



Handboek zorgleefplan en ECD

[Klik hier](#) voor de bijbehorende **werkinstructie**.

Leeswijzer

Boven enkele alinea's staat aangegeven dat de tekst specifiek voor het verpleeghuis of specifiek voor het woonzorgcentrum is bedoeld.

Waar staat 'de cliënt' zal in veel gevallen moeten worden gelezen 'de vertegenwoordiger van de cliënt'.

1. Doel van het handboek zorgleefplan en ECD

Zorggroep Rijnmond kiest ervoor te werken met het landelijk ontwikkelde model zorgleefplan. Zorggroep Rijnmond kiest er ook voor om het werken met het zorgleefplan te faciliteren in een Elektronisch Cliënt Dossier. Dit handboek is de praktische wegwijzer om met het zorgleefplan in het ECD te gaan werken. Beschreven wordt wat een zorgleefplan is en hoe medewerkers op zodanige wijze met het ECD kunnen werken dat ze zorg leveren die voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg.

Uitgangspunt bij het werken met het zorgleefplan in het ECD is de door Zorggroep Rijnmond vastgestelde 'visie op werken met het zorgleefplan'.

2. Het waarom van een zorgdossier, een zorgplan en een zorgleefplan

Het zorgdossier is het hulpmiddel om de zorg van een cliënt, zoals die door de betrokken zorgverleners gezamenlijk en individueel wordt verleend, te plannen en op elkaar af te stemmen. Het is het centrale verzamelpunt van alle relevante multidisciplinaire cliëntinformatie. Doel hierbij is dat de cliënt integrale zorg ervaart. Tevens geeft het zorgdossier een beeld van de zorgverlening zoals die op dat moment verleend wordt. In het zorgdossier is alle relevante informatie over de cliënt, de zorg en de behandeling terug te vinden en alle relevante medische informatie. In het zorgdossier wordt, al dan niet dagelijks, gerapporteerd over de voortgang van de (on)geplande en verleende zorg. In Zorggroep Rijnmond wordt gewerkt met een Elektronisch Cliënt Dossier (ECD). Dit is een integraal dossier voor alle disciplines.

In dit handboek is beschreven welke informatie van alle disciplines in het ECD kan worden genoteerd. Omdat het werken met een ECD een tamelijk nieuwe ontwikkeling is, is het helaas zo dat op dit moment nog niet alle informatie in het ECD kan worden opgenomen. De informatie die niet in het ECD past wordt bewaard in papieren dossiers, per discipline (zie ook paragraaf 10.2).

De landelijk ontwikkelde vier domeinen van het leven van een cliënt (zoals beschreven in hoofdstuk 3 en 7) zijn leidend bij de inrichting van het zorgdossier.

We willen 'zorg op maat' geven aan elke cliënt. Dat kan alleen als we systematisch en doelgericht gegevens verzamelen over de toestand van de cliënt en over de noodzakelijke en gewenste verzorging, begeleiding en verpleging en (medische) behandeling. In overleg met de cliënt worden afspraken gemaakt over de te bieden zorg en activiteiten. Dit wordt vastgelegd in een zorgplan.

Zo kan de zorg geëvalueerd en bijgesteld worden. Door het vastleggen van de afspraken in het zorgplan is elke medewerker die direct betrokken is bij de zorg- en dienstverlening op de hoogte en kan de cliënt die zorg krijgen die hij wenst en nodig heeft. In het zorgplan zijn de doelen opgenomen, gebaseerd op zorgvragen van de cliënt. Bij het opstellen van het zorgplan is de zorgvraag van de cliënt leidend maar spelen opnamedoel en ZZP wel een kaderstellende rol.

Het zorgleefplan is breder dan het zorgplan. Om te komen tot een zorgplan is het nodig de wensen en behoeften van de cliënt te inventariseren, op basis van de vier domeinen. De beschrijving van deze inventarisatie geeft een zo compleet mogelijk beeld van wie en hoe de cliënt is. Deze beschrijving is onderdeel van het zorgleefplan. Op basis van het zorgplan en het arrangement¹ van de cliënt wordt een cliëntagenda gemaakt. Deze cliëntagenda vormt samen met het zorgplan en de beschreven inventarisatie van de vier domeinen het zorgleefplan.

Zie ook de 'visie op werken met het zorgleefplan' voor definiëring van zorgdossier, zorgplan, zorgleefplan en cliëntagenda.

3. Domeinen van kwaliteit van leven

Uitgangspunt bij de zorgverlening is om daar waar kan 'het gewone' mogelijk te maken voor de cliënt: het dagelijks leven zoals hij of zij het gewend is, en het graag heeft. Die gewone dingen zijn heel persoonlijk en kunnen voor iedere cliënt anders zijn. Wat voor de cliënt gewoon is, is dus tegelijkertijd bijzonder: individueel aangepaste zorg op grond van persoonlijke behoeften en voorkeuren. Maar ook gezondheidsrisico's en aandoeningen kunnen leiden tot bijzondere zorg in het dagelijks leven van de cliënt.

Bij een oriëntatie op het gewone en toch specifieke eigen leven van de cliënt passen de vier domeinen van kwaliteit van leven. Bij verantwoorde zorg is er op een evenwichtige manier aandacht voor elk van deze domeinen. Per domein is, landelijk, de volgende norm afgesproken.

- Woon-/leefomstandigheden
De cliënt mag rekenen op woonruimte waarin hij/zij zich thuis kan voelen en waar hij/zij veilig is.
- Participatie
De cliënt mag rekenen op aantrekkelijke mogelijkheden voor dagbesteding waarmee hij/zij invulling kan geven aan persoonlijke interesses, hobby's, ontmoeting en een sociaal leven met eigen familie, vrienden en kennissen en contact kan houden met de samenleving.
- Mentaal welbevinden / autonomie
De cliënt mag rekenen op respect voor en ondersteuning van de eigen identiteit en levensinvulling.
- Lichamelijk welbevinden / gezondheid
De cliënt mag rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering, een schoon en verzorgd lichaam en smakelijke maaltijden, hapjes en drankjes.

De vraag is steeds: wat zijn binnen een domein de onderwerpen die voor deze cliënt belangrijk zijn gezien de persoon die hij/zij is en het leven dat hij/zij graag wil leiden, gezien de mogelijkheden en beperkingen van zijn/haar gezondheidssituatie.

Samengevat: zorg die de bestaanskwaliteit van de cliënt ondersteunt begint dus bij het gewone en zoomt alleen wanneer dat nodig is in op het bijzondere, het afwijkende - niet omgekeerd.

De eerste oriëntatie is op persoonlijke dagelijkse behoeften en mogelijkheden. Eventuele gezondheidsproblemen worden in dát kader gezien - niet omgekeerd.

Dat vereist dat zorgverleners in de gelegenheid zijn om de cliënt te leren kennen en in staat zijn om gezondheidsrisico's en -problemen te signaleren en ernaar te handelen.

