7.5), dan is ook de rapportage hierover relevant (paragrafen 9.1, 10.1, 10.2, 11.4, 11.5 m.b.t. gerealiseerde zorg).

4. *Selectie traject*

De bovenstaande stappen resulteren in een instellingsspecifiek, gefaseerd PvE dat is gebaseerd op het Collectief Programma van Eisen (dit document). Met dit instellingsspecifiek, gefaseerd PvE kunt u een ECD selectieproject starten.

Bovenstaande stappen stellen een instelling in staat:

1. de afweging te maken tussen maatwerk/zelfbouw of standaardpakket aangezien inzichtelijk wordt welk deel van het uiteindelijke eisen pakket collectief is (en een standaardpakket verwacht kan worden te voldoen) en welk deel instellingsspecifiek is,
2. op eenduidige wijze te communiceren met leveranciers van standaardpakket.

Instellingen met een of meerdere onderdelen van een ECD

Deze instellingen hebben momenteel geautomatiseerde ondersteuning van (een of meer onderdelen van) het primaire proces d.m.v. een ECD. Indien een instelling de behoefte heeft de ondersteuning van het primaire proces door de huidige ECD-toepassing te evalueren en te verbeteren en/of uit te breiden, kan dit document gebruikt worden om huidige functionaliteit te vergelijken met collectieve eisen. Daarnaast kan hoofdstuk 12 gebruikt worden als handreiking voor keuzes ten aanzien van instellingsspecifieke zaken.

Dit PvE stelt een instelling in staat:

1. een heldere vergelijking uit te voeren van huidige ten opzichte van collectief vereiste functionaliteit,
2. keuzes te maken ten aanzien van collectief vereiste functionaliteit en op dit moment relevante functionaliteit en op een later moment (fasering) relevante functionaliteit,
3. een discussie te starten (op basis van hoofdstuk 12) aangaande instellingsspecifieke functionaliteit,
4. eenduidige wijze te communiceren met leveranciers van een standaardpakket.

Instellingen met een (gedeeltelijk) maatwerk/zelfbouw ECD-toepassing

Deze instellingen hebben momenteel geautomatiseerde ondersteuning van (een of meer onderdelen van) het primaire proces d.m.v. maatwerk/zelfbouw eventueel in combinatie met een standaardpakket. De ontwikkeling van veel maatwerk/zelfbouw toepassing is een aantal jaren geleden gestart, aangezien de functionaliteit die toen werd geboden door standaardpakketten onvoldoende werd geacht voor de ondersteuning van het primaire proces in de gehandicaptenzorg. Indien een instelling de behoefte heeft de ondersteuning van het primaire proces door de huidige ECD-toepassing (maatwerk met eventueel standaardpakket) te evalueren en te verbeteren en/of uit te breiden, kan dit document gebruikt worden om huidige functionaliteit te vergelijken met de collectieve eisen. Daarnaast kan hoofdstuk 12 gebruikt worden als handreiking voor keuzes ten aanzien van instellingsspecifieke zaken.

Dit document stelt een instelling in staat:

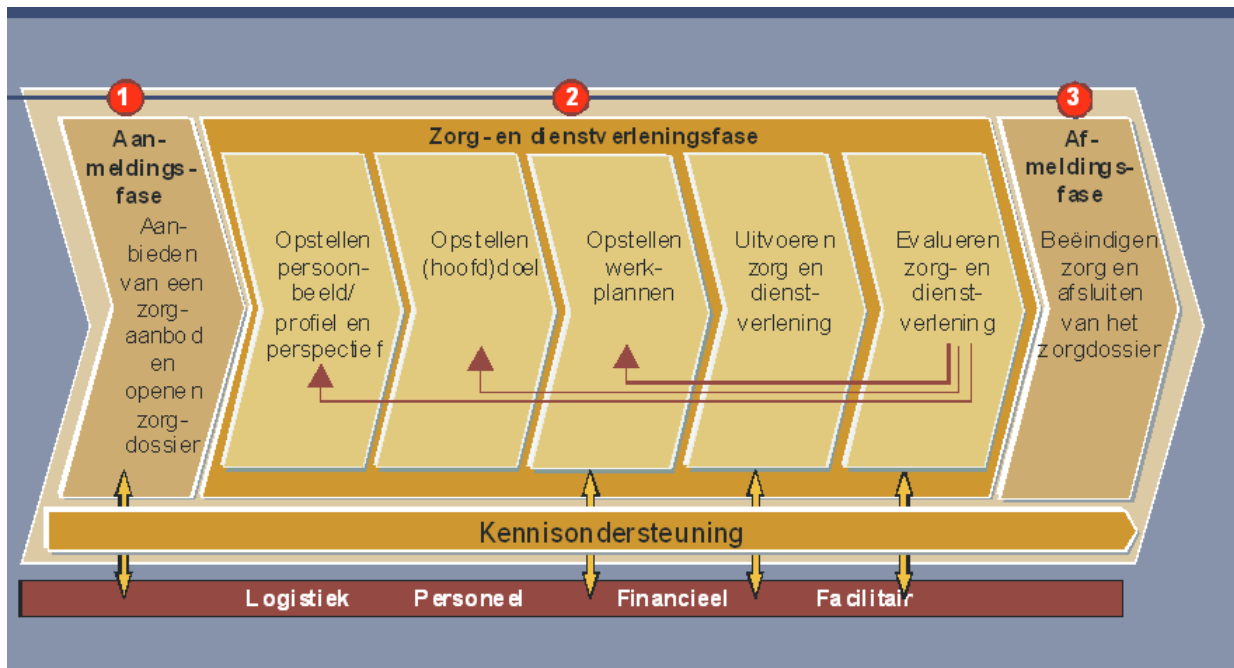
1. een heldere vergelijking uit te voeren van huidige (maatwerk/zelfbouw eventueel in combinatie met standaardpakket) ten opzichte van collectief vereiste functionaliteit,
2. keuzes te maken ten aanzien van collectief vereiste functionaliteit en op dit moment relevante functionaliteit en op een later moment (fasering) relevante functionaliteit,
3. een discussie te starten (op basis van hoofdstuk 12) aangaande instellingsspecifiek functionaliteit,

4. een keuze te maken tussen maatwerk/zelfbouw of vervanging door (volledig) standaardpakket,
5. eenduidige wijze te communiceren met leveranciers van standaardpakket (indien al gedeeltelijk een standaardpakket in gebruik is, kan dit zijn met de huidige leverancier en met andere leveranciers).

4. Doelstelling en scope

4.1.80% dekkend

Grondbeginsel voor het project is het feit dat de procesgang binnen de zorg leidend is voor de gewenste functionaliteit. Het ECD moet immers ondersteunend zijn bij de uitvoering en besturing van de zorg en ondersteuning. Voor het samenstellen van het PvE is het Zorg Informatie Model (ZIM) en daarin opgenomen procesgang/fasering als leidend uitgangspunt genomen. De VGN is betrokken geweest bij de ontwikkeling van dit ZIM.

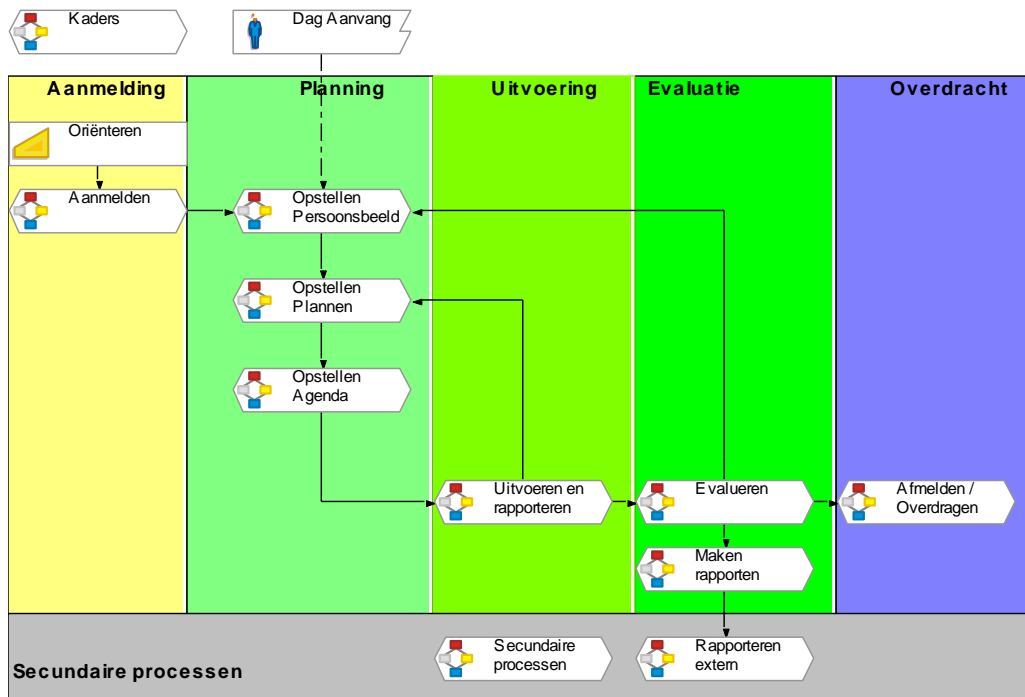


Doelstelling binnen het ECD project is het geven van een collectief beeld van de gewenste functionaliteit van een ECD. Bewust wordt gestreefd naar 80% dekking voor de eisen van de diverse instellingen. Een limitatief dekkend PvE is niet zinvol aangezien geen enkel systeem meer aan deze eisen zal kunnen voldoen. Er is op deze manier ruimte voor instellingsspecifieke eisen en wensen en er resteert nog voldoende ruimte voor de verschillende ICT⁸-leveranciers om hun eigen invulling te geven aan het PvE. Het programma dicteert niet de verschijningsvorm of verdere uitwerking van het ECD.

⁸ Informatie en Communicatie Technologie

4.2. Primair proces

Dit ZIM is verder uitgewerkt naar het Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) brede procesmodel. Het hoogste niveau van dit AWBZ -brede procesmodel is hieronder opgenomen.



Het PvE geeft de collectieve eisen voor de ondersteuning van het primaire proces. Waar relevant wordt de link met de secundaire processen beschreven. Onder Aanmelding valt tevens het Wachtlijstbeheer en de Communicatie met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een cliënt “ontstaat” in sommige gevallen al wanneer hij/zij zich oriënteert op instellingen en eventueel vervolgens op de wachtlijst komt. Tijdens deze “wachtlijst periode” wordt over Indicatie gecommuniceerd met CIZ. Aangezien het CIZ al voor Dag Aanvang Zorg gegevens opvraagt m.b.t. persoonlijk plan, omvatten de gegevens van een cliënt op de wachtlijst al delen van een persoonlijk plan. In dit proces dient rekening gehouden te worden met het feit dat verschillende disciplines gelijktijdig beginnen aan het opstellen van het persoonlijk plan. Belangrijk is dat alle disciplines kunnen beschikken over de informatie tijdens het opstarten van dit proces (en daarna natuurlijk tijdens de uitvoering, rapportage en overdracht).

4.3. Soorten informatie

Het ECD bevat verschillende soorten informatie. In dit PvE wordt de volgende onderverdeling gemaakt:

- Stamgegevens: zie hoofdstuk 6.1
- Persoonsbeeld en perspectief: zie hoofdstuk 7.1
- Plannen (Zorg- en ondersteuningsplan en Werkplannen)⁹: zie hoofdstukken 7.2 en 7.3
- Agenda: zie hoofdstuk 7.4
- Discipline dossiers: zie hieronder en hoofdstuk 6.4
- Rapportages (Intern en Extern): zie hoofdstuk 9, 10 en 11

⁹ De vertaling van Werkplannen naar Agenda's vindt plaats door de Handelingen/Activiteiten uit de Werkplannen in de tijd uit te zetten.

discipline dossiers

Elke discipline (bijvoorbeeld medisch, gedragsdeskundig, fysiotherapie, persoonlijke begeleider) heeft een dossier voor elke relevante cliënt in het ECD.

Deze dossiers bestaan uit een aantal onderdelen:

- Algemeen
- Discipline en Sector specifiek
- Discipline specifiek maar niet bijzonder voor sector
- Persoonlijk¹⁰

Onderstaande figuur geeft dit schematisch weer en tevens wordt aangegeven of dit een “echt” onderdeel is van het ECD of via een link toegankelijk is.

	Discipline deel	Voor wie en welke taal	Voorbeelden inhoud
In ECD	Algemeen	Voor anderen relevante informatie in ABN	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassingen medicatie • Speciale gebeurtenissen en observaties • Verkorte beschrijving diagnose • Verkorte beschrijving onderzoeken behandeling
	Discipline specifiek	Binnen discipline relevante informatie in de binnen discipline gebruikte taal.	<ul style="list-style-type: none"> • Uitslagen sector specifieke diagnose instrumenten • Resultaten sector specifieke meetschalen • Uitgewerkte aantekeningen
Link met ECD	Sector specifiek	Voor eigen gebruik en voor waarneming en overdracht.	<ul style="list-style-type: none"> • Uitslagen diagnose instrumenten • Resultaten meetschalen • Uitgewerkte aantekeningen
In ECD	Persoonlijk	Alleen voor professional relevante informatie in haar/zijn taal.	<ul style="list-style-type: none"> • Niet uitgewerkte aantekeningen • Vermoedens

¹⁰ Ten aanzien van het deel “Persoonlijk” moet worden aangegeven dat deze “persoonlijke werkaantekeningen” geen officieel onderdeel vormen van het dossier van de cliënt. Indien deze functionaliteit wordt gerealiseerd in ECD moet dit “gescheiden” worden van cliënt dossier (alleen toegankelijk voor specifieke professional). Deze verbijzondering van de discipline dossiers en de verschillende onderdelen is belangrijk in de specificatie van eisen ten aanzien van autorisatie (wie mag welke informatie zien en muteren) en toegankelijkheid (hoe eenvoudig is het om de informatie te benaderen).

Een medewerker die tot een bepaalde discipline behoort (bijvoorbeeld “de AVG”), zal als volgt informatie bijhouden in het discipline dossier (bijvoorbeeld “Medisch dossier”):

- Informatie die alleen voor hem persoonlijk van belang is (bijvoorbeeld “staccato aantekeningen van een gesprek met de ouder van de cliënt”), zal hij noteren in het Persoonlijk deel van het dossier. Niemand behalve de medewerker zelf heeft toegang tot dit deel.
- Later kan hij een daadwerkelijke gestaaftde diagnose na bijvoorbeeld een gesprek over hetzelfde onderwerp met de cliënt en/of op basis van meetresultaten dit onderbrengen in het Discipline specifiek deel van het dossier. Andere medewerkers van dezelfde discipline die bij behandeling van cliënt betrokken zijn (bijvoorbeeld “andere AVG of waarnemend AVG”) hebben zo ook toegang to deze gegevens. Doordat het niet sector specifieke deel van het dossier, bestaat uit een link met een systeem dat ook buiten de sector in gebruik is (bijvoorbeeld “HIS”), wordt niet sector specifieke informatie in dit systeem opgeslagen (bijvoorbeeld “gegevens over behandeling beenbreuk in Medisch dossier”). Hierdoor gebeurt gegevensuitwisseling met organisaties buiten de instelling (bijvoorbeeld “ziekenhuis voor Medisch dossier”) via dit systeem dat ook buiten de sector in gebruik is (bijvoorbeeld “HIS).
- Informatie die ook buiten de discipline beschikbaar moet zijn wordt in het Algemeen deel opgenomen (bijvoorbeeld “medicatie aanpassing door AVG”).