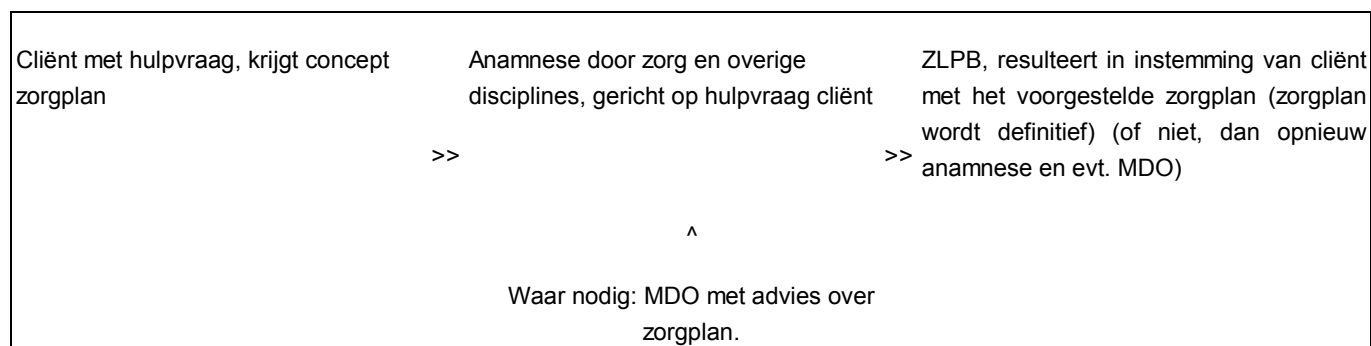
Bij de inventarisatie van de vier domeinen is het belangrijk het opnamedoel en het ZZP in het oog te houden. Op grond van deze inventarisatie worden namelijk afspraken gemaakt met de cliënt en opnamedoel en ZZP zijn kaderstellend voor de zorg die wordt geboden.

4. Cyclisch werken met het zorgplan

Zodra de cliënt wordt opgenomen wordt binnen 2 dagen een concept zorgplan opgesteld, op basis van de uit de opnamegesprekken beschikbare gegevens.

Binnen uiterlijk 6 weken wordt een definitief zorgplan vastgesteld door cliënt, EVV (en in het verpleeghuis de specialist ouderengeneeskunde). Dit zorgplan wordt regelmatig geëvalueerd, gebruikmakend van twee overlegvormen: de zorgleefplanbespreking (ZLPB) en waar nodig het multidisciplinair overleg (zie hoofdstuk 6).

Het opstellen van het zorgplan in schema:



NB: in het woonzorgcentrum zal de anamnese vooral door de zorgmedewerkers gebeuren, in afstemming met de huisarts. Overige disciplines spelen in het woonzorgcentrum voor de cliënten met een laag ZZP geen rol. Voor woonzorgcentrumcliënten met ZZP groter of gelijk aan 3 zijn de specialist ouderengeneeskunde en overige disciplines betrokken ter ondersteuning van de zorgmedewerkers. Na verwijzing van de huisarts kan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en overige disciplines worden uitgebreid.

Het werken met een zorgplan is een continue cyclus die bestaat uit een aantal stappen:

- Observeren / anamnese op alle 4 domeinen;
- Vaststellen van zorgvragen;
- Vaststellen van doelen;
- Vaststellen en uitvoeren van acties;
- Evaluatie voorgaande stappen;
- Waar nodig bijstellen van de zorgvragen, zorgdoelen en acties.

5. Multidisciplinaire zorg

5.1 Specifiek voor het verpleeghuis

In het verpleeghuis is een multidisciplinair team betrokken bij de zorg voor de cliënt. De kern van dit team wordt gevormd door de EVV en de specialist ouderengeneeskunde. Zij hebben hierbij de volgende verantwoordelijkheidsverdeling: de EVV voert de regie over het zorgproces, de specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de inhoud van het zorgplan en de zorginhoud. Dit team van EVV en SOG wordt al naar gelang de zorgvraag en ZZP van de cliënt aangevuld met fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker, logopedist, geestelijk verzorger, diëtist en activiteitenbegeleider.

Doel van dit brede team is het uitwisselen van diagnostische bevindingen en aan de hand daarvan adviseren rondom de mogelijkheden tot behandeling. Gerelateerd aan de wensen van die cliënt wordt vervolgens een zorgplan opgesteld dat

meerdimensionaal kijkt en interdisciplinair uitgevoerd wordt, dat wil zeggen dat door alle disciplines aan meerdere doelen in de diverse aandachtsgebieden gewerkt wordt.

Multidisciplinair werken houdt in dat medewerkers van de verschillende disciplines met elkaar in een zorgplan vastleggen wat de situatie, verwachtingen en mogelijkheden van deze cliënt zijn, welke zorgvragen die cliënt heeft, aan welke doelen gewerkt gaat worden en hoe en wanneer dat gaat gebeuren. De vragen van de cliënt staan hierbij centraal. Het multidisciplinaire zorgplan is richtinggevend voor het handelen van alle afzonderlijke disciplines. Doordat de medewerkers verder kijken dan hun eigen vakgebied vullen de verschillende disciplines elkaar optimaal aan.

5.2. Specifiek voor het woonzorgcentrum

In het woonzorgcentrum zijn het de EVV, en vaak ook de teamleider en de activiteitenbegeleider die samen met de cliënt vorm geven aan het zorgplan. In de woonzorgcentra draagt ook de huisarts bij aan de inhoud van het zorgplan. In visites en telefonisch contact levert de huisarts zijn bijdrage aan het zorgleefplan. Voor cliënten vanaf ZZP 3 is een beperkte inzet van specialist ouderengeneeskunde en overige disciplines mogelijk, ter ondersteuning van de medewerkers. Op verwijzing van de huisarts kan deze inzet worden uitgebreid.

De EVV is hierbij de regisseur van het proces, zij onderhoudt contact met de cliënt en de huisarts en voor de cliënten met ZZP 3 en hoger de specialist ouderengeneeskunde en overige disciplines.

6. Overlegvormen

6.1. Zorgleefplanbespreking (ZLPB)

Specifiek voor het verpleeghuis

Doel van de zorgleefplanbespreking: het opstellen en evalueren van het individuele, multidisciplinaire zorgplan, de cliëntagenda en de inventarisatie van de 4 domeinen en het verkrijgen van de instemming van de cliënt met het zorgplan om te komen tot optimaal afgestemde zorgverlening.

Cliënt, EVV en arts stellen samen het zorgplan op. De cliënt is bij voorkeur hierbij zelf aanwezig. Als dit niet mogelijk is heeft de EVV de cliënt kort tevoren gesproken en doen EVV en arts een voorstel voor een zorgplan. Naar keuze van de locaties kunnen ook enkele betrokken leden van het multidisciplinaire team bij de zorgleefplanbespreking aanwezig zijn. De cliënt stemt in met het zorgplan door voor akkoord te tekenen op het daartoe bestemde formulier in het papieren zorgdossier. De EVV gebruikt de knop 'toestemming zorgplan' om ook in het ECD het akkoord met het zorgplan te registreren[2]. Voordat de cliënt ondertekent vergewist de EVV zich ervan dat de cliënt volledig op de hoogte is van de in het zorgplan geformuleerde doelen en acties.

NB: een zorgleefplanbespreking hoeft geen groots en langdurig gesprek te zijn. Elk gesprek tussen cliënt, EVV en/of arts waarin het zorgleefplan aan de orde komt kan gezien worden als een zorgleefplanbespreking. Bijvoorbeeld ook een artsensite of een familiegesprek. Belangrijk is wel dat de cliënt zich ervan bewust is dat hij inspraak heeft in zijn zorgleefplan en dat hij ermee akkoord moet gaan. Bij BOPZ-clieñten is wel een minimale eis dat de cliëntvertegenwoordiger en de specialist ouderengeneeskunde elkaar minimaal 2x per jaar spreken over de cliënt.

Termijnen:

- Langdurig verblijvende cliënten: minimaal 2x per jaar evaluatie en (opnieuw) opstellen van het zorgplan.
- Kortdurend verblijvende cliënten: minimaal 2x gedurende het verblijf evaluatie en (opnieuw) opstellen van het zorgplan.
- BOPZ-clieñten: minimaal 4x per jaar evaluatie en (opnieuw) opstellen van het zorgplan door specialist

ouderengeneeskunde en EVV, waarvan minimaal 2x per jaar in aanwezigheid van de cliëntvertegenwoordiger.

Altijd geldt: het zorgplan wordt bijgesteld als dit nodig is op grond van de zorgvraag van de cliënt (dit kan bijvoorbeeld blijken uit het herhaald rapporteren van een bepaald probleem waarvoor nog geen (passend) zorgdoel bestaat). Voor het bijstellen van het zorgplan is steeds een zorgleefplanbespreking met de cliënt nodig. Bij een gewijzigd zorgplan (ook als het slechts één zorgprobleem betreft) moet het akkoord van de cliënt met dit nieuwe zorgplan opnieuw geregistreerd worden.

Specifiek voor het woonzorgcentrum

Cliënt, EVV en eventueel de teamleider stellen samen het zorgplan op. De cliënt is hierbij zelf aanwezig. Als dit niet mogelijk is heeft de EVV de cliënt kort tevoren gesproken en doen EVV en teamleider een voorstel voor een zorgplan. De cliënt stemt in met het zorgplan door voor akkoord te tekenen op het daartoe bestemde formulier in het zorgdossier. De EVV gebruikt de knop 'toestemming zorgplan' om ook in het ECD het akkoord met het zorgplan te registreren. Voordat de cliënt ondertekent vergewist de EVV zich ervan dat de cliënt volledig op de hoogte is van de in het zorgplan geformuleerde doelen en acties. Voordat de cliënt ondertekent vergewist de EVV zich ervan dat de cliënt volledig op de hoogte is van de in het zorgplan geformuleerde doelen en acties.

Termijn:

- Minimaal 2x per jaar evaluatie en opnieuw vaststellen van het zorgplan.

Er is een 'voorbereidingsformulier zorgleefplanbespreking' beschikbaar (wordt aan gewerkt) dat zowel in het verpleeghuis als in het woonzorgcentrum gebruikt wordt.

6.1.1. Voorbereiden en uitwerken van de zorgleefplanbespreking

Specifiek voor het verpleeghuis

De EVV onderzoekt hoe het staat met de voortgang van de in het zorgplan benoemde doelen. Hij/zij gaat hiervoor ook te rade bij leden van het multidisciplinaire team en in de rapportage over de afgelopen periode. Op basis hiervan wordt een voorstel voor een (gewijzigd) zorgplan opgesteld.

Na de zorgleefplanbespreking verwerkt de EVV het besprokene in een volledig zorgplan.

Specifiek voor het woonzorgcentrum

De EVV onderzoekt hoe het staat met de voortgang van de in het zorgplan benoemde doelen. Hij/zij gaat hiervoor ook te rade bij collega's (en, voorzover betrokken, bij de leden van het multidisciplinaire team) en vanzelfsprekend in de rapportage over de afgelopen periode. Op basis hiervan wordt een voorstel voor een zorgplan opgesteld.

Na de zorgleefplanbespreking verwerkt de EVV het besprokene in een volledig zorgplan.

6.2. Multidisciplinair overleg (MDO)

Specifiek voor het verpleeghuis en woonzorgcentrumcliënten vanaf ZZP 3 waarbij SOG en overige disciplines betrokken zijn

Het multidisciplinair overleg (MDO) is een regelmatig terugkerend overleg tussen alle bij een cliënt betrokken zorgverleners. Het MDO is de plek waarover complexe cliëntencasuïstiek kan worden gesproken. Het MDO biedt gelegenheid om inhoudelijk, als professionals, te spreken over het bevorderen van het welbevinden van individuele cliënten, uitgaande van wat binnen de 4 domeinen van het zorgleefplan belangrijk is voor deze cliënt. Deelnemers aan het MDO kunnen, vanuit hun professie, aan arts en EVV adviezen uitbrengen over in het zorgplan op te nemen doelen. Het MDO is niet zozeer een informeren van elkaar over het welbevinden van de cliënt (want dat kan iedereen zelf lezen in het ECD) maar veel meer een moment om met elkaar te spreken over de complexe zorgvragen van een cliënt en welke multidisciplinaire behandelwijzen hierbij mogelijk zijn. In het MDO wordt bevorderd dat alle vier domeinen van het zorgleefplan onder de aandacht zijn van de zorgverleners.

De teamleider heeft de regie over het MDO. Het is aan te bevelen het zorgplan tijdens het MDO middels een beamer voor alle deelnemers inzichtelijk te hebben.

MDO is een waardevol instrument in het bevorderen van multidisciplinaire zorg. Dit instrument moet efficiënt ingezet worden omdat de tijd die beschikbaar is voor zorg en behandeling beperkt wordt door het ZZP van de cliënt. Wees daarom kritisch in het uitnodigen van disciplines (alleen de bij de cliënt betrokken disciplines) en voor welke cliënten en met welke frequentie een MDO wordt gehouden.

Het kan voorkomen (bij chronische zorg) dat er in bepaalde periodes bij bepaalde cliënten geen complexe problematiek is. Het is dan niet nodig een MDO te houden over deze cliënt. MDO is niet verplicht vanuit landelijke regelgeving. Zorgleefplanbespreking wel.

6.2.1. Voorbereiden en uitwerken van het multidisciplinair overleg

De teamleider maakt een jaarplanning voor multidisciplinair overleg en maakt de data bekend aan de leden van het multidisciplinair team. Bij voorkeur bepaalt de teamleider 3 weken van te voren welke cliënten besproken worden in het multidisciplinair overleg en stelt zij de bij deze cliënten betrokken leden van het multidisciplinair team hiervan op de hoogte. In de periode voorafgaand aan het MDO heeft elk lid van het multidisciplinair team contact met de cliënt over zijn/haar hulpvraag en de voortgang van de zorg en/of behandeling. De EVV gebruikt een 'voorbereidingsformulier MDO' (wordt aan gewerkt). Elke discipline bekijkt voorafgaand aan het MDO het zorgplan van de cliënt zodat hij bekend is met dit zorgplan.

De EVV verwerkt het in het MDO besprokene in het zorgplan of op andere plekken in het ECD (bv ADL, behandelafspraken). Dit doet zij bij voorkeur binnen 24 uur na het MDO. Wanneer het nodig is iets vast te leggen over de procesgang in het MDO schrijft de EVV dit bij 'doelgerichte rapportage - algemeen'. Dit is een korte beschrijving, met verwijzingen naar n.a.v. het MDO gedane wijzigingen in het ECD.

Uitzondering: voor BOPZ-clieñten geldt de eis dat het zorgplan 4x per jaar moet worden geëvalueerd en opnieuw bijgesteld. 2x per jaar gebeurt dit in de zorgleefplanbespreking. En 2x per jaar in een MDO. Van de MDO-bespreking over BOPZ-clieñten moet een verslag gemaakt worden in de knop 'toestemming zorgplan'.

Er is een 'voorbereidingsformulier multidisciplinair overleg' beschikbaar (wordt aan gewerkt) dat zowel in het verpleeghuis als in het woonzorgcentrum gebruikt wordt.