5. Algemene eisen

Hieronder worden de belangrijkste procesonafhankelijke eisen toegelicht.

5.1. Ondersteunt intramurale en extramurale dienstverlening inclusief dagbesteding

- Het ECD dient zowel intramurale als extramurale zorg te ondersteunen.
- Het ECD dient het voucher systeem¹¹ voor dagbesteding te ondersteunen.

5.2. Voldoen aan huidig Wettelijk kader

Aangezien diverse wettelijke kaders op de uitvoering van de zorg drukken en het ECD deze uitvoering moet ondersteunen, zal het ECD moeten voldoen aan de volgende wettelijke eisen die betrekking hebben op de werkwijze en inhoud van het ECD:

- Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZ)
- Wet Bopz (Wet bijzonder opnemingen psychiatrische ziekenhuizen)
- Wgbo (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst):
 - informatie¹² & toestemming¹³
 - dossier¹⁴ en bewaartermijnen¹⁵
 - toegang tot patiëntgegevens¹⁶

¹¹ De mogelijkheid om met vouchers zorg in te kopen is nieuw en geeft consumenten de gelegenheid om volledige én volwaardige dagbesteding naar eigen keuze in te kopen. Dat hoeft niet bij de zorgaanbieder te zijn waar de cliënt woont.

¹² Informatie moet begrijpelijk (drempels weg) met cliënt worden uitgewisseld. Het moet mogelijk zijn bepaalde gegevens af te schermen voor de cliënt (wanneer hij daartoe verzoekt).

¹³ Informatie nodig voor een goede ondersteuning en behandeling dient te worden uitgewisseld (cliënt mag dit niet tegenhouden).

¹⁴ Indien persoonlijke werkaantekeningen opgenomen worden in het ECD moeten deze gescheiden zijn van “Dossier” (geen onderdeel van het dossier van de cliënt). Ook moeten cliëntverklaringen kunnen worden toegevoegd aan dossier op verzoek van cliënt (bijv. andere zienswijze van cliënt).

¹⁵ Niet alle gegevens waarover de instelling beschikt, maar wel die gegevens die de directe zorgverlening betreffen (gezondheid van de cliënt): 15 jaar bewaren. Wij houden daarbij aan 15 jaar na einde datum behandeling. Daarbij geldt wel dat dit langer kan zijn uit oogpunt van goed hulpverlenerschap.

Is van toepassing op de GZ voor zover het de geneeskundige behandeling betreft. De VGN-leden hebben al onderling afgesproken dat ze de principes van deze wet ook van toepassing laten zijn op alle andere vormen van zorgverlening, dus ook de agogische behandeling.

- Wbp (Wet bescherming persoonsgegevens)
- AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten)
- Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Wet Big (Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg)
- Regeling AO/IC AWBZ –Zorgaanbieders (januari 2005)
- Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (januari 2007)
- Wbsn-z (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg)¹⁷
- Instrument Inspectiebezoek IGZ (Normen 2005/2006, uitgave 1 november 2005). Als toezichthouder/inspectie vanuit de wetgeving
- Zvw (Zorgverzekeringswet)
- CAO gehandicaptenzorg, CAO ziekenhuizen¹⁸

Binnen het procesmodel zijn de relevante indicatoren omtrent bovengenoemde wetten en richtlijnen opgenomen en gekoppeld aan het te ondersteunen proces.

5.3.Voldoen aan voorgenomen Wettelijk kader

- Wijziging Kwaliteitswet Zorginstellingen (Algemene Maatregel van Bestuur) m.b.t. het verplichten tot hebben van een zorg- en ondersteuningsplan voor elke cliënt:
 - In begrijpelijke taal
 - In overleg met de cliënt
 - Inspanningsverplichting om tot overeenstemming te komen (geen handtekening is vereist; er dient aantoonbaar te zijn [bijvoorbeeld door verslaglegging van besprekingen] dat cliënt en/of vertegenwoordiger akkoord is met de zorg- en ondersteuning die is afgesproken ondersteuning)
 - Moet middellange termijn doelen bevatten
- Nieuwe wet (lex specialis) vervanging Bopz m.b.t. vrijheidbeperking/beneming (refnr. DVVO/JIZ-U-2593492) aangaande Zorg & dwang (onvrijwillige zorg). Hierin staat aangegeven dat:
 - Onvrijwillige zorg en dwang moet benoemd zijn in zorg- en ondersteuningsplan (inclusief welk risico wordt afgewend);
 - Onvrijwillige zorg (zoals voorzien) moet halfjaarlijks worden geëvalueerd in zorg- en ondersteuningsplan en indien nodig worden aangepast;
 - Elke keer als voorziene onvrijwillige zorg wordt toegepast moet dit in rapportage worden opgenomen;
 - Elke keer als onvoorziene onvrijwillige zorg wordt toegepast moet het zorg- en ondersteuningsplan worden geëvalueerd en indien nodig worden aangepast¹⁹;
- Wijziging Wgbo door deze ook van toepassing te laten zijn op care.
- Wijziging AWBZ m.b.t. zorgzwaartefinanciering intramuraal refnr. DGB/FIG-2630465. Inclusief plan van aanpak zorgzwaartebekostiging refnr. DLZ-U-2655348. Laatste specificatie in brief aan de kamer van Bussemaker 5 augustus 2008. Daarnaast het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ-

¹⁶ Extra aandachtspunt: het dossier van een cliënt moet kunnen worden verwijderd (vernietigd op verzoek van cliënt).

¹⁷ BSN moet als identificeerbaar item (bij voorkeur “key”) worden opgenomen bij alle gegevens cliënt.

¹⁸ Voor instellingen in de GZ die ook een cure-component hebben (zoals instellingen aangesloten bij SEIN).

¹⁹ Signalering op toepassen onvoorziene onvrijwillige zorg (na 7 dagen moet onvrijwillige zorg stoppen of worden opgenomen –na evaluatie- in ondersteuningsplan).

zorg van staatssecretaris Bussemaker, waarmee de ministerraad op 10 oktober akkoord is gegaan²⁰.

- Wijziging Wmo: overgang huishoudelijke verzorging naar de Gemeenten.
- Wijziging Big²¹ (Bevoegdheidsregeling voorbehouden en risicovolle handelingen²²) om bepaalde verpleegkundigen, bepaalde medicatie te laten voorschrijven.
- Wijziging van de Wbsn-z in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg.
- Deze wet, straks getiteld “Kaderwet elektronische zorginformatie-uitwisseling” heeft ten doel de kaders te scheppen voor een landelijk elektronisch patiëntendossier²³.
- Brief over de zeven cliëntrechten (23 mei 2008)²⁴ waarbij **vetgedrukt** van belang is voor ECD:
 1. Het recht op beschikbare en bereikbare zorg
 2. **Het recht op keuze en op keuze-informatie**²⁵
 3. **Het recht op kwaliteit en veiligheid**²⁶
 4. **Het recht op informatie, toestemming, dossiervorming en privacy**²⁷
 5. **Het recht op afstemming tussen zorgverleners**²⁸
 6. Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling
 7. **Het recht op medezeggenschap en goed bestuur**²⁹

5.4. Voldoen aan Functionele kaders

Los van de in dit document nader uitgewerkte functionele eisen, zal het ECD in lijn moeten zijn met de volgende functionele kaders die betrekking hebben op de werkwijze en inhoud van het ECD. Deze kaders zijn in een eerder stadium door de branche en/of de branchevereniging vastgesteld:

- Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording³⁰
- Visie document Kwaliteitskader.
- Kwaliteitsindicatoren gehandicaptenzorg, concept versie 12 februari 2008 (na acceptatie van de definitieve set indicatoren wordt het Kwaliteitskader en de bijbehorende indicatoren een verplichting vanuit de VGN)
- Handreiking Ondersteuningsplan voor de gehandicaptenzorg, september 2007 van Christelijke Hogeschool Nederland

²⁰ Aanbieders van langdurige zorg moeten in de toekomst verplicht met elke nieuwe cliënt de doelen van de zorgverlening bespreken. In het ECD moet naast het resulterende plan ook gespreksverslagen vastgelegd kunnen worden.

²¹ Signalering van activiteiten die Voorbehouden handelingen zijn (omvatten) en een koppeling naar bijhorend protocol dient te kunnen worden opgenomen.

²² De Inspectie ziet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen als risicovolle handelingen waarvoor medewerkers moeten worden toegerust en waarvoor registratie moet worden bijgehouden welke medewerkers risicovolle handelingen mogen verrichten

²³ Via een gefaseerde invoer zal de kaderwet worden ingevoerd, steeds meer zorgaanbieders zullen er onder komen te vallen. Nadere regels worden gesteld bij algemene maatregelen van bestuur, waaronder ook een voor de care-sector.

²⁴ Het is de intentie van het ministerie van VWS om de rechten van patiënten te verankeren in een nieuwe wet. Ook zullen dan gerelateerde wetten (zoals Wgbo) worden gewijzigd.

²⁵ Rapportage/publicatie mogelijkheid van informatie over het zorgaanbod. Deze informatie moet waar relevant uit data uit ECD kunnen worden gegenereerd en kunnen worden gepresenteerd als begrijpelijk, betrouwbaar en vergelijkbaar.

²⁶ De wijze waarop dit wordt gerealiseerd moet blijken uit zorg- en ondersteuningsplan.

²⁷ De cliënt (en/of vertegenwoordiger) kan zelf, zonder tussenkomst van de arts, zijn dossier raadplegen en zien wie zijn gegevens elektronisch heeft geraadpleegd.

²⁸ Informatie uitwisseling en aansluiting van ECD data van zorgaanbieders die tegelijk of na elkaar zorg verlenen aan de cliënt.

²⁹ Wijze waarop de instelling haar cliënten faciliteert om te kunnen en/of te leren kiezen. Informatie verstrekking over mogelijke invulling zorg-en ondersteuning is een eis. Zie ook voetnoot bij 2. Recht op keuze en keuze-informatie.

³⁰ ECD moet informatie kunnen aanleveren voor DigiMV (voor zover het om cliënt gerelateerde in ECD opgeslagen informatie betreft).

- Certificering HKZ³¹, certificering NIAZ³²
- Treeknormen voor wachtlijstbeheer³³

5.5. Voldoen aan Technische kaders

Binnen het project wordt geen Technisch Ontwerp van het ECD gegeven. Voor eisen en standaarden ten aanzien van gegevensuitwisseling en interne en externe communicatie wordt aangesloten bij en verwezen naar de betreffende instanties die daarover de kaders hebben aangegeven.

De rol van de gebruikende organisatie

Van groot belang is hierbij dat het voldoen aan deze Technische kaders niet alleen door (de inrichting van) het ECD-systeem kan worden geregeld. De eis aan het systeem is dat het kan worden ingericht zodanig dat het de gebruikende organisatie in staat stelt aan de kaders te voldoen. Dit is zeker van toepassing op kaders rondom beveiliging en autorisatie.

Waar twee partijen nodig zijn

Voor de kaders rondom gegevens uitwisseling is voldoen van het (ene) ECD-systeem aan de standaarden niet voldoende voor het slagen van succesvolle gegevensuitwisseling; de andere partij (waarmee gegevens moeten worden uitgewisseld) moet ook aan de standaarden voldoen. In dit Collectieve PvE wordt er vanuit gegaan dat ook de andere systemen (waarmee gegevens moeten worden uitgewisseld) -op termijn- ook aan de standaarden voldoen. Aangezien een ECD-systeem voor een langere periode wordt geselecteerd en ingericht is het een collectieve eis om te voldoen (en zo toekomst vast te zijn) aan de eisen van deze technische kaders.

NictiZ

De volgende NictiZ stukken zijn opgenomen als basis voor het PvE voor het ECD die betrekking hebben op onderdeel ICT infrastructuur en ketenzorg:

- Handboek ICT-leveranciers in de zorg V4.1, 11 augustus 2006
- PvE voor een goed beheerd zorgsysteem V2, mei 2007
- Specificatie van de basisinfrastructuur in de zorg v2.4, 11 augustus 2006
- Architectuurontwerp basisinfrastructuur in de zorg v4.2, 16 november 2005
- Handboek BSN in de Zorg v1.0, 25 oktober 2006
- Implementatiehandleidingen HL7 v3, versie 2.5, augustus 2006

AZR

De volgende AZR-stukken zijn opgenomen als basis voor het PvE voor het ECD die betrekking hebben op onderdeel ICT- infrastructuur en ketenzorg:

- Vektis, Zorgregistratie AWBZ, digitaal berichtenverkeer in de keten (maart 2004)
- AZR, fase 3, versie 2

Overig (standaard) berichten verkeer

Vergelijkbaar met de AZR is er indicatie berichtenverkeer met Justitie en met Gemeenten. Het gaat hierbij om standaardberichten (wel nu nog op papier). De eis is dat deze standaardberichten in het

³¹ Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg

³² Voor instellingen in de GZ die ook een cure component hebben (zoals instellingen aangesloten bij SEIN). Hoewel de 'Z' in NIAZ staat voor 'Ziekenhuizen', biedt het NIAZ ook andere zorginstellingen de mogelijkheid zich aan te sluiten bij het NIAZ-accreditatieprogramma.

³³ ECD moet signaleren wanneer normtijden m.b.t. een cliënt op de wachtlijst (dreigen) overschreden (te) worden. ECD moet statistische informatie kunnen opleveren over % gehaalde normen over gehele cliënten populatie.

ECD verwerkt kunnen worden op eenzelfde wijze als AZR indicatieberichten en als op termijn deze berichten elektronisch worden aangeboden door Justitie en/of Gemeenten deze ingelezen kunnen worden.

NEN³⁴ 7510 informatiebeveiliging

De volgende NEN-stukken die betrekking hebben op onderdeel ICT-infrastructuur en ketenzorg zijn opgenomen als basis voor het PvE voor het ECD:

- NEN 7510, de norm voor informatiebeveiliging in de zorg, 10 november 2005
- NEN7511-2, voor 'middelgrote organisaties'³⁵

5.6.Laagdrempelig gebruik

- Bij het ontwerp van het systeem dient het laagdrempelig gebruik een belangrijk aandachtspunt te zijn. De succesfactor van het systeem is immers de mate van acceptatie en gebruik.
- Bij het ontwerp moet worden uitgegaan van basale ICT-vaardigheden bij de beoogde gebruikers, die zich beperken tot eenvoudig PC-werk. Het systeem zal voor de reguliere functionaliteit ter ondersteuning van het operationele proces qua benodigde vaardigheden aan moeten sluiten bij deze doelgroep. Voor het ondersteunen van het tactische proces (rapportage en sturing) dient te worden uitgegaan van enige ervaring met eenvoudige kantoorautomatiseringshulpmiddelen.
- Het gebruik van het systeem moet eenvoudig aan te leren zijn. Gezien de omvang en diversiteit van de gebruikersgroep is het wenselijk dat een 'train de trainer' principe kan worden aangehouden. Een en ander stelt eisen in de intuïtieve werking van het systeem.
- Voor een hoge acceptatiegraad zal van belang zijn dat het systeem een gebruiksvriendelijke user interface heeft. Gebruik van een muis is mogelijk in combinatie met functietoetsen (om risico op bijvoorbeeld RSI te verminderen)
- Rekening houden dat het invoerwerk (daadwerkelijk typen) zo beperkt mogelijk wordt gehouden. Voorbeeld hiervan is ook het een keer invullen met een automatische kopie naar andere delen van ECD zoals bij een melding van onvrijwillige zorg. De melding gegevens dienen ook op een formulier/rapport vrijheidsbeperking te komen en op de dagrapportage.
- Voor gebruikers moet de wijze van bevestigen van keuzes binnen het ECD op een eenvoudige maar ook eenduidige en consequente manier worden vormgegeven.
- Taalgebruik: Nederlandse taal (spellingcontrole en eventueel grammaticacontrole)

Voor het gebruik van het systeem door cliënten dient voor de delen van het ECD, waartoe cliënten eventueel toegang hebben (zorg- en ondersteuningsplan, algemene deel van de rapportage en de agenda) te voldoen aan "drempels weg" eisen (www.drempelvrij.nl).

5.7.Gelaagde en flexibele Autorisatie

- Om de juiste informatie aan de juiste persoon beschikbaar te stellen is het van belang een goede gelaagde autorisatiestructuur te kunnen aangeven. Instellingen dienen zelf de verschillende rollen en bijbehorende autorisatie te kunnen aangeven. Belangrijk hierbij is dat het mogelijk moet zijn ook cliënten en wettelijke vertegenwoordigers toegang te geven tot het systeem en alleen de voor hen relevante gegevens te tonen.
- Een juiste en flexibele autorisatiestructuur zal bijdragen aan het 'doseren' van de informatie. Doelstelling is om gebruikers niet te overspoelen met informatie, maar de voor hen relevante informatie op de juiste plek beschikbaar te stellen.

³⁴ Nederlands Normalisatie Instituut

³⁵ Dit document geeft een nadere uitwerking van NEN 7510 met een voorschrijvend, toetsbaar karakter voor de samenwerkingsverbanden in de zorg. Door naleving van de norm NEN 7510, in combinatie met het dit toetsbare voorschrift, wordt voldaan aan een passende beveiliging.

- Ook voor de rapportagefunctionaliteit moet een juiste en flexibele autorisatie instelbaar zijn op gebruikersniveau
- Voor nadere informatie hierover; zie ook de eisen van Goed Beheerd Zorgsysteem van NICTIZ die onderdeel zijn van het PvE voor het ECD.

Het systeem moet direct een overzicht van de autorisatie instellingen kunnen geven:

- Per medewerker: waartoe is de medewerker geautoriseerd (wat [lezen en/of wijzigen] kan de medewerker met welke informatie van welke cliënten).
- Per cliënt: wie kan wat [lezen en/of wijzigen] met welke informatie van deze cliënt.

Het systeem moet ook het daadwerkelijk gebruik van gegevens kunnen rapporteren:

- Per medewerker: welke informatie van welke cliënten heeft de medewerker geraadpleegd en welke informatie van welke cliënten heeft de medewerker gewijzigd.
- Per cliënt: welke medewerkers hebben welke informatie geraadpleegd en welke informatie gewijzigd.

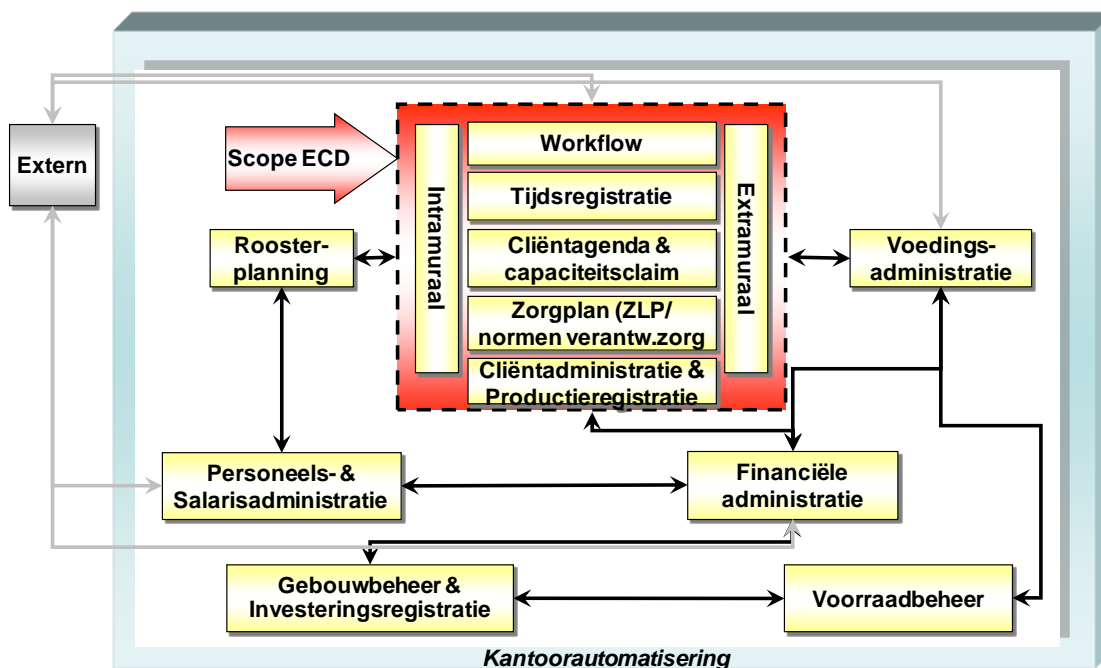
5.8. Open architectuur (i.v.m. gegevensuitwisseling met andere systemen)

Een belangrijke succesfactor voor de implementatie van een ECD is de mate waarin het systeem in de lokale architectuur kan worden ingepast en in een later stadium in de keten automatisering kan worden opgenomen.

Interne gegevensuitwisseling

Het systeem zal communicatie of koppeling met andere systemen moeten ondersteunen (zonder ingrijpende of omvangrijke technische wijzigingen). Dit wordt gerealiseerd door te voldoen aan de gestelde standaarden voor interne/externe communicatie en koppelingen. Voor een beschrijving van deze standaarden verwijzen we naar de relevante documenten die in hoofdstuk 5.5 (Voldoen aan Technische kaders) staan beschreven.

Onderstaande figuur geeft het ECD en de gegevens uitwisseling met mogelijke andere systemen weer.



Specifiek worden de volgende interne communicatie en/of koppelingen met secundaire systemen genoemd, die noodzakelijk geacht worden voor een goede werking van een ECD :

- Gegevensuitwisseling naar een declaratie c.q. financieel systeem (productieafspraken, declaratie en facturatie)
 - Cliënt stamgegevens (BSN, NAW1, NAW2, Telefoon1, Telefoon2, Bankrekening)
 - Incasso (BSN, Incasso j/n)
 - Productie AWBZ (Periode, Functie, volume)
 - Factuurregel (Periode, BSN, Product, Volume, Financieringsbron³⁶)
- Gegevensuitwisseling met roosterpakket om de capaciteitsberekening (in volume en deskundigheidsmix) uit het ECD door te geven aan roosterpakket en rooster terug te geven aan ECD
 - Capaciteitsvraag (Datum, Tijd begin, Tijd eind, Eenheid³⁷, Volume, Organisatorische eenheid, Deskundigheidsniveau)
 - Rooster (Datum, Tijd begin, Tijd eind, Eenheid, Organisatorische eenheid, Medewerker ID)
- Gegevensuitwisseling vanuit personeelspakket ten aanzien van gebruikte deskundigheidsniveaus of overige medewerkerinformatie
 - Medewerkergegevens (Medewerker ID, Organisatorische eenheid, dienstverband volgnummer, Deskundigheidsniveau)

Naast de bovengenoemde noodzakelijk geachte communicatie en/of koppelingen, worden de onderstaande voorzien als mogelijk:

- Gegevensuitwisseling met alarmeringssystemen om alarmeringsverloop en opvolging van een cliënt te bewaken.
 - Melding (Tijdstip melding, Tijdstip aanvang opvolging, Oorzaak alarm melding, Actie/handeling, Tijdstip melding afgehandeld)
- Gegevensuitwisseling vanuit kostprijsmodule die de kostprijs per AWBZ-functie berekent
 - AWBZ-functiekostprijs (AWBZ-functie ID, kostprijs)
- Gegevensuitwisseling vanuit een Document Management Systeem (t.b.v. de contract administratie en protocollen/werkinstructies)
 - Documenten (Document ID)
- Gegevensuitwisseling met zorgzwaarte-instrumenten en -meetschalen
- Gegevens uitwisseling naar Facilitaire pakket en Voedingspakket (met name de cliëntgebonden afspraken over wasverzorging, telefoon, voeding/dieet, taxivervoer ed.)
 - Capaciteitsvraag (Afspraak ID, Datum, Tijd begin, Tijd eind, Locatie)
- Gegevensuitwisseling met Tijdsregistratie of Urenregistratie pakket
 - Agenda item (Handeling ID, Datum, Plan Tijd begin, Plan Tijd eind, Medewerker ID)
 - Registratie (Handeling ID, Datum, Werkelijk Tijd begin, Werkelijk Tijd eind, Medewerker ID)
- Gegevensuitwisseling met Domotica-toepassingen
- Gegevensuitwisseling met een communicatie- of e-mailfunctionaliteit

Externe gegevensuitwisseling

Op het gebied van externe communicatie zijn een paar gebieden genoemd die cruciaal zijn in de keten voor de GZ-sector. Dit betreft vooral de transmurale communicatie binnen de zorg en met andere instellingen (bijv. justitie, onderwijs) en de communicatie naar familie/contactpersoon van de cliënt. Bij de communicatie van gegevens van de cliënt over organisatiegrenzen heen, zal nadrukkelijk

³⁶ Bijvoorbeeld: WMO, privaat, andere instelling (hoofdaannemer en indicatie houder)

³⁷ Eenheid = zelfstandig planbare eenheid (kan bijvoorbeeld een lokatie zijn, een groep woningen of school)

rekening moeten worden gehouden met de privacywetgeving. De volgende potentiële externe communicatie of koppelingen zijn onderdeel van het Collectief PvE:

- Zorgkantoor:
 - maandelijkse productiegegevens
 - aan-, afmeldings- en mutatieberichten
- AZR:
 - indicatieberichten
- Justitie:
 - inzage in het hebben van een Rechtelijke Machtiging (RM) van cliënt
 - maandelijkse productiegegevens op basis van DBBC³⁸
 - (toekomst) indicatieberichten
 - (toekomst) aan-, afmeldings- en mutatieberichten
- Bureau Jeugdzorg:
 - maandelijkse productiegegevens
 - (toekomst) indicatieberichten
 - (toekomst) aan-, afmeldings- en mutatieberichten
- Gemeenten (aan-, afmeldings- en mutatieberichten)
 - maandelijkse productiegegevens
 - (toekomst) indicatieberichten
 - (toekomst) aan-, afmeldings- en mutatieberichten
- Gegevensuitwisseling met Apothekers Informatie Systeem (m.n. medicatiebewaking en medicatiegebruik)
- Gegevensuitwisseling met Huisartsen Informatie Systeem (huisartsendossier met raakvlak naar de EMD ontwikkelingen)
- Gegevensuitwisseling met Ziekenhuissysteem (met name de transfer naar ziekenhuis en visa versa, labuitslagen en de koppeling via het Landelijk Schakelpunt (LSP) naar landelijke ontwikkelingen van het EMD en EPD)

5.9. Schaalbaar

De omvang van de instelling waarin het ECD gebruikt zal worden kan sterk variëren. Het systeem moet goed schaalbaar zijn (aantal gebruikers, omvang database, etc.) om met deze volumeverschillen om te gaan zonder benodigde ingrijpende software wijzigingen. Als richtlijn kan worden gehanteerd dat (mede ingegeven door de vele fusies die momenteel plaatsvinden in de sector) minimaal een verdubbeling (van aantal cliënten en aantal gebruikers) mogelijk moet zijn zonder negatieve invloed op de performance.

5.10. Stabiliteit

Het ECD is een belangrijk middel om de continuïteit van zorg te bewerkstelligen. Het ECD is dus een bedrijfskritisch systeem in de Zorg. Zowel vanuit bedrijfsmatige redenen als vanuit wet- en regelgeving (o.a. m.b.t. IGZ) is de eis dat het systeem stabiel is. Dit wil zeggen dat het systeem niet alleen een hoge beschikbaarheid (een indicatieve eis van 99% beschikbaarheid op jaarbasis exclusief gepland onderhoud lijkt noodzakelijk vanuit de bedrijfsvoering van instellingen gezien de bedrijfskritische functie van het ECD) dient te hebben, maar ook dat het systeem weinig uitvalmomenten kent. Hiermee zal bij de opbouw van het systeem (infrastructuur en gebruikte hulpmiddelen) rekening gehouden moeten worden.

³⁸ Diagnose behandeling en beveiliging combinatie

5.11. Ondersteunt decentrale uitvoering en mobiel gebruik van een cliëntendossier

- In de Gehandicaptenzorg is veelal sprake van een groot aantal locaties, verschillende woonvormen en zorg- en ondersteuningsvormen. Een combinatie van decentrale invoer en centrale verwerking zal worden gehanteerd. Het systeem moet een dergelijke geografisch verspreide opzet van locaties en zorgvormen ondersteunen. Hierbij moet ook worden meegenomen dat de volgende externe instanties ook (waar nodig met volledige lees en schrijf³⁹ mogelijkheden) toegang hebben tot het ECD:
 - Cliënten
 - Ouders/wettelijke vertegenwoordigers
 - Docenten/begeleiders op scholen
 - Managers/begeleiders op het werk

Toegangverlening tot het ECD en tot bepaalde informatie van bepaalde cliënt(groepen), dient zorgvuldig te worden gekeken wat de relatie is van degene tot de cliëntinformatie. De wettelijke basis is dat er een behandel relatie moet zijn. Indien deze behandel relatie er niet is of indien er toegang wordt verleend tot bepaalde informatie die niet voor behandeling nodig is, dient toestemming verleent te worden door cliënt. Zie ook hoofdstuk 5.7, waarin de vereiste functionaliteit wordt beschreven om dit toestemmingverlening proces met de cliënt te faciliteren.

- Mobiel gebruik: Veel instellingen stellen de eis dat een dossier op de locatie van de cliënt raadpleegbaar en muteerbaar moet zijn, zowel voor hulpverlener als de cliënt/familie. De keuze om te werken met een digitaal dossier ondersteund met mobiele digitale hulpmiddelen (bijvoorbeeld PDA, smartphone) dan wel een combinatie van digitaal dossier aangevuld met een decentraal papieren dossier is een instellingsspecifieke keuze.
- Mobiel gebruik is tevens aan de orde in het kader van inzagerecht van de cliënt. Een van de uitdagingen bij gebruik van een Elektronisch Cliënten Dossier is de wijze waarop de cliënt inzage heeft en houdt in zijn of haar gegevens. Voorbeeldoplossingen hiervoor zijn het beschikbaar stellen van cliëntgegevens via werkstations op de gang, zusterpost, PDA's of bijvoorbeeld via internet bij medewerkers thuis.