7. Werkwijze bij het opstellen van een zorgplan

Stap 1: Inventariseren vier domeinen

De EVV en andere disciplines inventariseren de wensen en behoeften van de cliënt op de 4 domeinen. Voor een 1e conceptzorgplan, bij een nieuwe cliënt, gebruikt de EVV de gegevens uit het formulier 'opnamegesprek'. In een later stadium gebruikt de EVV de formulieren 'voorbereiding zorgleefplanbespreking' en (als MDO nodig is) 'voorbereiding MDO'. In deze formulieren zijn ook de zogeheten 'gezondheidsrisico's' uit het model Zorgleefplan opgenomen. De EVV moet aan deze gezondheidsrisico's extra aandacht besteden d.m.v. uitvragen of observatie. De gegevens uit deze formulieren worden

genoteerd in de knop 'zorgdomeinen' in het ECD. Voor elke medewerker geldt dat het belangrijk is de informatie uit de zorgdomeinen te lezen voorafgaand aan zijn (kennismakings)gesprek met de cliënt. Het is de kunst de gegevens die anderen hebben verzameld te benutten voor je werk bij de cliënt. Dit werkt efficiënt doordat niet meerdere medewerkers dezelfde vragen stellen. En dat is natuurlijk ook veel prettiger voor de cliënt.

Vier zorgdomeinen

1. *Woon- en leefomstandigheden*

- Woonruimte en zich thuis voelen;
- Veiligheid;
- Dagritme;
- Bewegingsmogelijkheden, meubilair, gebruiksgemak.

2. *Participatie*

- Dagbesteding;
- Sociaal leven;
- Contact met samenleving.

3. *Mentaal welbevinden/autonomie*

- Eigen levensinvulling;
- Stemming;
- Respect;
- Identiteit.

4. *Lichamelijk welbevinden/gezondheid*

- Voeding;
- Schoon en verzorgd lichaam;
- Lichamelijke functies en mogelijkheden;
- Gezondheidsbevordering en bescherming.

Stap 2: formuleren van zorgvragen, doelen en acties

Tijdens het invullen van de knop 'zorgdomeinen' zal de EVV bij bepaalde onderwerpen van mening zijn dat het nodig is over dat onderwerp een zorgvraag te formuleren. Dan kan hij dat onderwerp alvast 'kopiëren' naar het zorgplan.

Soms is het lastig te bepalen wat wel en wat niet in het zorgplan moet worden opgenomen. Als richtlijn geldt hierbij:

In het zorgplan wordt het volgende opgenomen:

- Onderwerpen die tot een verhoogd gezondheidsrisico leiden en/of vragen om gericht behandelbeleid;
- Onderwerpen waarop je een doel stelt om tot een afgesproken niveau te komen. Zodra dit niveau is bereikt of de ontwikkeling is gestabiliseerd kan het doel worden afgesloten.

Een andere richtlijn is je afvragen of de zorgvraag samenhangt met één van onderstaande doelen:

- Stimuleren vooruitgang;
- Stabiliseren huidig functioneren;
- Vertragen achteruitgang.

Deze richtlijn maakt duidelijk dat cliënten bij wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast (ook al is dat op eigen verzoek en/of op een niet-BOPZ-afdeling) dat hierover een zorgvraag moet worden opgenomen in het zorgplan.

Ook geldt dat als bepaalde doelen op enig moment routine zijn geworden dat die niet meer in het zorgplan hoeven blijven staan. Dit onderwerp kan dan in bijvoorbeeld de ADL-knop of de behandelafspraken voldoende geborgd worden. Uitzondering hierop zijn onderwerpen die tot een verhoogd gezondheidsrisico leiden en de vrijheidsbeperkende maatregelen. Die moeten altijd in het

zorgplan blijven staan.

De EVV gaat vervolgens een zorgplan opstellen. In het verpleeghuis hebben EVV en specialist ouderengeneeskunde overleg over het opstellen van het conceptzorgplan.

Omdat de EVV het zorgplan opstelt op basis van de bij de cliënt geïnventariseerde vier domeinen wordt gewaarborgd dat het de zorgvragen van de cliënt zijn die in het zorgplan terechtkomen.

Bij elke zorgvraag wordt een doel geformuleerd en acties. De EVV moet de doelen SMART formuleren.

Waar nodig kan de EVV het conceptzorgplan inbrengen in het MDO, voor inhoudelijk advies over complexe zorgvragen.

Toelichting bij SMART-zorgdoelen

Specifiek

Het is noodzakelijk dat het zorgdoel op maar één manier is uit te leggen. Het kan helpen de W-vragen hierbij te stellen.

Wat wil de cliënt bereiken?

Wie zijn erbij betrokken?

Waar gaat het gebeuren?

Waarom wil de cliënt het bereiken?

Meetbaar

Bij het doel wordt een moment in de tijd, of een te behalen of te meten norm genoemd. In het doel wordt een vergelijking gemaakt met de startsituatie.

Acceptabel

Het doel moet haalbaar zijn (vanuit de cliënt, de organisatie, financieel) en iedereen moet achter dit doel staan.

Realistisch

Het doel moet ook aansluiten bij de ambitie van de cliënt. Het is belangrijk dat de cliënt het doel zelf ook als gewenst resultaat ziet. Ook de organisatie moet het mogelijk maken het doel te behalen.

Tijd

Er wordt een datum en/of een periode aangegeven.

Stap 3: het vaststellen van het zorgplan

Het zorgplan wordt vastgesteld in de zorgleefplanbespreking met cliënt en EVV (en in het verpleeghuis) de specialist ouderengeneeskunde. Vervolgens maakt de EVV het zorgplan in het ECD 'definitief'. Zie voor het registreren van het akkoord met het zorgplan ook paragraaf 6.1.

8. Overdragen en rapporteren in het zorgdossier

8.1. Overdracht en gebruik van gegevens in het zorgdossier

Op meerdere momenten per dag vindt overdracht van cliëntinformatie plaats. Doel van de overdracht is dat de nieuwe ploeg medewerkers wordt geïnformeerd over actuele relevante taken door de ploeg medewerkers die zojuist de zorg heeft verleend. De belangrijkste zaken worden in de overdracht genoemd, waarbij wordt verwezen naar de rapportage. De medewerkers die aan hun dienst beginnen lezen de rapportages door.

8.2. Wat, waarom en hoe rapporteren?

Rapporteren is het systematisch vastleggen of overdragen van gegevens, verkregen uit observaties of gespreksinformatie. Soms is mondeling rapporteren nodig, bijvoorbeeld als de cliënt acuut ziek wordt en er snel actie ondernomen moet worden. Maar schriftelijke rapportage verdient meestal de voorkeur. Als iets opgeschreven staat, is het terug te lezen door alle betrokken medewerkers, op elke tijd in de toekomst. Rapporteren in het ECD doe je op basis van de doelen in het zorgplan. Wanneer het nodig is te rapporteren over een onderwerp waarvoor (nog) geen zorgvraag is geformuleerd kan gerapporteerd worden op de zorgvraag 'algemeen' die in de knop 'doelgerichte rapportage' voor elk zorgplan is opgenomen. Wanneer regelmatig wordt gerapporteerd op zorgvraag 'algemeen' is dit een signaal om te bedenken of wellicht herziening van het zorgplan nodig is zodat meer relevante zorgvragen toegevoegd kunnen worden. Naast de rapportage op zorgdoelen en algemeen kan er ook in het hoofdenrapport gerapporteerd worden. In het hoofdenrapport worden de belangrijkste ontwikkelingen rondom de cliënten genoteerd. Het hoofdenrapport wordt veelal gebruikt door arts of ANW-hoofd. Uiteraard geldt dat alle informatie eerst in de actiegerichte of algemene rapportage wordt gerapporteerd. De belangrijkste informatie daaruit moet vervolgens ook in het hoofdenrapport worden opgenomen.

8.2.1. Waarom is schriftelijk rapporteren belangrijk?

Het vastleggen van observatiegegevens en andere informatie maakt dat een collega van de volgende dienst weet wat er in de tussentijd is gebeurd en wat er is afgesproken. Zo kunnen de gemaakte afspraken worden nagekomen, kan de cliënt beter begeleid en opgevangen worden en wordt voorkomen dat er meermalen hetzelfde gevraagd wordt aan een cliënt of een handeling meermalen wordt uitgevoerd. Een doelgerichte rapportage geeft ook een goed beeld van de ontwikkeling van een cliënt over een langere periode.

Met andere woorden: een goede rapportage is belangrijk voor de continuïteit, de coördinatie en de kwaliteit van de zorg.

8.2.2. Richtlijnen bij de rapportage

- Geef alleen relevante informatie;
- Rapporteer waar mogelijk doelgericht, gekoppeld aan het betreffende zorgdoel in het zorgplan;
- Belangrijke zaken waarover (nog) geen zorgdoel is geformuleerd rapporteer je bij 'algemeen';
- Rapporteer over wat 'anders dan anders' is;
- Rapporteer over onveiligheid en incidenten;
- Houd daarbij rekening met de privacy van de cliënt. Iets wat hij jou in vertrouwen vertelt, hoort in principe niet in de rapportage thuis;
- Houd er rekening mee dat de cliënt recht heeft om zijn/haar zorgdossier in te zien. Kies je woorden dus met respect voor de cliënt, iets wat je eenmaal hebt gerapporteerd kun je niet meer verwijderen;
- Het verdient de voorkeur om direct na de zorgverlening te rapporteren, zie het rapporteren in ieder geval niet als sluitstuk wat aan het einde van de dienst nog 'even' moet gebeuren.

9. Screenen van een dossier

Alleen een bijgehouden dossier werkt zoals het moet: geeft de juiste informatie over de cliënt weer, het totale zorgproces en evaluaties.

Daarom dient van tijd tot tijd een dossier gescreend te worden. De zorgleefplanbespreking is een prima aanleiding om het gehele dossier weer eens door te nemen en te bezien op actualiteit. Kijk ook of alles op de goede plek is ingevuld en of de inhoud passend is.

De EVV, als coördinator van de zorg, heeft hierin een belangrijke rol en spreekt zonodig collega's aan op hun bijdrage aan het zorgdossier.

Teamleiders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van het dossier. Eenmaal per jaar screenen zij zoveel dossiers als er cliënten op hun afdeling zijn. Hierbij zijn de belangrijkste aandachtspunten:

- Of de zorgdoelen specifiek en meetbaar zijn geformuleerd
- Of er echt sprake is van een multidisciplinair zorgplan (in het verpleeghuis) waarin alle zorg- en behandeldoelen van de cliënt zijn opgenomen.

Wanneer het dossier niet op orde is bespreekt de teamleider dit met de verantwoordelijke EVV. Zij maken afspraken ter verbetering. Hierbij is de regeling 'afspraak = afspraak' van toepassing.

10. Afspraken rondom gebruik van het zorgleefplan en ECD

10.1. Privacy en inzagerecht

Zorggroep Rijnmond hanteert een 'regeling bescherming persoonsgegevens' welke is gebaseerd op de WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens). In deze regeling staat beschreven wie toegang hebben tot het zorgdossier en cliëntgegevens.

Zorggroep Rijnmond voegt hieraan toe dat in principe alleen de cliënt inzagerecht heeft in het zorgdossier. De cliënt kan familie in de 1e of 2e lijn toestemming geven het dossier in te zien. Inzage vindt plaats na overleg met de teamleider. Voor medewerkers betrokken bij de directe zorg of behandeling is het ook toegestaan het zorgdossier in te zien.

Kort samengevat:

- Medewerkenden, direct of indirect bij de zorgverlening betrokken, hebben recht op inzage in het zorgdossier, tenzij de geregistreerde hier bezwaar tegen maakt;
- Zorgverleners buiten de instelling, die direct bij de zorg zijn betrokken, hebben inzage in het zorgdossier, tenzij de geregistreerde hier bezwaar tegen maakt;
- De cliënt heeft recht op inzage in het zorgdossier na overleg met teamleider of arts;
- Nadat de cliënt heeft overlegd met teamleider of arts kan de cliënt samen met een medewerker achter een computerscherm gaan zitten of de medewerker kan prints maken van de elementen uit het ECD die de cliënt wil inzien.

Het is medewerkers niet toegestaan om (delen van) het zorgdossier, bv het zorgplan, te e-mailen naar cliënten of vertegenwoordigers van cliënten.

Uitgesloten van inzage zijn:

- Zuiver persoonlijke werkaantekeningen (deze worden ook niet in het ECD opgenomen);
- Persoonsgegevens van derden, waarvan mededeling de persoonlijke levenssfeer kan schaden.

Wanneer derden het dossier willen inzien (bijvoorbeeld in het kader van kwaliteitsonderzoek) kan de cliënt om toestemming worden gevraagd met een 'toestemmingsformulier'.

10.2. ECD en papieren dossier

Het ECD is beschikbaar voor elke nieuwe cliënt.

Sommige belangrijke gegevens kunnen (nog) niet in het ECD worden opgenomen. Deze gegevens worden daarom bewaard in een papieren dossier, per discipline. In dit papieren dossier kunnen ook enkele gegevens uit het ECD worden opgenomen die handig zijn om bij de zorgverlening aan de cliënt bij de hand te hebben. Uiteraard is het streven om deze papieren dossiers zo beperkt mogelijk te houden. Deze papieren dossiers vormen, met het ECD, het dossier van de cliënt. Het is de verantwoordelijkheid van elke discipline (voor discipline zorg is de EVV de verantwoordelijke) om te zorgen dat de papieren dossiers en het ECD op elkaar afgestemd zijn.

In de papieren dossiers worden ook de relevante brieven en andere papieren gegevens van andere zorginstellingen opgenomen. Als de specialist ouderengeneeskunde dit nodig acht noteert hij belangrijke gegevens (eventueel met een verwijzing naar de bronbrief) uit deze documenten op een logische plek in het ECD. Vaak zal dit zijn onder de vier zorgdomeinen.

De papieren dossiers bevatten de volgende gegevens (indien van toepassing):

Checklist middel en maatregel	Zorgdossier
Evaluatie middel en maatregel	Zorgdossier
Registratie middel en maatregel	Zorgdossier
Infuus - sondevoeding	Zorgdossier
Wisselgigging (in papieren dossier of in kamer cliënt)	Zorgdossier
PDL-advies	Zorgdossier
Laboratoriumuitslagen	Medisch dossier
Urine-uitslagen (stripjes)	Medisch dossier
Transfergegevens	Zorgdossier
Brieven (bv overdracht uit ziekenhuis)	Van toepassing zijnde dossier
Informatie van huisarts over wel/niet reanimeren (in woonzorgcentra)	Zorgdossier
Uitvoeringsverzoek (in woonzorgcentra)	Zorgdossier
Medische afspraken (in woonzorgcentra)	Zorgdossier

+ enkele gegevens die uit het ECD worden geprint en noodzakelijk zijn om in het papieren zorgdossier bij de hand te hebben:

- ADL-lijst
- Zorgplan
- Omgangsadvies
- Wondbehandeling

Bij ontslag of overlijden van de cliënt draagt de EVV er zorg voor dat de gegevens uit het papieren zorgdossier, binnen 3 werkdagen, overgedragen worden aan het zorgsecretariaat ter archivering.