5.12. Flexibiliteit systeem (ruimte voor aanpassingen zonder programmeerwerk)

Gezien de dynamiek in het speelveld waarin de instellingen opereren, moet het voor een instelling mogelijk zijn een belangrijk deel van de werking van het systeem te beïnvloeden, bijvoorbeeld door parameters in te stellen of tabelbeheer uit te voeren, zonder tussenkomst van een programmeur. Gezien de recente ontwikkelingen zal vooral op het gebied van de koppeling tussen geleverde zorg en ondersteuning met de bekostigingswijze, de inhoud van de externe rapportages en de gegenereerde managementinformatie een zekere flexibiliteit betracht moeten worden.

5.13. Eenvoudig beheer

Het ECD ondersteunt met de juiste autorisatie het eenvoudig aanpassen van gebruikte tabellen en parameters, waaronder:

- Organisatie-eenheden
- Autorisatie rollen
- Handelingsgroepen
- Normtijden
- Functies en behandelingsgroepen
- Kostprijzen AWBZ functies

³⁹ Dit is bedoeld als inclusief wijzigen van gegevens.

- Arrangementen/diensten/producten

5.14. Historie en Archivering

Archivering moet ertoe leiden dat er geen historische gegevens ongewenst worden gewijzigd of historische gegevens verloren gaan. Veel genoemd punt hierbij is de historie van het medicijngebruik en de behandelingen van een cliënt. Het ECD moet voorzien in:

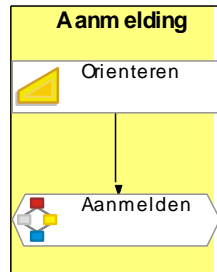
- De verrichte activiteiten in het zorgdossier per cliënt moeten tot 15 jaar te herleiden zijn en op redelijke termijn verstrekbaar
- De historie van de cliëntgegevens moet tot 15 jaar te herleiden zijn en op redelijke termijn verstrekbaar.
- Niet alle gegevens moeten 15 jaar bewaard worden, soms langer afhankelijk van de situatie van de cliënt en een cliënt kan ook verzoeken tot vernietiging van zijn gegevens. Bij de bewaartermijn moet dit per cliënt te realiseren zijn.

5.15. Correspondentiefunctie

Het ECD zal in toenemende mate het proces van overdracht en de communicatiestroom tussen medewerkers over gegevens en gebeurtenissen van de cliënt moeten kunnen faciliteren. Dit is een wezenlijk onderdeel, wat geïntegreerd dan wel middels gekoppelde functionaliteit onderdeel zal moeten zijn van het ECD.

6. Aanmelden

Bij aanmelden betreft de kernfunctionaliteit van het ECD het ondersteunen van de basisregistratie van de cliënt (ook als het gaat om een potentiële cliënt, die zich aan het oriënteren is of op de wachtlijst staat). Belangrijke functionele eisen betreffen het waarborgen van een eenvoudige en eenduidige vastlegging.



6.1. Oriëntatie

De (potentiële) cliënt “ontstaat” wanneer de instelling actief vanuit de instelling of reactief met een cliënt in contact komt. Dit kan rechtstreeks met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger zijn of via professionele zorgbemiddelaars (zorgkantoren, gemeenten, justitie). De volgende functionaliteit moet worden geboden:

- Registratie (basis van) stamgegevens⁴⁰
- Inhoud van het contact (bijv. welke informatie is verstrekt, wat is voor follow-up afgesproken)
- Signalering aanzetten voor follow-up

6.2. Wachtlijstbeheer

Niet elke cliënt kan direct geplaatst worden en zal op de interne wachtlijst worden geplaatst. De volgende functionaliteit is vereist:

- (Aanvullende) Registratie stamgegevens
- Indicatie (of inschatting indien nog geen officiële indicatie beschikbaar is)
- Cliëntprofiel (beschrijving basis cliënt behoefte)
- Koppeling aan zorgarrangement
- Additionele wensen cliënt (bijv. locatie)
- Koppeling en signalering vrijgekomen en of vrijkomende plekken die voldoen aan zorgarrangement en locaties.

6.3. Cliëntregistratie

Informatie uitwisseling met Indicatie stellende instanties

- AZR:
 - Het inlezen van AZR berichten en daarmee direct de basale gegevens van de cliënt vast te leggen brengt direct een efficiencywinst met zich mee. Het moet mogelijk zijn binnen het systeem om de data van het AZR-bericht in te lezen en te verwerken.
 - Het aanleveren van AZR-berichten (herindicaties, mutatieberichten) aan het AZR vanuit het ECD. Het moet mogelijk zijn om binnen het systeem (de data voor) informatieberichten voor het ARZ aan te maken. Hierbij moet worden aangesloten op de nieuwe ontwikkelingen rondom mandatering bij het AZR.
- Invoeren niet-AZR-indicaties (bijv. van Gemeenten of Justitie) indien het een cliënt via Justitie of Gemeente betreft.

⁴⁰ Zie het Procesmodel voor een overzicht van stamgegevens

- Invoeren eventuele aanvullende behoefte (naast indicatie) en financiering.
- Matchen met Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) verankeren in de keten, bij voorkeur vooraan, dus bij CIZ. (BSN is hierbij sleutel).

Uitwisseling gegevens overige instanties

- In geval van overplaatsing, Collega (vorige) zorgaanbieder:
 - Stamgegevens
 - Zorg- en ondersteuningsplan
 - (para) Medisch dossier
 - Agogisch dossier/agogische onderzoeksgegevens
 - Agenda
- Vanuit disciplines betrokken bij behandeling cliënt, zoals huisartsen (verwijzing via huisarts), ziekenhuizen (verwijzing via ziekenhuis), therapeuten, gedragsdeskundigen, agogen:
 - (para) medische gegevens
 - Agogisch dossier/agogische onderzoeksgegevens

Waarborgen eenduidige en eenmalige vastlegging van cliëntgegevens

- Toewijzing unieke cliëntnummers (BSN)
- Controle op dubbele invoer (combinatie naam/geboortedatum)
- Controle op dubbele invoer (systeem geeft aan dat vergelijkbaar record bestaat; vervangen J/N)
- Goede registratie en controle van contactadresgegevens en mogelijkheid om die aan te vullen met inloggegevens (digitale dossier bekijken) en e-mailadres.

Voorselectie relevante (en/of verplichte) datavelden o.b.v. cliënt typering

- Mogelijkheid om bepaalde velden zichtbaar of inzichtbaar te maken op basis van cliënt typering (op basis van invoer zorgzwaarte en/of zorg- en ondersteuningsvorm en/of arrangement)
- Mogelijkheid om bepaalde velden al dan niet verplicht te maken op basis van cliënttypering (op basis van invoer van zorgzwaarte en/of zorgvorm en/of arrangement)

6.4.Aanmaken Disciplinedossier

Bij de initiële registratie wordt/kan een begin worden gemaakt met het aanleggen van de verschillende relevante disciplinedossiers. Later bij het opstellen van persoonsbeeld en perspectief en tijdens het verdere verloop van de behandelingen worden verdere gegevens toegevoegd aan de discipline dossiers en worden deze gegevens geraadpleegd.

Elke discipline moet voor die discipline relevante informatie verkregen vanuit eerdere instellingen, ouders, verwijzende instanties (bijvoorbeeld justitie, jeugdzorg) en ketenpartners (bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis) gestructureerd kunnen onderbrengen in hun deel van het dossier.

Daarnaast worden vele verschillende instrumenten en meeschalen ingezet voor de bepaling van het persoonsbeeld en het perspectief (later worden deze en andere instrumenten en meeschalen weer ingezet om ontwikkeling te volgen). Afhankelijk van het instrument of de meetschaal (is het openbaar of niet) en de wens van de instelling, dient het ECD:

- Resultaten van vragenlijsten en metingen te kunnen opslaan, zodanig dat latere vergelijking met eerdere metingen mogelijk is
- De mogelijkheid te bieden om vragenlijsten aan te kunnen maken, zodat de meting in het ECD kan worden gedaan en de resultaten kunnen opslaan zodanig dat later vergelijking met eerdere metingen mogelijk is
- De meest algemeen gebruikte instrumenten of meeschalen te ondersteunen.

Disiplines

Hieronder worden de disciplines geven waarvoor discipline dossiers moeten kunnen worden aangelegd. Met name het "Sector specifieke" deel van het desbetreffende disciplinedossiers (zie bijlage A voor voorbeelden) kan het zo zijn dat bepaalde meetschalen (de meetschalen zelf en de resultaten van metingen) door meer dan een discipline wordt gebruikt binnen een instelling. In bijlage A zijn slechts voorbeelden opgenomen. Op basis van discussie binnen en tussen de disciplines worden deze voorbeelden wellicht in volgende versies verder uitgewerkt. Het zal altijd blijven geleden dat een instelling specifieke keuzes moet maken ten aanzien van de inhoud van de discipline dossiers, hoewel in het kader van informatie-uitwisseling (voor onderzoek en bij overdracht) een collectieve indeling noodzakelijk is.

Voor de volgende disciplines moet het mogelijk zijn discipline dossiers aan te leggen:

- Arts Verstandelijk Gehandicapt (AVG)
- Bewegingsagogie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Fysiotherapie
- Gedragsdeskunde
- Logopedie
- Maatschappelijk werk
- Persoonlijk begeleider
- Psychologie (motoriek, diagnostiek)
- Tandheelkunde
- Therapie (Spel, Creatieve, Muziek)

6.5.Zorg- en dienstverleningsovereenkomst

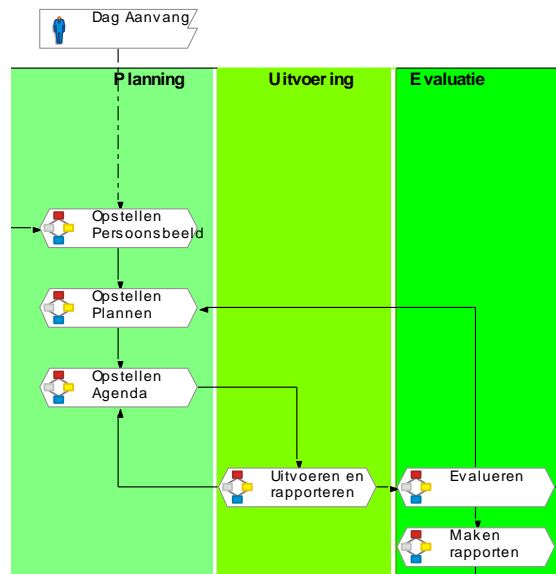
Automatisch genereren basisovereenkomst (vertaling indicatie naar arrangement) op basis van de cliëntenregistratiegegevens.

- Kunnen aangeven dat overeenstemming is bereikt met cliënt over overeenkomst.
- Ondertekende (ingescande) versie kunnen toevoegen aan dossier⁴¹.

⁴¹ De wettelijke eis is dat moet kunnen worden aangetoond dat overeenstemming is bereikt met cliënt. Dit kan door een geprinte versie van de overeenkomst te laten ondertekenen. Andere mogelijkheden zijn verslaglegging in het ECD van aanmelding gesprekken met cliënt en vertegenwoordigers.

7. Zorgen en ondersteunen

De kern van het volgen van de cliënt tijdens de zorg en ondersteuning. De samenhang van de relevante processen wordt in het onderstaande schema gegeven.



7.1. Opstellen persoonsbeeld

In de fase omtrent het opstellen van het persoonsbeeld betreft de kernfunctionaliteit het ondersteunen en richtinggeven aan de diagnosefase van de cliënt d.m.v. aanvullende inhoudelijke informatie over de huidige toestand en het (zorg-/ondersteunings-)verleden van de cliënt. In deze fase zullen de verschillende scores en diagnoses een plek krijgen binnen het ECD (o.a. de anamnese, lichamelijke onderzoek, eventuele labuitslagen, medicatie, therapieën en gedragsmatige aspecten). Uitgangspunt bij het opstellen van het persoonsbeeld is een werkwijze gebaseerd op methodisch handelen, waarbij zorg- en ondersteuningsdoelen ook daadwerkelijk een relatie hebben met behoeften. Het cyclisch (kunnen) toetsen en daarmee verifieerbare karakter van het zorg- en ondersteuningsplan is een harde eis.

Bij ambulante cliënten kan een instelling ervoor kiezen alleen de ondersteuningsvraag en het ondersteuningsaanbod in kaart te brengen. Alleen daar waar noodzakelijk wordt een beeld van de cliënt omschreven.

Registreren persoonsgegevens

Het systeem biedt de mogelijkheid om verschillende data-elementen met eventueel onderlinge relaties toe te voegen aan de registratie van de cliënt. Voor een (niet-limitatieve) beschrijving van de data wordt verwezen naar het procesmodel.

Rubrieken aanmaken voor aanvullende cliëntgegevens

- Het systeem zal minimaal de meest gehanteerde systematieken (zoals Shalock) ondersteunen voor het rubriceren van cliënt gegevens, doelen en acties.
- Wenselijk is dat een instelling zelf de rubricering kan invullen en derhalve verschillende data-elementen aan zelf ingestelde rubrieken kan aangeven (optioneel instelbaar voor instellingen die een andere rubricering willen aanbrengen)
- Starten vanuit verschillende disciplines en vormen uiteindelijk 1 dossier (incl. communicatie)

Voorselectie relevante (en/of verplichte) datavelden o.b.v. cliënt typering

- Mogelijkheid om bepaalde velden zichtbaar of inzichtbaar te maken op basis van cliënt typering (op basis van invoer zorgzwaarte en/of zorg- en ondersteuningsvorm en/of arrangement)
- Mogelijkheid om bepaalde velden al dan niet verplicht te maken op basis van cliënt typering (op basis van invoer zorgzwaarte en/of zorg- en ondersteuningsvorm en/of arrangement)

Ondersteuning meetschalen

- Indicatoren van het Kwaliteitskader (zie “Opvolging signalering o.b.v. relevante velden uit Kwaliteitskader”).
- Mogelijkheid om minimale dataset te definiëren en te gebruiken in verschillende meetschalen, ofwel een koppeling te leggen met een andere gebruikte toepassing voor het volgen van meetschalen.
- Ondersteuning ICPC⁴², ICD10⁴³, DSMIV⁴⁴, SIS⁴⁵, CEP⁴⁶, AAMR⁴⁷, ZZP⁴⁸

Documenten koppelen

- Het ECD is in beginsel een cliëntdossier en geen volledig Document Management Systeem (DMS), maar biedt de mogelijkheid om verwijzingen op te nemen bij een cliënt naar relevante documenten (in gescande of elektronische vorm). Zie ook paragraaf 5.8.

Client input

- De cliënt en/of vertegenwoordiger wordt indien mogelijk actief bij het opstellen van het persoonsbeeld betrokken. Het systeem moet de mogelijkheid bieden voor het vastleggen van input van de cliënt in een aanvulling/apart persoonsbeeld en eventueel een toekomst visie/verwachting.

Cliënttevredenheidsscores

- Mogelijkheid om minimale dataset te definiëren en te gebruiken voor een evaluatie van de cliënttevredenheid ofwel een koppeling te leggen met een andere gebruikte toepassing voor het volgen van de cliënttevredenheid.

7.2. Opstellen Zorg- en Ondersteuningsplan

Bij het opstellen van het zorg- en ondersteuningsplan betreft de kernfunctionaliteit van het ECD de mogelijkheid om gestructureerd een inhoudelijk kader te schetsen voor de cliënt. Minimaal dienen

⁴² International Classification of Primary Care; internationaal geaccepteerde standaard voor het coderen en classificeren van (registratie)gegevens in de eerstelijnszorg.

⁴³ De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten.

⁴⁴ Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.