Het archiveren van de gegevens in het ECD gebeurt door het productieteam.

De bewaartermijn van de (verschillende delen van) het zorgdossier zijn vastgelegd in het document 'beheersing van registraties'.

10.3. Plaats van het dossier

Het ECD is op te vragen op alle locaties van Zorggroep Rijnmond en door de specialisten ouderengeneeskunde ook thuis. Elke medewerker met toegang tot PlanCare kan de dossiers van de cliënten waar hij toegang toe heeft opvragen op elke pc-werkplek.

De papieren zorgdossiers worden bewaard in een (of meerdere) afgesloten (verrijdbare) dossierkast. De teamleider let erop dat de dossiers ofwel afgesloten opgeborgen zijn ofwel in het oog worden gehouden door de zorgverlener. Dit laatste zal om praktische redenen het geval zijn tijdens de dagelijkse zorgverlening, rapportage, zorgleefplanbespreking of bespreking van de cliënt met arts en/of andere disciplines.

De papieren zorgdossiers kunnen tijdens de dagelijkse zorgverlening worden meegenomen naar de woonruimte van de cliënt. Zo heeft de medewerker alle gegevens over de gewenste en benodigde zorg bij de hand.

Locaties die gewend zijn het zorgdossier in het appartement van de cliënt te bewaren kunnen dit, onder de oude voorwaarden wat betreft privacy, doen.

Dossiers van specialist ouderengeneeskunde en overige disciplines worden in de kantoren van deze medewerkers bewaard. Uiteraard in een afgesloten kast.

10.4. Noodplan

Het ECD bevat alle relevante cliëntinformatie. Er zijn noodsituaties denkbaar, bijvoorbeeld stroomuitval, waarin het ECD niet of minder gemakkelijk te raadplegen is. In het 'noodplan ECD' (nog in ontwikkeling) is te lezen hoe te handelen in dergelijke situaties.

11. Beschrijving werkwijze tabbladen en knoppen ECD

Het ECD is opgebouwd uit verschillende tabbladen. Op elk tabblad staan één of meerdere knoppen. En sommige knoppen zijn weer onderverdeeld in verschillende tabs.

In deze knoppen kunnen gegevens over de cliënt worden genoteerd. Er zijn verschillende mogelijkheden om 'rapporten' te maken. Een rapport is een verzameling gegevens over een bepaald onderwerp gedurende en bepaalde periode. Rapporten zijn veelal te maken per cliënt en per afdeling. Voorbeeld van veelgebruikte rapporten 'zorgrapportage', 'hoofdenrapportage' of verschillende rapporten over metingen en registraties.

Het is voor elke functie verschillend welke tabbladen te zien zijn, welke knoppen op een tabblad te gebruiken zijn en of er mutatierecht, leesrecht of helemaal geen recht op bepaalde knoppen is. Het beheer hiervan ligt bij de applicatiebeheerder PlanCare.

In dit hoofdstuk een beschrijving van alle voor zorg en behandeling relevante knoppen, en hoe we deze gebruiken.

11.1. Tabblad: Zorgleefplan

Knop: Stamgegevens

- Gebruik: Deze knop is onderverdeeld in verschillende tabs. Deze knop wordt grotendeels ingevuld door de cliëntadministratie. In deze knop is informatie te vinden over personaliergegevens, de contactpersoon van de cliënt, zijn religie, zijn familiesituatie. Ook is onder deze knop de indicatie te lezen. Onder het tabblad 'extra' kan de naam van de uitvaartverzekeraar worden genoteerd.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas, 'overdracht zorg'. Handig bij overplaatsing of ziekenhuisopname. Deze knop bevat allerlei gegevens, van personalia tot ADL tot recente controles.

Knop: Zorgdomeinen

- Gebruik: Deze knop is onderverdeeld in 4 tabs: de vier domeinen. Elke medewerker kan in deze knop de informatie noteren die hij kent van de cliënt. Hulpmiddel bij het leren kennen van de cliënt zijn de verschillende vragenlijsten voor opnamegesprek en inventarisatie zorgdomeinen. Deze vragenlijsten vind je in het Handboek Kwaliteit. Uiteraard wordt de informatie genoteerd onder het domein waar dit het beste past. Uitgangspunt hierbij is: alles wat relevant is voor minstens één andere discipline dan je eigen discipline noteer je bij de knop zorgdomeinen. Alle medewerkers mogen informatie toevoegen en de door hemzelf genoteerde informatie wijzigen. Alle medewerkers (behalve de EVV) moeten als ze beginnen te typen in het domeinenveld, eerst hun naam noteren. Zo is altijd terug te vinden wie welke informatie heeft toegevoegd aan de domeinenvelden.

Wanneer er afspraken gemaakt zijn met vrijwilligers of mantelzorgers over zaken die thuishoren in één van de vier domeinen wordt dat genoteerd in de knop 'Zorgdomeinen'. Uiteraard zijn hierbij de randvoorwaarden uit de 'kadernota vrijwilligersbeleid' en het 'mantelzorgbeleid' van toepassing.

De EVV bewaakt de actualiteit van de informatie in de knop zorgdomeinen. De EVV maakt regelmatig (minimaal bij elke zorgleefplanbespreking) een nieuwe gegevenskaart aan, door met de 'groene plusje' de huidige kaart te kopiëren. Zo wordt gegarandeerd dat de informatie actueel is, maar ook dat eerdere informatie gearchiveerd wordt.

In deze knop kunnen EVV en specialist ouderengeneeskunde ook onderwerpen noteren en kopiëren naar het zorgplan. Dan komen ze 'in het klad' in het conceptzorgplan terecht.

- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

Knop: Zorgplan

- Gebruik: In deze knop kan het zorgplan, met zorgvraag, zorgdoel en zorgacties worden genoteerd. Zorgdoelen moeten SMART worden geformuleerd (zie hoofdstuk 7). Aan elke zorgvraag kunnen meerdere acties gekoppeld worden. De acties moeten in tamelijk algemene termen in het zorgplan worden opgenomen. Teveel en te gedetailleerde acties geeft een onoverzichtelijk zorgplan dat veel te vaak gewijzigd moet worden. De EVV moet per zorgactie bepalen (via de knop 'betrokkenen en uitvoerenden') welke disciplines moeten kunnen rapporteren (potloodje) op deze zorgvraag en welke disciplines leesrechten (brilletje) hebben. De specialist ouderengeneeskunde en EVV moeten bij elke actie schrijfrechten krijgen.

Met de rechtermuisknop kun je zoveel zorgvragen, zorgdoelen en zorgacties maken als nodig is.

Wanneer een andere medewerker dan de arts of EVV vindt dat een onderwerp in het zorgplan moet worden opgenomen meldt hij dit (per e-mail) aan de EVV. Bij voorkeur werkt hij de zorgvraag, het doel en de acties al volledig uit. Arts en EVV beslissen, in overleg met de cliënt, of deze zorgvraag in het zorgplan wordt opgenomen.

Zie ook hoofdstuk 7 van dit Handboek voor aanwijzingen voor het opstellen van het zorgplan.