⁴⁵ De Supports Intensity Scale is een instrument om de ondersteuningsbehoefte van mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag precies en objectief te meten. Het instrument is ontwikkeld door de AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disorders) en is compatibel met het nieuwe AAIDD model van verstandelijke beperkingen.

⁴⁶ Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag: systematisch beschrijven probleemsituatie en vaststellen ernst (4 niveaus) van deze situatie.

⁴⁷ American Association on Mental Retardation: definitie van de verstandelijke handicap naar de volgende gebieden: communicatie, zelfbepaling, samenleving, gezondheid en veiligheid, sociale vaardigheden, wonen, dagbesteding, vrije tijd, schoolse vaardigheden en zelfverzorging.

⁴⁸ Zorgzwaarte Pakket: bepaling van de zorgzwaarte van een cliënt met behulp van het ZZP-scoreprogramma.

Shalock en de systematiek gebaseerd op de 12 domeinen (1^e 8 overeenkomstig Shalock) van het Kwaliteitskader ondersteund te worden.

Er dient rekening gehouden te worden met het bestaan meerdere soorten zorg- en ondersteuningsplannen binnen de VG-sector (bijvoorbeeld verblijf +/- behandeling, behandelplan, arbeidstherapie/dagbesteding, Vlaskamp, EVMB⁴⁹). De mogelijkheid van integratie tot een totaal plan moet aanwezig zijn. Zie ook hoofdstuk 6.4 voor de discipline dossier gedachte.

Mogelijkheid tot printen Zorg- en ondersteuningsplan

Onder andere om de mogelijkheid te bieden aan een cliënt en/of vertegenwoordiger om het plan in te zien zal de mogelijkheid moeten bestaan het plan uit te printen en eventueel na ondertekening weer inscannen en toevoegen aan dossier. Zie ook hoofdstuk 6.5 over andere mogelijkheden om aan de wettelijke eis te voldoen dat aantoonbaar moet zijn dat het zorg- en ondersteuningsplan tot stand is gekomen in samenspraak met de cliënt en/of vertegenwoordiger.

7.3. Opstellen actieplannen

Bij het opstellen van actieplannen betreft de kernfunctionaliteit van het ECD de mogelijkheid om de doelstellingen uit de vorige fase te vertalen naar concrete handelingen/acties voor de cliënt met een bepaalde capaciteitsbehoefte (tijd en vaardigheden). Het systeem biedt de aansluiting tussen het inhoudelijk kader en de zorgzwaartebekostiging en zal eventuele afwijkingen /overschrijdingen moeten signaleren.

Binnen deze fase staat centraal dat de gebruikte bouwstenen klein genoeg zijn om wijzigingen in de opbouw van de dienstverlening op te vangen (bijvoorbeeld opbouw op basis van ZZP's). Door uit te gaan van handelingen of afzonderlijke diensten die binnen de instelling zijn gedefinieerd, is het mogelijk om het plan te laten blijven aansluiten bij wijzigende dienstverlening. In deze fase zal voor veel instellingen de brug worden gelegd tussen kwaliteit en kwantiteit van zorg en de verschuiving van ongeplande naar meer planbare zorg en ondersteuning. Communicatie met de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordigers (bijv. ouders) over goedkeuren van het actieplan is onderdeel van deze fase.

Ondersteunt opstellen van actieplan van de cliënt op handelingsniveau

- Met behulp van lijsten kan per dagdeel (ochtend-middag-avond-nacht) en/of per tijdstip een uit te voeren handeling ingepland worden
- Per handeling wordt een functionaris gekoppeld
- Per handeling wordt een tijdsduur gekoppeld (eventueel een normtijd, die met de juiste autorisatie overschreven kan worden)
- Per handeling wordt een financieringsbron gekoppeld (AWBZ, Privaat, WMO, Justitie); eventuele andere financieringsbronnen kunnen geïntroduceerd worden
- Per handeling wordt een setting aangegeven (bijvoorbeeld op kamer cliënt, op de huiskamer, groepsruimte, externe dagbestedingslocatie [bijv. school, werk], woning cliënt, bij ouders)
- Per handeling kunnen eventueel benodigde hulpmiddelen of medicijnen aangegeven worden
- Naast het aangeven van geplande zorg en/of ondersteuning zal tevens een 'voorcalculatorische' hoeveelheid ongeplande zorg/ondersteuning moeten kunnen worden aangegeven. Deze tijd wordt wel op de beschikbare tijd 'afgeboekt', maar wordt niet aan een specifieke handeling gekoppeld.

⁴⁹ Ernstige Verstandelijke en Meervoudige Beperkingen

Bewaking op aansluiting plan bij budget (ZZP of andere indicatie)

- Controle op bandbreedte in uren per AWBZ-functie/-klasse/ZZP en/of kosten op basis van handelingen en voorcalculatorische kostprijs
- Signalering bij overschrijding en onderschrijding van uren of kosten; dit kan de start zijn van herindicatietraject
- Belangrijkste is zorg zonder indicatie, dus signalering einde indicatie

Bewaking op aansluiting bij doelen uit het Zorg- en ondersteuningsplan

- Voor het slaan van de brug tussen kwaliteit en kwantiteit is het van wezenlijk belang dat handelingen in daginvulling worden gekoppeld aan doelen uit het zorg- en ondersteuningsplan. Hiermee wordt immers de link gelegd tussen de kwalitatieve kant van de zorg uit het plan en de kwantitatieve invulling daarvan in de dagelijkse uitvoering
- Het systeem controleert of alle doelen een gekoppelde handeling hebben
- Desgewenst controleert het systeem of alle handelingen een gekoppeld doel hebben

Mogelijkheid tot uitdraaien actieplan van de cliënt

Onder andere om de mogelijkheid te bieden aan een cliënt om zijn/haar actieplan in te zien zal de mogelijkheid moeten bestaan de agenda (=actieplan) van de cliënt uit te printen

Mogelijkheid tot uitdraaien zorgroutes (waar relevant)

Door een doorsnede te maken van de acties per dag/periode per functionaris kan tot een looplijst gekomen worden

Mogelijkheid tot uitdraaien medicijnlijsten

Door een doorsnede te maken van de medicijnen per cliënt per dag kan een medicijnlijst opgesteld worden

Mogelijkheid tot export van capaciteitsbehoefte naar roosterapplicatie

Een overzicht van de benodigde tijd per functie per dagdeel (per groep/afdeling/totaal) is input voor het roosteren. Het moet mogelijk zijn een export bestand te maken voor een externe roosterapplicatie (zie paragraaf 4.7).

7.4. Invullen Agenda

Bij het invullen van de agenda betreft de kernfunctionaliteit van het ECD de mogelijkheid actieplannen uit te zetten in de tijd. Waar relevant kan de koppeling gemaakt worden naar een specifieke uitvoerende of behandelaar. De agenda moet aangeven:

- wat (welke actie),
- waar (welke locatie),
- wanneer (tijdstip, afhankelijk van de soort actie globaal tijdsvlak of specifieke afspraak),
- met wie (welke medewerker of afdeling),
- volgens welk protocol (verwijzing naar protocol indien relevant),
- bijzonderheden (verwijzing naar "algemeen dossier deel" indien relevant).

7.5. Uitvoeren

In de fase Uitvoeren betreft de kernfunctionaliteit van het ECD het ondersteunen van de registratie van observaties en geleverde zorg en ondersteuning ter besturing van het primaire proces (effect van de handelingen t.o.v. de gestelde doelen en waarborgen handelen binnen bedrijfsmatige kaders).

Registratie geleverde zorg en ondersteuning

- Het systeem ondersteunt minimaal het aangeven van afwijkingen van de geplande en ongeplande zorg/ondersteuning in de agenda (het gaat hierbij zowel om numerieke afwijkingen in tijd als bijzonderheden die moeten worden opgenomen in “algemene dossier deel” als rapportage).
- Het systeem moet gekoppeld kunnen worden met een systeem voor elektronisch tijdschrijven (bijvoorbeeld PDA, laptop, smartphone, MDA, tablet PC, UMPC)

Registratie aanwezigheid/deelname dagactiviteiten

- Om inzicht te krijgen/houden in de aanwezigheid bij en deelname aan dagactiviteiten dient een registratie bijgehouden te worden. Deze registratie is tevens van belang voor de leverbetrouwbaarheidsrapportage (daadwerkelijk geleverde of genoten zorg en ondersteuning). Het systeem biedt de mogelijkheid een lijst op te vragen met geplande deelnemers aan een activiteit, alsmede de mogelijkheid om de aanwezigheid vast te leggen.
- Registratie en communicatie met de onderaannemers (voucher houders). Aangezien de onderaannemers een deel van de zorg- en/of ondersteuning overnemen, vindt ook een deel van de dossier raadpleging en vorming plaats.
- Mogelijkheid voor invoeren observaties
- Medewerkers kunnen observaties invoeren voor cliënten, groepen of afdelingen

Faciliteren invullen diverse controle lijsten

- Voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning is inzicht in de status en ontwikkeling van de cliënt op verschillende meetschalen relevant. In dit licht kunnen controlelijsten worden ingebed in de dagelijkse uitvoering van de zorg en ondersteuning. Het systeem zal de betreffende lijsten kunnen invoeren, tonen en medewerkers kunnen de gegevens verwerken. Het systeem biedt voorts inzicht in de ontwikkeling van de cliënt/groep/afdeling over een bepaalde periode op één of meerdere meetschalen (zie hoofdstuk 6.5 omtrent evaluatie van de zorg en ondersteuning)

Mogelijkheid voor inzien logfile met observatie op cliënt/afdeling/periode (i.h.k.v. overdracht)

Medewerkers kunnen een overzicht van de rapportage over een bepaalde periode genereren voor een specifieke cliënt, groep of afdeling (het gaat hierbij over de informatie opgenomen in het “algemene dossier deel”. Hiermee wordt de overdracht ondersteund en kan de benodigde tijd voor groepsgewijze overdracht geminimaliseerd worden. Dit bevat relevante informatie uit zowel de dagbesteding en wonen.

Inzage in protocollen en richtlijnen

Voor een deugdelijke uitvoering van de zorg en ondersteuning is het vereist dat medewerkers inzicht hebben in de meest actuele protocollen en richtlijnen. In minimale vorm zal het systeem de locatie kunnen duiden waar de (voor de cliënt en/of handeling) relevante protocollen en richtlijnen zijn opgeslagen. Wenselijk is dat de betreffende documenten ook via het systeem benaderd kunnen worden voor inzage.

Inzage in medicatielijsten/ ligplannen (decubitus)

- Het systeem biedt de mogelijkheid om medicatielijsten (uiteindelijk via het landelijke EMD) of ligplannen (decubitus) in te zien, voor cliënten, groepen of afdelingen. In minimale vorm betekent dit dat de betreffende lijsten geprint kunnen worden om beschikbaar te stellen.
- Een elektronische uitwisseling van uitzetlijsten (maakt deel uit van FOBO / Riskregistratie en is tevens kwaliteitsregistratie) moet eveneens mogelijk zijn.

Registratie gebruikte materialen

Voor een goed inzicht in de gebruikte materialen, de redenen hiervoor (bijvoorbeeld i.h.k.v. BOPZ) en de daaraan gerelateerde kosten is het wenselijk dat geplande en daadwerkelijk gebruikte materialen, gesplitst naar AWBZ en niet-AWBZ, kunnen worden vastgelegd. Het systeem biedt voorts inzicht in het verbruik per cliënt/groep/afdeling over een bepaalde periode

Mogelijkheid tot uitdraaien rapportages voor gebruikers van het ECD

Het is met de juiste autorisatie mogelijk om voor specifieke doelgroepen rapportages te definiëren en uit te draaien in het kader van overdracht of informatievoorziening

Ondersteunen rapportage omtrent Kwaliteitskader

Ten tijde van dit schrijven zijn de indicatoren gebaseerd op de 12 domeinen van het Kwaliteitskader nog in ontwikkeling. Voor een opsomming van de indicatoren wordt verwezen naar het hoofdstuk "Opvolging signalering o.b.v. relevante velden uit Kwaliteitskader". Voor een uitleg "hoe" en "bij wie" te meten wordt verwezen naar het stuk "Overzicht kwaliteitsindicatoren gehandicaptenzorg van 12 februari 2008".

Ondersteunen dag- en maandrapportage

- Dag- en Maandrapportages zijn over het algemeen instellingsspecifiek. Eis voor het ECD is een flexibele vorm om dag- en maandrapportages te kunnen maken, met eigen unieke rapportnaamgeving, vanuit verschillende doelgroepen/gebruikers en datavelden van het ECD.
- Over het geheel genomen wordt een onderscheid gemaakt tussen informatieve velden en telvelden. Informatieve velden bevatten data die niet geaggregeerd of gegroepeerd hoeft te worden, maar simpelweg een eigenschap of waarde weergeeft. De input op telvelden is echter te manipuleren (wat wil zeggen dat de data gebruikt kan worden om overzicht of inzicht op andere niveaus te krijgen). Het onderscheid tussen deze typen is wezenlijk om te voorkomen dat het ECD verwordt tot een digitaal kladblok.

7.6.Evalueren Zorg en Ondersteuning

In de fase Evalueren betreft de kernfunctionaliteit van het ECD het samenbrengen en ondersteunen bij het interpreteren van de kwalitatieve en kwantitatieve informatie uit het gehele primaire proces.

Trigger op verlopen zorg- en ondersteuningsplan

- Uitgangspunt is dat het zorg- en ondersteuningsplan een dermate dynamisch en gebruikt item is dat er weinig kans is dat het gedurende langere tijd niet aangepast wordt. Echter, in het kader van kwaliteitsbeheersing is het noodzakelijk een time-stamp op het zorg- en ondersteuningsplan te kunnen geven zodat inzichtelijk is wanneer het plan voor het laatst geëvalueerd en/of aangepast is en per wanneer uiterlijk een nieuwe evaluatie dient plaats te vinden.
- Plan is voor een bepaalde tijd geldig en in het algemeen zal de indicatie verlengd worden (dus zelfde functies of ZZP). Dit is echter wel een proces waarbij meerdere disciplines betrokken zijn (pedagoog, manager, zorgbemiddeling) en al deze disciplines dienen "gewaarschuwd" te worden.

Evaluatie cliënttevredenheidsscore

- Voor een goede evaluatie van de beleving van de zorg en ondersteuning zou inzicht (huidige score en trends) in de cliënttevredenheidsscore een indicator kunnen zijn als geheel of op verschillende onderdelen. Het gaat hier om een niet-anonieme bepaling van cliënttevredenheid. De vraag die in de werkgroepen moet worden beantwoord is in welke mate de cliënt en/of vertegenwoordigers in staat zijn hun tevredenheid aan te geven. Indien dit mogelijk is kunnen desgewenst doelstellingen omtrent cliënttevredenheid met specifieke acties in de zorg- en ondersteuningsplannen worden opgenomen. Reden voor de opname van

cliënttevredenheidsscores in het ECD is de mogelijkheid voor instellingen om kort-cyclisch te sturen op relevante tevredenheidsscores van cliënten.

- Deze cliënttevredenheidsscore is niet hetzelfde en moet niet verward worden met het instrument dat momenteel ontwikkeld wordt door de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.
- Er is niet 1 soort cliënttevredenheidsscore, maar er bestaan verschillende vragen voor wonen en dagbesteding. Tevens kunnen verschillende onderwerpen jaarlijks wijzigen. Dit is meer dynamisch dan ieder jaar dezelfde vragen stellen.