De knop zorgplan is onderverdeeld in verschillende tabs: standaard, concept, definitief en historie. De EVV maakt het zorgplan in concept, na akkoord door cliënt kan het definitief gemaakt worden. Als vervolgens wijzigingen nodig zijn maakt de EVV een nieuw conceptzorgplan. Als de cliënt hiermee weer akkoord is kan deze weer definitief gemaakt worden. Het vorige zorgplan is dan terug te vinden onder 'historie'.

Om de 'zorgvraag' 'hoofdenrapport' in het zorgplan te krijgen moet de EVV het volgende doen: in het standaard zorgplan is de zorgvraag 'hoofdenrapport' opgenomen. Dit moet door de EVV concept gemaakt worden, dit concept wordt door de EVV aangevuld met alle echte zorgvragen van de cliënt. Op deze manier komt het hoofdenrapport in het

zorgplan en kan er op gerapporteerd worden.

- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

Knop: Doelgerichte rapportage

- Gebruik: Met deze knop kunnen (en moeten) alle medewerkers zorg, welzijn en behandeling rapporteren. Rapporteren doe je per zorgactie. Bedenk dus heel goed over welke zorgacties je wilt rapporteren. Als je iets wilt rapporteren waarvoor (nog) geen zorgactie bestaat in het zorgplan, dan kun je dit rapporteren bij de zorgvraag 'algemeen'. Als je merkt dat je de zorgvraag 'algemeen' regelmatig voor eenzelfde onderwerp gebruikt is dit een signaal dat de EVV er wellicht een zorgvraag over moet maken in het zorgplan.

Gegevens die niet alleen belangrijk zijn voor de 'gewone' rapportage maar ook voor het hoofdenrapport kun je op de volgende manier in het hoofdenrapport krijgen. Kopieer de tekst uit de 'gewone' rapportage. Klik de zorgvraag 'hoofdenrapport' aan om daarop te rapporteren. Plak de tekst in de rapportage 'hoofdenrapport'. Pas zo nodig de tekst nog aan. Uiteraard hoef je niet te kopiëren en plakken. Je kunt ook opnieuw je gegevens otypen. Blijf wel heel kritisch over wat je in het hoofdenrapport schrijft. Dit moet een beknopt overzicht blijven van de belangrijkste zaken.

Eenmaal gerapporteerd kun je op dezelfde dag nog wijzigen, maar blijft altijd zichtbaar onder mutaties. Een volgende dag kun je je rapportage niet meer wijzigen. Wees dus nauwkeurig en beheerst in wat je rapporteert.

Stagiaires en de meeste Flex-medewerkers hebben geen eigen inloggegevens voor PlanCare. Op elke afdeling zijn voor hen inloggegevens beschikbaar. In de rapportage moeten stagiaires en Flex-medewerkers hun naam noteren, zodat terug te vinden is wie gerapporteerd heeft.

- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas: hoofdenrapport, rapportage, rapportage per discipline
Op afdelingsniveau via rapportages/groepsactiviteiten: keuze uit: hoofdenrapportage zorgplan, zorgrapportage, rapportage per discipline

Knop: Persoonsbeschrijving

- Gebruik: Deze knop is onderverdeeld in 5 tabs. Met behulp van het formulier 'persoonsbeschrijving' en het door de cliënt/vertegenwoordiger in te vullen formulier 'levensloop' kun je de gegevens in deze knop vullen. Deze formulieren vind je in het Handboek Kwaliteit.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

Knop: ADL

- Gebruik: Deze knop is onderverdeeld in 5 tabs. De knop 'meetweek' moet altijd aan staan. De EVV kan invullen of cliënten zelfstandig of afhankelijk zijn, op welke momenten van de dag ze hulp nodig hebben en er kan een toelichting worden gegeven. In de toelichting kan bijvoorbeeld komen of de cliënt van warm of koud water houdt en welke zeep hij graag gebruikt. Voor het bepalen in welke mate de cliënt afhankelijk is, is er een toelichting beschikbaar in het Handboek Kwaliteit. (nog plaatsen). De gegevens uit deze ADL-knop worden gebruikt voor het meten van de indicatoren voor verantwoorde zorg. Het is mede daarom belangrijk dat deze gegevens op de 5 tabs altijd actueel zijn. Afspraken die met vrijwilligers en mantelzorgers gemaakt worden over het uitvoeren van ADL-verrichtingen worden vastgelegd in de ADL-knop, bij toelichting. Uiteraard zijn hierbij de randvoorwaarden uit de 'kadernota vrijwilligersbeleid' en het 'mantelzorgbeleid' van toepassing.
De EVV moet de ADL-gegevens uitprinten en beschikbaar hebben in het papieren dossier. De EVV is ervoor verantwoordelijk dat de gegevens in het papieren dossier altijd overeenkomen met de gegevens in het ECD. Dus, bij elke wijziging in het ECD, opnieuw printen en in het papieren dossier doen.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

Knop: Cliëntagenda

- Gebruik: nog niet
- Rapport: nog niet

Knop: Medische intake

- Gebruik: Specialist ouderengeneeskunde noteert hier de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het 1e specifieke

behandelplan.

- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas, 'medische gegevens bij waarneming'. Dit rapport bevat alle recente gegevens van diagnose/allergie, behandelbeleid, medische intake en disciplineaantekeningen SOG. Handig voor arts in waarneemsituatie.

Knop: Diagnose en allergieën

- Gebruik: Deze knop bevat twee tabs. De specialist ouderengeneeskunde noteert hier de diagnoses en allergieën van de cliënt. Bij de diagnoses kan worden aangegeven of ze al dan niet actueel zijn en prioriteit hebben. Bij het invoeren van oude diagnoses moet de datum van de diagnosestelling expliciet vermeld worden.
Als een andere medewerker dan de specialist ouderengeneeskunde een diagnose bemerkt die nog niet in de lijst voorkomt geeft hij dit door aan de specialist ouderengeneeskunde, deze verwerkt het (indien akkoord) in de knop diagnose en allergieën.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas, 'medische gegevens bij waarneming'. Dit rapport bevat alle recente gegevens van diagnose/allergie, behandelbeleid, medische intake en disciplineaantekeningen SOG. Handig voor arts in waarneemsituatie.

Knop: Afspraken behandelbeleid

- Gebruik: In deze knop kunnen de afspraken die er zijn rondom behandelbeleid zoals bijvoorbeeld reanimatie, ziekenhuisopname, griepvaccinatie, levenseinde worden genoteerd. In het verpleeghuis wordt deze knop ingevuld door de specialist ouderengeneeskunde. In het woonzorgcentrum is het de taak van de huisarts om de (relevante) zaken met de cliënt te bespreken en op papier te noteren. Dit wordt bewaard in het papieren dossier van de cliënt.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas, 'medische gegevens bij waarneming'. Dit rapport bevat alle recente gegevens van diagnose/allergie, behandelbeleid, medische intake en disciplineaantekeningen SOG. Handig voor arts in waarneemsituatie.

Knop: Behandelafspraken

- Gebruik: Met deze knop kunnen artsen en andere 'disciplines' 'opdrachten' geven aan collega's. Deze knop kan gebruikt worden voor permanente en voor tijdelijke opdrachten. De EVV en het ANW-hoofd kunnen (in opdracht van een arts) ook behandelafspraken noteren. Bij elke behandelafpraak kan een evaluatiedatum en stopdatum worden genoteerd. Behandelafspraken moeten regelmatig worden geëvalueerd. Als een behandelafpraak inhoudelijk wijzigt, moet niet de bestaande afspraak uit het ECD gewijzigd worden. Maar de oude behandelafpraak moet worden gestopt, en een nieuwe moet worden aangemaakt. Anders is het verloop niet te volgen.