Evaluatie van de acties versus doelen in het zorg- en ondersteuningsplan

- Op basis van de registratie van de geleverde zorg en ondersteuning kan inzicht gegeven worden in de mate waarin de acties zoals overeengekomen op basis van het zorg- en ondersteuningsplan daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Eventuele afwijkingen kunnen nader beschouwd worden.

7.7.Maken rapportages

Trend/ontwikkeling op meetschalen

- Om het effect van de uitgevoerde acties op de geestelijke en fysieke toestand van de cliënt te meten worden meetschalen toegepast. Door mede de trend/ontwikkeling op meetschalen te volgen van cliënten/groepen/afdelingen kan een beeld gevormd worden van de effectiviteit van de zorg en ondersteuning. Is de gewenste ontwikkeling of stabilisatie op een bepaald inhoudelijk gebied terug te vinden in de metingen? Is er aanleiding om andere (typen) acties op te nemen in het zorg- en ondersteuningsplan?
- In een volgend concept worden (indien beschikbaar) voorbeeldmeetschalen opgenomen.

Vastleggen verbeteracties of veranderingen in zorg- en ondersteuningsplan

- Op basis van de evaluatie kunnen verbeteracties overeengekomen worden. Deze worden in het zorg- en ondersteuningsplan doorgevoerd met wederom een time-stamp zodat inzichtelijk is welke wijzigingen per wanneer zijn doorgevoerd. Te allen tijde dient de historie van het zorg- en ondersteuningsplan inzichtelijk te blijven.

Evaluatie maatregelen incidenten

- Evaluatie proces op basis van gegenereerde rapportages

Vastleggen resultaat van het MDO

- MDO-rapportages zijn over het algemeen instellingsspecifiek. Eis voor het ECD is een flexibele vorm om MDO-rapportages te kunnen maken vanuit verschillende doelgroepen/gebruikers en datavelden van het ECD.

Trigger 'Laatste Mutatiedatum'

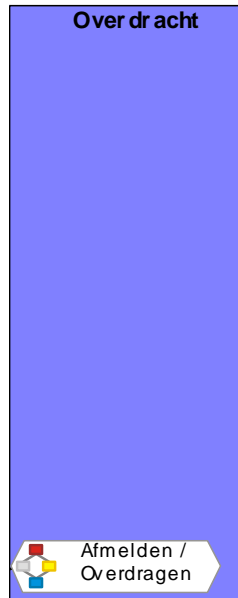
- Voor relevante contracten en afspraken in het dossier (in ieder geval de zorg- en ondersteuningsovereenkomst en het zorg- en ondersteuningsplan) is een indicatieveld 'laatste mutatiedatum' noodzakelijk voor verantwoording en actualiteitsbewaking

Mutatieberichte AZR

- Genereren en versturen van mutatieberichten t.b.v. de AZR.

8. Afmeldingsfase (overplaatsingsfase)

In de afmeldingsfase of overplaatsingsfase betreft de basis functionaliteit van het ECD het registreren van het beëindigen van de zorg en ondersteuning, het afsluiten en waar nodig archiveren en overdragen van het dossier en de opgeslagen gegevens.



8.1. Overplaatsing binnen instelling

Indien een cliënt wordt overgeplaatst naar een andere locatie of regio moet –indien de andere regio gebruik maakt van hetzelfde ECD- door mutatie van locatie, automatisch de aan locatie gerelateerde gegevens (bijvoorbeeld autorisatie) worden gemuteerd. Indien de andere regio gebruik maakt van een ander ECD dan is de functionaliteitseis als hieronder beschreven in “Ondersteuning overdracht van ene naar andere instelling”.

8.2. Afmeldings- of overplaatsingsbericht AZR

- Genereren en versturen afmeldings- of overplaatsingsbericht

Ondersteuning overdracht binnen de keten

Een exportbericht met relevant (voor ontvangende partij) cliëntdata kan worden verzonden op het moment van:

- overdracht van de cliënt binnen de keten (met name bij opnames en ontslag ziekenhuis).
- dynamische communicatie met aannemer en onderaannemer (voucher houder en leverancier) indien geen directe actoren zijn in ECD
- overdracht mantelzorg en ouders/ verzorgers (weekenden thuis, vakanties bij ouders, gezinshuizen en vakantieopvang) indien zij geen directe actoren zijn in het ECD

Ondersteuning overdracht van ene naar andere instelling

Informatie-uitwisseling van de ene instelling (ene ECD) naar de andere instelling (andere ECD) moet uiteindelijk via het LSP op basis van HL7-berichtenverkeer mogelijk zijn. Tot die tijd en daarnaast moet een export van de cliëntgegevens (minimaal zorg- en ondersteuningsplan en dossier) naar een algemeen erkend databaseformaat mogelijk zijn. Aan de andere kant moet een import vanuit een algemeen erkend databaseformaat mogelijk zijn.

9. Management Informatie (interne rapportages)

Een van belangrijkste functionaliteiten van een ECD zal de mogelijkheid zijn om managementinformatie te genereren. We willen immers het primaire proces besturen en daar is informatie voor nodig. Welke managementinformatie te genereren is, zal grotendeels afhangen van het gehanteerde datamodel binnen het ECD. Door verschillende data-elementen met elkaar te verbinden zijn doorsneden te maken op verschillende niveaus. Er is een grote flexibiliteitswens binnen de branche ten aanzien van management informatie, mede doordat nieuwe wet- en regelgeving kan leiden tot nieuwe kwalitatieve en kwantitatieve sturingskaders en derhalve behoefte aan nieuwe sturingsinformatie.

Op het gebied van management informatie kan onderscheid gemaakt worden tussen standaardrapportages, zelfbouwrapportages en maatwerkrapportages. Standaardrapportages zijn als functionaliteit binnen het ECD opgenomen en zijn 'met een druk op de knop' te genereren. Zelfbouwrapportages zijn rapportages die niet standaard ingebouwd zijn, maar die zonder tussenkomst van programmeurs in te richten zijn in het systeem dan wel via een export naar een rapportagegenerator. Hiervoor moet de mogelijkheid bestaan om bepaalde data-elementen binnen een rapportage op te nemen. Maatwerkrapportages zijn ten slotte rapportages waarvoor een software inhoudelijke aanpassing nodig is (programmatuur en/of datamodel).

Voor zelfbouwrapportages is de eis dat alle gegevens opgenomen in het ECD, data-elementen zijn in een toegankelijk datamodel.

Hieronder is een aantal rapportages opgenomen dat we onder de categorie standaardrapportages zouden willen scharen.

9.1. Bedrijfsvoering kwantitatief

capaciteitsbehoefte per periode

Op basis van de opgestelde daginvullingen van de cliënten waarin handelingen met bijbehorende tijden en functie staat aangegeven kan een overzicht gemaakt worden van de capaciteitsbehoefte per periode per functie. Om een overzicht op verschillende niveaus te kunnen maken zal een cliënt een relatie moeten hebben met een groep, een afdeling, een cluster, een locatie en een instelling.

Dit ligt voor de dagbesteding complex (multidimensionaal): combinatie van activiteitensort, omgevingsvoorwaarden, en soort en intensiteit van begeleiding (voorbeeld: behoefte aan dienstverlenende activiteiten, in een wel/niet beschutte omgeving, met wel/niet intensieve begeleiding in de directe nabijheid, met wel/niet specifieke kennis of vaardigheden).

geplande zorg en ondersteuning

De geplande zorg en ondersteuning per periode (dagdeel/dag/week/maand) per cliënt/groep/afdeling/cluster/locatie/instelling.

gerealiseerde zorg en ondersteuning

Op basis van de registratie van de gerealiseerde zorg en ondersteuning op het niveau van de cliënt kan een overzicht gemaakt worden van de gerealiseerde zorg en ondersteuning per cliënt/groep/afdeling/cluster/locatie/instelling, waarbij tevens inzicht gegeven wordt in de gerealiseerde zorg en ondersteuning per financieringsbron (AWBZ, WMO, Privaat).

gerealiseerde ongeplande zorg en ondersteuning

De ongeplande zorg en ondersteuning per periode (dagdeel/dag/week/maand) per cliënt/groep/afdeling/cluster/locatie/instelling.

leverbetrouwbaarheid totaal en per cliënt

Een wezenlijk sturingskengetal wordt de leverbetrouwbaarheidsindex. Deze index wordt bepaald door de gerealiseerde zorg en ondersteuning (desgewenst per AWBZ functie) te delen op de overeengekomen zorg en ondersteuning. Een index van 1 of meer wil dus zeggen dat minimaal de overeengekomen zorg en ondersteuning geleverd is. Een score van minder dan 1 wil zeggen dat in de betreffende periode minder dan de overeengekomen zorg en/of ondersteuning is geleverd. Zowel uitschieters naar boven als naar beneden zullen voor de instellingen aanleiding zijn tot aanvullende acties.

kosten per periode

Op basis van de gerealiseerde zorg en ondersteuning en de bijbehorende handelingsgroep, functionaris, duur en (voorcalculatorische) kostprijs kan inzicht verkregen worden in de kosten van de levering over een gegeven periode voor een cliënt/ groep/ afdeling/ cluster/ locatie/ instelling.

inkomsten per periode

Op basis van de gerealiseerde zorg en ondersteuning in (zorgzwaarte)pakketten en de bijbehorende tarieven kan inzicht gekregen worden in de opbrengsten van de levering over een gegeven periode voor een cliënt/ groep/ afdeling/ cluster/ locatie/ instelling.

resultaat per periode

Inkomsten van de gerealiseerde zorg en ondersteuning minus de kosten van de gerealiseerde zorg en ondersteuning geven het resultaat.

9.2. Bedrijfsvoering kwalitatief

overzicht observaties per cliënt/groep per periode

Medewerkers kunnen observaties bij een cliënt of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment. Een medewerker of manager moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante cliënten of groepen kunnen inzien over een gegeven periode (voorbeeld).

- de cliënt:
 - in relatie tot zichzelf
 - in relatie tot huisgenoten
 - in relatie tot woonsituatie
 - in relatie tot eventuele behandeling
 - in relatie tot eventuele avond/nachtsituatie
 - in relatie tot medewerker(-s)
- rapportage op doelniveau
- rapportage op activiteitsniveau
- overdracht in relatie tot cliënt/meerdere cliënten
- huishoudelijk/technisch (huishoudelijk werk/mankementen in woning/veiligheid)

behoefte en trend

Inzicht in de zorg- en ondersteuningsbehoefte per cliënt, groep, afdeling, regio, cluster, instelling, soort ondersteuningsvraag en de trend ten aanzien van deze zorg- en ondersteuningsbehoefte

interne controle AWBZ

Inzicht per cliënt/ cliëntgroep/ locatie / instelling, juistheid van stamgegevens, zorgplan, aanwezigheid, communicatie zorgkantoor, productie gegevens.

overzicht doelen rapportage

De status met betrekking tot het behalen van doelen moet inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Dit moet zowel per cliënt, cliëntgroep en sector als per domein/doel. Aangezien via rapportage op handlingsniveau in de agenda dagelijks gerapporteerd wordt over succes in het behalen van de doelen; dient ook dit overzicht direct opvraagbaar te zijn.

De opgegeven redenen bij het niet volgens plan halen van de doelen, moet ook getoond kunnen worden.

overzicht observaties per medewerker/groep per periode

Managers en medewerkers kunnen observaties bij hun medewerkers en zichzelf of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment. Een manager of medewerker moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante medewerkers of groepen kunnen inzien over een gegeven periode (voorbeeld):

- medewerker/medewerker(s)
- medewerker/bedrijfsvoering (bijvoorbeeld. omgang met protocollen/voorschriften)

overzicht observaties per cliënt/groep per periode

Medewerkers kunnen observaties bij een cliënt of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment. Een medewerker of manager moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante cliënten of groepen kunnen inzien over een gegeven periode.

overzicht toepassing onvrijwillige zorg

In het ECD worden de gegevens gerelateerd aan onvrijwillige zorg (middelen en maatregelen) vastgelegd. Gerapporteerd moet kunnen worden over de genomen middelen en maatregelen en juridische overeenkomsten moeten kunnen geproduceerd op diverse organisatieniveaus.

overzicht incidenten

In het ECD worden de gegevens gerelateerd aan incidenten vastgelegd. Gerapporteerd moet kunnen worden over de incidenten en de genomen vervolgacties.

overzicht decubitus

In het ECD worden de gegevens gerelateerd aan decubitus vastgelegd. Gerapporteerd moet kunnen worden over de decubitus graad en de genomen vervolgacties.

demografie kenmerken

Kenmerken van de populatie zoals:

- gemiddelde leeftijd cliënten instelling/locatie/cluster/afdeling/groep
- gemiddelde verblijfsduur cliënten instelling/locatie/cluster/afdeling/groep

- medicijngebruik per periode per cliënt/groep/afdeling/cluster/instelling

Bedrijfsvoering koppeling kwantitatief en kwalitatief

De overzichten gegeven in hoofdstuk 9.1 en 9.2 moeten waar relevant gecombineerd kunnen worden tot overzichten die het complete beeld geven. Bijvoorbeeld een combinatie overzicht van “kosten per periode” en “overzicht doelen rapportage” voor de groep/afdeling/cluster/instelling.

10. Systeem signalering (triggers)

Het systeem kan de dagelijkse uitvoering ondersteunen door bepaalde signaleringen. Een signalering betreft een signaal dat actie moet worden ondernomen. In het systeem kan voor de verschillende situaties worden ingesteld naar wie de betreffende signalering wordt gestuurd. Een instelling moet signalering (per trigger) kunnen aan- of uitzetten.

10.1. Procestriggers

Een aantal van deze triggers is al aangegeven bij de opsomming van eisen per processtap.

wachtlIJstbeheer Matching signalering

Het systeem signaleert een vrijgekomen plek in een locatie van de instelling die overeenkomt met de specifieke wensen en behoeften van een cliënt op de wachtlIJst.

verlopen indicatie in tijd

Het systeem signaleert dat een indicatie bijna verlopen is (bijvoorbeeld 8 weken voor het verlopen van de indicatie).

trigger 'Laatste Mutatiedatum'

Voor relevante contracten en afspraken in het dossier (in ieder geval de zorg- en ondersteuningsovereenkomst en het persoonlijk plan) is een indicatieveld 'laatste mutatiedatum' noodzakelijk voor verantwoording en actualiteitsbewaking

overschrijding / onderschrijding indicatie in tijd

Tijdens het opstellen van de agenda van de cliënt of na verwerking van gerealiseerde zorg en ondersteuning signaleert het systeem dat een overschrijding of onderschrijding plaats heeft gevonden ten opzichte van de tijd conform de indicatie/toewijzing/afpraak

overschrijding indicatie in kosten

Tijdens het opstellen van de agenda van de cliënt of na verwerking van gerealiseerde zorg en ondersteuning signaleert het systeem dat een overschrijding plaats heeft gevonden ten opzichte van de verkregen vergoeding conform de indicatie

10.2. Bedrijfsvoering triggers

interne controle (per cliënt)

De volgende signaleringen (actie als niet aan eis wordt voldaan of direct opvraagbaar per cliënt als rapportage) moeten vanuit de interne controle aanwezig zijn:

1. NAW en telefoonnummer cliënt zijn niet volledig opgenomen in stamgegevens
2. Indien WMO, de cliënt is geen inwoner van gemeente
3. Indien WMO, er is geen startdatum van dienstverlening opgenomen in stamgegevens
4. Indien WMO, er is geen einddatum van dienstverlening opgenomen in stamgegevens
5. BSN-nummer is niet juist opgenomen
6. NAW en telefoonnummer contactpersoon niet opgenomen in stamgegevens
7. Er is geen indicatiebesluit
8. Indien cliënt AWBZ verzekerd is en verzekeringsgegevens zijn niet opgenomen in stamgegevens
9. Er is geen ondertekende (ingescande) overeenkomst zorg- en dienstverlening
10. Er is geen zorg- en ondersteuningsplan

11. Er is geen ondertekend (ingescande) zorg- en ondersteuningsplan
12. De opgegeven evaluatiedatum voor het zorg- en ondersteuningsplan is overschreden
13. Totaal aan handelingen volgend uit zorg- en ondersteuningsplan (vanuit Doelen en Basiszorg) overschrijdt de indicatie (in uren en/of in Euro's)
14. Termijn voor Melding Aanvang Zorg (MAZ) aan Zorgkantoor is overschreden
15. Rapportage van levering (bijvoorbeeld aangeven aan/afwezigheid dagbesteding, tijd van behandeling) is niet binnen gestelde termijn gedaan
16. Totaal aan geleverde handelingen overschrijdt de indicatie (in uren en/of in Euro's)

overschrijding zorg- en ondersteuningsvraag

Het systeem signaleert dat de cumulatieve zorg- en ondersteuningsvraag die is opgenomen de gemaakte raamafspraken met het zorgkantoor of interne begroting overschrijdt. Zo ook bij onderschrijding.

overschrijding productie

Het systeem moet een overzicht kunnen geven waarbij de begrote productie vergeleken wordt met de werkelijke productie en tevens de productie op zorgovereenkomst niveau. Alarmering moet plaatsvinden bij onder- en overschrijding.

10.3. Diverse werkstroom besturing signaleringen

- Standaard signaleringen (in te stellen bij opzet systeem) bij bepaalde acties (bijvoorbeeld rapportage van onvoorzien onvrijwillige zorg)
- "Aanzetten signalering" bij rapportage (zodat op een vervolg actie kan worden geattendeerd).

10.4. Opvolgen signalering o.b.v. relevante velden uit het kwaliteitskader

De indicatoren van het Kwaliteitskader zijn nog in concept en worden momenteel verder uitgewerkt. Indien een nieuwe versie van de set beschikbaar is zal die in een volgende versie worden opgenomen. Een definitieve set wordt begin 2009 verwacht. Voor de indicatoren waarvoor de brondata opgeslagen is in het ECD, moet de rapportage worden gegenereerd.

1. Zorgafspraken en ondersteuningsplan
 1. Mate waarin cliënten over een adequaat zorg- en ondersteuningsplan beschikken (beschikbaarheid, procedure, inhoud)
 2. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat actief betrokken is bij het opstellen van evalueren van hun zorg- en ondersteuningsplan
 3. Mate waarin cliënten / wettelijk vertegenwoordigers ervaren dat adequaat gewerkt wordt met zorg- en ondersteuningsplannen
 4. Percentage cliënten waarbij de zorg- en ondersteuning volgens het zorg- en ondersteuningsplan is geboden
2. Zelfbepaling
 5. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat ervaart dat hij/zij keuzes kan maken op gebieden die voor de cliënt belangrijk zijn
 6. Mate waarin de organisatorische eenheid de cliënt helpt voor hem/haar belangrijke keuzes te formuleren
 7. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat vindt dat de organisatorische eenheid de cliënt voldoende ondersteunt bij het realiseren van zijn/haar keuzes
3. Belangen
 8. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat op de hoogte is van alle essentiële zaken
 9. Mate waarin cliëntenraad en/of ouderraad ervaart voldoende inspraak te hebben in het beleid van de organisatorische eenheid

4. Lichamelijk welbevinden
 10. Percentage cliënten waarbij de organisatorische eenheid een inventarisatie heeft gemaakt van lichamelijke gezondheidsrisico's
 11. Mediane Body Mass Index
 12. Mediane HbA1c-waarde van cliënten met diabetes
 13. Percentage cliënten met een HbA1c-waarde die boven de norm ligt
 14. Prevalentie van decubitus graad 2 tot en met 4
 15. Percentage cliënten met een actuele, volledig ingevulde insultlijst
 16. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat voldoende ondersteuning ervaart bij het verbeteren van de gezondheid van de cliënt
 17. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat positief oordeelt over de persoonlijke verzorging
 18. Percentage cliënten dat naar behoefte gebruik kan maken van benodigde hulpmiddelen
5. Psychisch welbevinden
 19. Percentage cliënten waarbij de organisatorische eenheid een inventarisatie heeft gemaakt van de psychische gezondheidsrisico's
 20. Prevalentie van depressie waarvoor geen speciale aandacht wordt besteed en waarvoor geen speciale zorg wordt ingezet
 21. Prevalentie van angst waarvoor geen speciale aandacht wordt besteed en waarvoor geen speciale zorg wordt ingezet
 22. Prevalentie van probleemgedrag waarvoor geen speciale aandacht wordt besteed en waarvoor geen speciale zorg wordt ingezet
 23. Percentage nare ervaringen bij cliënten waaraan de organisatorische eenheid aandacht heeft besteed
 24. Percentage cliënten dat zich thuis en op zijn/haar gemak voelt op de plek van de zorg- en of ondersteuning
 25. Percentage cliënten dat ervaart serieus genomen te worden en met respect te worden behandeld
6. Persoonlijke ontwikkeling
 26. Mate waarin cliënten de mogelijkheid krijgen om zich op passende wijze te ontwikkelen
7. Interpersoonlijke relaties
 27. Mate waarin cliënten ondersteuning krijgen bij het opbouwen en onderhouden van sociale relaties
 28. Percentage cliënten met weinig sociale contacten dat zich eenzaam voelt
8. Participatie en toegang tot de samenleving
 29. Percentage cliënten dat voldoende mogelijkheden krijgt voor deelname aan de samenleving
 30. Mate waarin cliënten deelnemen aan de samenleving
9. Materieel welzijn
 31. Percentage cliënten dat positief oordeelt over zijn/haar woonruimte
10. Cliëntveiligheid
 32. Percentage cliënten waarbij de organisatorische eenheid een inventarisatie heeft gemaakt van de veiligheidsrisico's
 33. Prevalentie van incidenten op het gebied van veiligheid de afgelopen 90 dagen
 34. Mate waarin de cliëntenraad en/of ouderraad ervaart dat de organisatorische eenheid in reactie op incidenten in voldoende mate een analyse maakt van de situatie en verbeteracties inzet om herhaling te voorkomen
 35. Percentage cliënten waarvan de medicatie recentelijk is geëvalueerd

36. Percentage cliënten waarbij de rechten met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen worden gerespecteerd door de organisatorische eenheid
 37. Mate waarin de organisatorische eenheid in reactie op vrijheidsbeperkende maatregelen in voldoende mate een analyse maakt van de gebeurtenis en verbeteracties inzet om herhaling te voorkomen
11. Kwaliteit van medewerkers
38. Percentage cliënten / wettelijk vertegenwoordigers dat de aanwezigheid van personeel voldoende en bekwaam vindt
 39. Mate waarin de organisatorische eenheid zorgt voor voldoende en bekwaam personeel
 40. Mate waarin de organisatorische eenheid met het beschikbare personeel het gewenste resultaat bereikt
 41. Gemiddeld percentage ziekteverzuim over het afgelopen jaar
12. Samenhang in zorg & ondersteuning
42. Mate waarin de organisatorische eenheid zorgt voor goede samenhang in de geleverde zorg en ondersteuning
 43. Mate waarin cliënten / wettelijk vertegenwoordigers een goede afstemming met ketenpartners ervaren

11. Externe Rapportage (verantwoording)

Op het gebied van rapportages wordt veel flexibiliteit gewenst. Voor wat betreft de externe rapportages zal het systeem in ieder geval de volgende rapportages moeten kunnen opleveren.

11.1. IGZ rapportage

- Meldingen Incidenten Cliënten (MIC, inclusief valpartijen en agressie)
- Onvrijwillige zorg (Middelen en Maatregelen)
- Vocht en Voeding
- Medicatie veiligheid
- Decubitus
- Seksueel misbruik (cliënt als slachtoffer en/of pleger)
- Badincidenten
- Uitluistersystemen incidenten
- Tilliften incidenten
- Weglopen/vermissing
- Automutilatie
- Inname schadelijke stoffen
- Verkeersincidenten
- Brandincidenten

11.2. Input voor jaardocument

Het DigiMV deel van het Jaardocument moet “gevuld” kunnen worden met de statistische gegevens voor zover die (ook in onberekende vorm; alleen als bron data) in het ECD beschikbaar zijn.

Naast het Jaardocument over de gehele instelling voor de Maatschappelijke Verantwoording, is er ook sprake van het “Jaardocument cliënt” (kwaliteit en kwantiteit). Dit verantwoordt de individuele vraag (functies of ZZP). Alle jaardocumenten cliënt zouden dus het jaardocument maatschappelijke verantwoording vormen (in ieder geval zou hier aansluiting tussen te vinden zijn (kaderregeling, accountant)).

11.3. Overige registraties, en overzichten

De overheid en brancheorganisaties houden registraties bij en publiceren overzichten voor de overheid zelf, de instellingen en de cliënten. Twee belangrijke zijn www.kiesbeter.nl en www.zorggegevens.nl

kiesbeter

Naast ervaringsgegevens van cliënten en vertegenwoordigers (komt uit onafhankelijk cliëntwaarderingsonderzoek) zijn hier gegevens opgenomen over locaties en aangeboden arrangementen. Deze gegevens zouden (gedeeltelijk) vanuit het ECD kunnen worden aangeleverd.

zorggegevens

Op deze site wordt een overzicht gegeven van registraties en publicaties in de zorg (bijvoorbeeld de benchmark van Actiz en de benchmark van VGN). Ook hier moet “gevuld” kunnen worden met de statistische gegevens voor zover die (ook in onberekende vorm; alleen als bron data) in het ECD beschikbaar zijn.

11.4. Gerealiseerde zorg en ondersteuning (productie staat)

- Uitdraai voor het Zorgkantoor met productie in (zorgzwaarte)pakketten per periode
- Uitdraai van gerealiseerde zorg en ondersteuning naar financieringsbron (AWBZ, WMO, Privaat)

11.5. Verantwoording naar cliënt

Van een specifieke cliënt:

- Overzicht overeengekomen doelen en acties (in Werkplan)
- Overzicht mate van realisatie doelen en gerealiseerde/uitgevoerde acties (in Werkplan)
- Cliënttevredenheid (laatste opgave en trend voor zover beschikbaar)
- Overzicht geplande zorg, ondersteuning en behandeling per cliënt
- Overzicht gerealiseerde zorg, ondersteuning en behandeling per cliënt

Het dient mogelijk te zijn een selectie van een of meerdere van de bovenstaande overzichten te tonen (bijvoorbeeld alleen kwalitatieve of juist alleen kwantitatieve gegevens).

Het dient mogelijk te zijn een geïntegreerde overzichten samen te stellen (bijvoorbeeld afwijking geplande en gerealiseerde uren ten opzichte van afwijking geplande en gerealiseerde doelen).

Deze verantwoording op cliëntniveau (een cliënt) moet ook geaggregeerd kunnen worden op verschillende hogere niveaus (zoals per groep, locatie, sector, instelling totaal).

12. Instellingsspecifieke eisen

De Collectieve eisen zoals geformuleerd zijn van toepassing op alle instellingen in de GZ-sector. Indien een instelling besluit een bepaald deel van het primaire proces te laten ondersteunen door een ECD, dan zijn de bijbehorende eisen van toepassing.

Een instelling dient vervolgens te bepalen welke aanvullende eisen gelden voor het ECD. In dit hoofdstuk worden op een aantal gebieden mogelijke aanvullende eisen gegeven.

17.1. Gebruikersvriendelijkheid

Gebruikersvriendelijkheid of gebruikersgemak is juist iets dat instellingsspecifiek is. Er is een aantal criteria die de gebruikersvriendelijkheid van een automatiseringstoepassing definiëren. Een instelling moet bepalen wat het best bij hen aansluit. Hierbij kan eventueel onderscheid gemaakt worden naar verschillende gebruikersgroepen; het is applicatie/leveranciers specifiek of er aan de eisen tegemoet kan worden gekomen.

Aantal klikken

Het aantal klikken met de muis of via toetsencombinaties (gemiddeld en maximaal) dat een gebruiker moet doen om bij de benodigde informatie te komen. Denk hierbij ook aan de “diepte” van de lijsten (scrollen).

Aantal schermen

Het aantal schermen (gemiddeld en maximaal) dat een gebruiker moet raadplegen om een informatievraag of een invoeropdracht te voltooien. Hierbij moet worden opgemerkt dat “gering aantal schermen” niet altijd het beste bij een instelling past; dit zou kunnen betekenen dat erg volle schermen nodig zijn om in een “gering aantal schermen” de informatie vraag of invoeropdracht te voltooien.

Muis of toetsen

Navigatie door de verschillende onderdelen van de applicatie gebeurt meer met behulp van de muis of meer met behulp van functietoetsen.

Intuïtief (Icoontjes, scherm aanraken, kleuren, geluid)

De mate van intuïtiviteit van de applicatie kan worden aangegeven door het gebruik van icoontjes, kleuren en geluid ten opzicht van tekst om te communiceren met de gebruiker. En de mogelijkheid tot aanraken van scherm om keuzes te maken en invoeropdrachten te voltooien.

Leesbaarheid

Zaken als lettergrootte, contrast en kleur bepalen de leesbaarheid. Hierbij kunnen de eisen verschillen per gebruikersgroep.

Performance

Hoe lang duurt het totdat je opgevraagde gegevens kunt zien en hoe lang duurt het totdat je gegevens kunt wijzigen en vervolgens weer kunt bewaren (en een volgende opvraag of invoer actie kunt uitvoeren). Hierbij moet ook de performance bekeken worden als er meerdere sessie (meerdere medewerkers ingelogd in ECD op hetzelfde moment, zoals bijvoorbeeld op de PC op de zusterspost) open staan.

17.2. Apparaat

De apparaten waarop de applicatie moet kunnen werken, kunnen zeer divers zijn (PC, laptop, PDA, telefoon). De instelling moet bepalen voor welke gebruikersgroepen welke apparaten het meest geschikt zijn.

Het bedieningsgemak en schermgrootte dienen te worden meegenomen in deze afweging. Een kleiner apparaat (bijvoorbeeld PDA) is eenvoudiger mee te nemen van de ene locatie naar de andere, maar heeft beperkingen ten aanzien van de informatie die zichtbaar is en kan worden ingevoerd en het bedieningsgemak (bijvoorbeeld ontbreken muis en klein toetsenbord).

Bij het formuleren van eisen ten aanzien van de apparaten, moet ook bepaald worden wat geen directe interactie met het systeem vereist. Voor sommige activiteiten is informatie raadpleging en/of registratie mogelijk via papier (bijvoorbeeld uitgeprinte cliënttevredenheidsenquête met pen invullen op de bank bij cliënt en gegevens later invoeren).

17.3. Mobiliteit

Sterk verbonden aan het soort apparaat is de mobiliteit. Een instelling moet per gebruikersgroep bepalen welke mobiliteit (waar moet de applicatie beschikbaar zijn) vereist is. Hierbij moet goed gekeken worden naar wat de medewerker daadwerkelijk ter plekke doet.

Voor een juiste werking van elke ECD-applicatie is (meestal ook real-time) synchronisatie van gegevens vereist. Hiervoor moet verbinding zijn via een netwerk. Dit kan een vast (kabels) netwerk of een draadloos netwerk zijn. Natuurlijk is ook een combinatie mogelijk.

Een vaste netwerk kan (gedeeltelijk) via het openbare netwerk lopen of geheel intern zijn. Ook een draadloos netwerk kan (gedeeltelijk) via het openbare netwerk lopen via UMTS (Universal Mobile Telecommunications Systeem).

Een verbinding vanuit een publieke locatie (draadloos of via vaste verbinding) kan via een web browser of via een VPN (Virtual Private Network).

17.4. Officesuite

Een ECD-applicatie is vaak geen applicatie op zich en zal informatie uitwisselen met andere specifieke applicaties (bijvoorbeeld financieel pakket, personeelspakket) en kantoor automatisering (bijvoorbeeld email). Het belang van de aansluiting en eventueel integratie van de ECD-applicatie met een Officesuite (zoals MS Office) moet worden overwogen.

In elke omgeving (zo ook bij Windows van Microsoft) moet eerst als gebruiker worden ingelogd in deze omgeving en vervolgens in de verschillende applicaties. Een veel toegepaste wijze van inloggen op de omgeving en vervolgens verschillende applicaties (om het gebruikersgemak) is het "single sign-on" principe. Het kan bij instellingen voorkomen dat meerdere medewerkers gebruik maken van hetzelfde apparaat (bijvoorbeeld PC op zusterspost). Voor dit apparaat (de omgeving) is vaak een inloglicentie aanwezig. Voor het juiste gebruik van de ECD-applicatie (autorisatie) is vaak een individuele inloglicentie per medewerker nodig. Bij de afweging van het toepassen van single sign-on moet eventuele additionele aanschaf van omgevingslicenties worden meegenomen.

17.5. Aanvullende rapportage

Naast de collectieve eis van een aantal Standaardrapportages (zie hoofdstukken 8, 9 en 10), moet een instelling overwegen of aanvullende rapportages door de leverancier moeten worden gebouwd (maatwerkrapportages) of dat de voorkeur is om dit zelf te kunnen (zelfbouwrapportages). Ten aanzien van het rapporteren moet worden bepaald of dit in de ECD-applicatie moet kunnen of dat juist de rapportage buiten het ECD (report generator in sommige gevallen met behulp van een data warehouse) gedaan moet worden.

17.6. Training en opleiding

Naast de inrichting van het ECD is ook de introductie bij de gebruikers van belang. Training en opleiding kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Dit heft zowel betrekking op de vorm (bijvoorbeeld training door leverancier of door eigen mensen) en het materiaal (standaard van leverancier of instelling specifiek).

17.7. Communicatie en koppelingen benoemen

In hoofdstuk 5.8 worden mogelijke communicatie en koppelingen voor gegevensuitwisseling genoemd. Voor het duidelijk en volledig formuleren dienen de daadwerkelijke applicaties (en versies) te worden benoemd. Tevens dient te worden aangegeven of het hier gaat om een periodieke uitwisseling of een real-time koppeling. Naast het benoemen van de specifieke applicatie en de versie van de applicatie, moet ook worden aangegeven welke data-elementen moeten worden uitgewisseld en of het gaat om eenrichtingsverkeer of dat het twee kanten op moet gaan (Van ECD-applicatie naar secundaire applicatie en van secundaire applicatie naar ECD-applicatie).

17.8. Conversie

Ook als het gaat om een eenmalige conversie van gegevens (bijvoorbeeld van de oude ECD-applicatie naar de nieuwe) moet expliciet worden aangegeven om welke applicaties (en versies) het gaat en welke data-elementen moeten worden uitgewisseld. Bij conversie is de vervuiling van de te converteren data een belangrijk punt; wordt de data opgeschoond voor of na de conversie?

17.9. Details registratie geleverde zorg

In hoofdstuk 6.5 wordt de eis aangegeven dat het mogelijk moet zijn om in de agenda geleverde zorg te registreren. Het registreren van geleverde zorg kan op verschillende manieren en de instelling dient de keuze te maken. Wel is het raadzaam om een verdergaande wijze van registratie voor de toekomst niet uit te sluiten. Mogelijke wijzen van registratie in toenemend in mate van detail zijn:

- Niet registreren
- Steekproefsgewijs
- Aan-/afwezigheid registreren
- In blokken (bijvoorbeeld middag, eten)
- In specifieke tijdseenheden (van bijvoorbeeld uur tot minuten)

Natuurlijk kan ook een combinatie een eis zijn.

17.10. Mate van werkstroombesturing

Op een aantal specifieke plaatsen is als collectieve eis werkstroombesturing opgenomen in de voorgaande hoofdstukken. Het gaat hier om besturing van werkstromen die volgen uit wettelijke kaders. Ook op andere (niet-wettelijk verplichte werkstromen) is werkstroombesturing mogelijk. Een

instelling dient na te gaan waar verdergaande werkstroombesturing volgens instellingsspecifieke richtlijnen vereist of gewenst is. Bij werkstroombesturing zijn 3 niveaus te onderscheiden:

1. Geen signalering
2. Signalering dat een vervolgactie moet worden gedaan (bijvoorbeeld: na registratie incident, geeft ECD aan dat de MIC-commissie moet worden ingelicht)
3. Het “uitvoeren” van een vervolgactie (bijvoorbeeld: na registratie incident wordt automatisch het incident op de agenda van de MIC gezet en krijgt de voorzitter een bericht)

De instelling moet besluiten op welke onderdelen, welk niveau van werkstroom zij de besturing wil inrichten.

12.10. Pionier of bewezen

De functionaliteit zoals beschreven in dit Collectieve PvE zal niet direct na de publicatie van de definitieve versie door elke leverancier geleverd kunnen worden in hun huidige versie en daarom ook niet in werkende vorm beschikbaar zijn bij instellingen. En ook op termijn –er vanuit gaande dat de leveranciers hun productontwikkeling afstemmen op de door de markt uitgesproken collectieve eisen- zullen instellingsspecifieke eisen niet altijd direct in huidige versies en werkend bij andere instellingen beschikbaar zijn. Een instelling dient de keuze te maken of ze voorop willen lopen met nieuwe functionaliteit of dat het bewezen functionaliteit moet zijn.

12.11. Best of breed of ERP⁵⁰

Zoals eerder aangegeven kan de ECD-functionaliteit worden ingevuld door een of meerdere applicaties. Indien deze applicaties van meer dan een leverancier worden betrokken, wordt van een “best of breed” oplossing gesproken. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het koppelen van de verschillende onderdelen. Ook een ERP-toepassing bestaat uit verschillende onderdelen en ook hier blijft integratie een aandachtspunt. Een belangrijk aandachtspunt bij een ERP-oplossing is, of de oplossing op de onderdelen die voor de instelling het belangrijkste zijn, ook een juiste invulling aan de eisen geeft.

12.12. Een sector of multisectoraal

Indien de instelling in meerdere sectoren actief is (GZ, VV&T en GGZ) en dit wil ondersteunen vanuit een ECD-applicatie, moet de aansluiting op andere sectoren (voorkant met verschillende indicatie verstreckende instellingen en informatie aanleverende organisaties; achterkant aan verantwoording organen) worden gewaarborgd.

⁵⁰ Enterprise Resource Planning

Bijlage A: Voorbeeld onderwerpen voor discipline dossiers

Voorbeelden vanuit AVG discipline

Een aantal van deze onderwerpen is wellicht ook relevant voor een andere discipline. De volgende data-elementen moeten als richtinggevend –naast de data die in het onderliggend HIS via een link met ECD (zie hoofdstuk 4.3)- kunnen worden vastgelegd in het ECD. In zwart de onderwerpen waarop het betrekking heeft, in het rood hetgeen praktisch in het ECD zou moeten:

- Niveau van functioneren vast kunnen leggen.
- De oorzaken van de verstandelijke handicap en het onderzoek daarnaar, de preventie, opsporing, behandeling en begeleiding van medische problematiek hieraan gerelateerd; **Healthwatch's**
- Syndromen en syndroomgerelateerde medische problematiek (preventie, opsporing, behandeling en begeleiding); **Healthwatch's**
- Gedragsproblematiek, autisme, psychiatrische stoornissen (preventie, opsporing, behandeling en begeleiding); **mogelijkheden om schalen bij te houden.**
- Communicatieve problemen (opsporing, behandeling, begeleiding, hulpmiddelen);
- Epilepsie (herkenning, begeleiding en behandeling) en andere neurologische stoornissen; **Overzichten aanvalsfrequentie**
- Medische problematiek van cliënten met ernstige meervoudige (complexe) stoornissen, zoals spasticiteit en (preventie, behandeling en begeleiding van) daaraan gerelateerde problemen, zoals mobiliteitsstoornissen, contracturen en luxaties, eet- en drinkproblemen, luchtweginfecties, refluxziekte en obstipatie; **fysiotherapeutische schalen; pijnschalen; ontlastingskalender**
- Motorische en neurologische stoornissen (opsporing, behandeling, begeleiding, hulpmiddelen); **Schalen om motorische stoornissen te kunnen vervolgen; lijsten om hulpmiddelen bij te houden/aan te vragen**
- Opsporing, behandeling en begeleiding van (specifieke) verouderingsproblematiek, inclusief behandeling en begeleiding in de laatste levensfase van mensen met een verstandelijke handicap; **Allerlei dementie en andere schalen**
- Preventieve geneeskunde bij mensen met een verstandelijke handicap, onder meer d.m.v. etiologie-gerelateerde programma's voor gezondheidsbewaking (**health watch**);
- Vaccinatieadviezen, infectiepreventie en hygiëneaspecten; **screening en monitoring, mogelijkheden tot vastleggen hiervan.**
- Opsporing, behandeling en begeleiding van visus- en gehoorstoornissen; **Registratie monitoring van de gevonden stoornissen**
- Advisering over of uitvoering van medicamenteuze ondersteuning bij onderzoeken en behandelingen, die door de cliënt als bedreigend worden ervaren (bijvoorbeeld de tandarts); **registratie en monitoring hiervan**
- Opsporing, behandeling en begeleiding van voedingsproblematiek, eetproblemen en slikstoornissen; **bij kunnen houden gewichts- en voedingslijsten**
- Opsporing, behandeling en begeleiding van slaapstoornissen;
- Begeleiding bij anticonceptie en opsporing, behandeling en begeleiding van seksualiteitsproblematiek en seksueel misbruik; **menstruatiekalender**
- Behandeling en begeleiding van mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).
- Tandartsbezoeken (of zit die al in het ECD?)
- **Registratie chronisch medicatie**

Voorbeelden vanuit gedragskundige discipline

Een aantal van deze onderwerpen is wellicht ook relevant voor een andere discipline:

- ABVK: (Korte)Amsterdamse Biografische vragenlijst voor kinderen.
- ADVZ: Aangepaste dementievragenlijst(voor diep en ernstig verstandelijk gehandicapt) deze vragenlijst sluit beter aan op lage nivo's dan de DVZ.
- AVL: ADHD Vragenlijst die de gedragssymptomen meet van de ADHD problematiek bij kinderen van 4 - 18 jaar
- AVZ-R: Autisme- en verwante stoornissen schaal.
- BSID I: Een test voor kinderen van 0 ;1-3 ;6 jaar die de motorische en mentale ontwikkeling meet.
- CBSK: Competentieschaal voor kinderen
- CPG: Checklist pijngedrag.
- DISCD 1: Diagnostisch interview deel één voor sociale en communicatieve stoornissen.
- DISCD 2: Diagnostisch interview deel twee voor sociale en communicatieve stoornissen.
- DSDS: Dementieschaal voor Downsyndroom.
- DVZ: Dementievragenlijst voor verstandelijk gehandicapten. Observatieschaal die naast cognitieve achteruitgang ook functionele achteruitgang door niet cognitieve zaken meet.
- DVZ: handleiding
- ESSEON: Experimentele schaal voor de beoordeling van het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau.
- GIP: Gedragsobservatieschaal voor intramurale psychogeriatric.
- GTI : Gedrag taxatie instrument geeft een beeld van de mogelijkheden van de cliënt met EMB op verschillende aspecten.
- HBS-H: Hoensbroeckse beperkingenschaal hersenletsel.
- Hechting: Vragenlijst met betrekking tot sociaal emotionele ontwikkeling met name gericht op de hechting
- IPZ: Inventarisatie persoonsbeeld en zorg. Gegevensverzameling van de ontwikkeling en situatie van een persoon tot dan toe
- MAS: Vragenlijst die situaties tracht vast te stellen, waarin een persoon zich met een zekere waarschijnlijkheid op een bepaalde manier zal gedragen.
- Neto: Neuropsychologische testserie voor oudere licht verstandelijk gehandicapten.
- NPV-J: Nederlandse personenvragenlijst.. Voor kinderen van 9-15 jaar
- OOB: Observatielijst ouder wordende bewoner. Opmerken van veranderingen in het ouderdomsproces.
- PMT-K-83: Vragenlijst Een prestatie-motivatietest voor kinderen.
- REISS-kinderen: Invullijst + handleiding(kopie) voor kinderen met een verstandelijke handicap van 4- 21 jaar om te beoordelen of een psychiatrisch symptoom recentelijk geen probleem, een probleem of een groot probleem is in het leven van een kind.
- REISS-volwassenen: Invullijst + handleiding voor mensen van 12 jaar en ouder.
- SEO: Sociaal Emotionele ontwikkelingslijst. Vragen lijst over de emotionele ontwikkeling van 0- 11jaar.)
- SGZ/SMZ: SGZ is voor meten ongewenst gedrag en de SMZ voor motorische ontwikkeling.
- Signaalijst Depressie voor zwakzinnigen: Vragenlijst (kopie)voor het snel opsporen van mensen met een depressie
- SON-R 2½-7 : Non-verbale intelligentietest met leeftijdsbereik van 2-7;11jaar.

- SON-R 5½-17: Non verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 5-17;6 jaar
- SRK: Sociale redzaamheidsschaal voor kinderdagverblijf bezoekers. Van 3-6jaar.
- SRZ/SRZ-I: Deze schaal meet de mate van zelfstandigheid.
- SRZ-P: Ook deze schaal meet de mate van zelfstandigheid op een hoger niveau.
- TVZ: Temperamentschaal voor zwakzinnigen.
- UCL: Utrechtse copinglijst.
- VABS: Expanded versie van de Vineland. Aan de hand van een interview het bepalen van ontwikkelingsniveau / sociale redzaamheid bij kinderen met een verstandelijke beperking
Leeftijdsbereik 0;1- 18;11jaar
- VAK: Vragenlijst voor angst bij kinderen
- Vineland-Z: Survey versie, genormeerd voor mensen met een verstandelijke beperking.
Ontwikkelingsniveau.
- VPF: invullijst functie probleemgedrag
- WAIS III: Verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 16-85 jaar
- WISC III: Verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 6-17 jaar
- ZALC: Dit is een zinaanvullijst Curium voor leeftijdsbereik van 8 tot 25 jaar. (sociaal emotioneel niveau)