Als er één zorgprobleem is waarbij verschillende opdrachten horen kunnen deze opdrachten gecombineerd worden in één behandelafpraak. Hiermee wordt een integrale blik bevorderd, ziet de uitvoerende samenhang tussen zorgprobleem en opdracht en blijft het aantal behandelafspraken beperkt.

De knop behandelafspraken moet ook worden gebruikt voor het verzoek van een arts aan een verzorgende/verpleegkundige tot het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Dit geldt in de verpleeghuizen en in de woonzorgcentra als de specialist ouderengeneeskunde actief betrokken is bij een cliënt vanaf ZZP 3.

De knop behandelafspraken wordt ook gebruikt voor het vastleggen van afspraken over wondverzorging. In het vrije tekst veld moet de wondbehandeling uitgewerkt worden. Dit is een tijdelijke oplossing, in een nieuwe release komt een veel betere knop voor wondbehandeling.

De EVV moet bij alle gemaakte behandelafspraken nagaan welke gevolgen de afspraak heeft voor andere gegevens in het ECD, zoals het ADL-blad. Waar nodig wijzigt de EVV de gegevens in het ECD.

In het woonzorgcentrum, na de huisartsensite, kan de EVV de knop behandelafspraken op de volgende wijze gebruiken. De huisarts noteert zijn bevindingen en aanwijzingen op het medisch afsprakenformulier dat wordt bewaard in het papieren dossier. De EVV neemt de gegevens van de huisarts over in de knop behandelafspraken, onder verwijzing naar het papieren dossier waarin (bij twijfel) de originele afspraken terug te vinden zijn.

- Het werkproces voor het gebruik van de knop Behandelafspraken is als volgt:
 - Behandelaar bespreekt met een zorgmedewerker wat aan behandelafspraken nodig is.
 - De behandelaar voert de behandelafspraken in en meldt in de rapportage dat er nieuwe behandelafspraken zijn gemaakt.
 - De zorgmedewerker die bij de bespreking aanwezig was verwerkt deze behandelafspraken in bijvoorbeeld:

afdelingsagenda, adl-lijst, transferbeleid etc. De zorgmedewerker vinkt het vakje aan zodra alle behandelafspraken verwerkt zijn.

- Behandelafspraken die na 15.30 uur worden ingevoerd worden direct daarna ook altijd mondeling aan de verantwoordelijke zorgmedewerker/ANW-hoofd van de locatie doorgegeven.
- Elke ochtend controleert de dagverantwoordelijke of alle eerder gemaakt afspraken verwerkt/doorgevoerd zijn.
- Voor behandelaars die opdrachten/behandelafspraken krijgen van de arts (bijv. verwijzingen) geldt dat ze elke nieuwe werkdag moeten controleren of er voor hen nieuwe behandelafspraken zijn (via SQL-rapporten/behandelafspraken kan een overzicht verkregen worden van behandelafspraken voor de eigen afdeling en eigen discipline).
- Rapporten: op cliëntniveau via vergrootglas. Selectie mogelijk per uitvoerder of alle uitvoerders. Op afdelingsniveau via SQL-rapporten. 'Behandelafspraken' , 'behandelafspraken (niet verwerkt)', 'evaluatie behandelafspraken per discipline' en 'evaluatie behandelafspraken SOG'.

Knop: Toestemming zorgplan

- Gebruik: De EVV vult deze knop in na ieder gesprek met de cliënt of de vertegenwoordiger over het zorgplan (de zorgleefplanbespreking). In deze knop wordt een verslag van dit gesprek genoteerd. De arts noteert in deze knop of er M&M's zijn en of de cliënt/zijn vertegenwoordiger en de specialist ouderengeneeskunde akkoord zijn met de M&M en met het zorgplan. Dit doet de arts door een 'vinkje' te zetten in het daartoe bestemde vakje. In de knop toestemming zorgplan kan worden vastgelegd of de cliënt bij het bespreken van het zorgplan kenbaar heeft gemaakt niet standaard op een aantal zorgvragen onderzocht te willen worden.
NB: Voorlopig (in afwachting van verdere besluitvorming, zie ook § 6.1) is het OOK nodig de cliënt een handtekening voor akkoord met het zorgplan te laten zetten in het papieren zorgdossier.
- Rapport: (nog) niet

Knop: Omgangsadvis

- Gebruik: De psycholoog kan hier een omgangsadvis typen. De EVV noteert in de ADL-knop dat er een omgangsadvis is. De EVV print het omgangsadvis uit en doet het in het papieren dossier.
- Rapport: -

Knop: ECD Rechtsposities

- Gebruik: de cliëntadministratie vult bij deze knop de rechtspositie (BOPZ-status) van de cliënt in. Alle overige medewerkers kunnen deze gegevens inzien (niet muteren).
- Rapport: -

Knop: Indicatie

- Gebruik: EVV en teamleiders kunnen de indicatie van de cliënt inzien. Ook is te zien hoe lang de indicatie nog geldig is.
- Rapport: -

11.2. Tabblad: Registraties

Knop: Decubitus

- Gebruik: Deze knop bestaat uit drie tabs. De EVV kan noteren of er sprake is van decubitus, in welke graad en wat er preventief en curatief aan gedaan moet worden. In de twee andere tabs van deze knop kan ook de 'Bradenschaal' en de 'Decubituslijst' worden ingevuld. Deze knop mag slechts dan gebruikt worden als dit in zorgplan en/of behandelafspraken is afgesproken.
Wanneer meer dan één type hulpmiddel nodig is moet dit genoteerd worden in het vakje 'toelichting'.
De gegevens uit deze knop zijn ook van belang voor de meting verantwoorde zorg.
- Rapport: op cliëntniveau, de drie tabs in één rapport, via vergrootglas.

Op afdelingsniveau via rapportages/groepsactiviteiten: ECD Decubitus

Knop: Diabetescontrole- en behandeling

- Gebruik: de verzorgende kan in deze knop de gemeten bloedsuikerwaardes noteren. Ook kan voorgeschreven behandeling en dieet genoteerd worden in deze knop. Deze knop mag slechts dan gebruikt worden als dit in zorgplan en/of behandelafspraken is afgesproken. Om goed te kunnen registreren moet elke dag een nieuwe kaart worden aangemaakt (met de grote groene plus).
Dan moet je bij 'kopie van de huidige kaart maken' kiezen voor 'no'.
Als je op één dag meerdere metingen wilt registreren moet je met het kleine groene plusje een nieuwe regel maken op de bestaande kaart.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas, rapport per dag of per periode. Als je gegevens over een langere periode wil weten vink dan bij 'overige opties' aan: 'alles voor deze cliënt in de gekozen periode'. Het standaard rapport is in de vorm van een grafiek. Als je liever een tabel wilt vink dan bij 'overige opties' aan: 'tabel in plaats van grafiek'.

Knop: Katheter

- Gebruik: de verzorgende kan in deze knop allerlei informatie over het katheter en de verzorging ervan noteren.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas
Op afdelingsniveau via rapportages/groepsactiviteiten: ECD Wisseldata Katheter

Knop: Vochtbalans

- Gebruik: in deze knop kan worden genoteerd hoeveel vocht is ingenomen en uitgescheiden. Het ECD berekent zelf de balans. Het is ook mogelijk alleen de innamegegevens te noteren.
Afspraken over het gebruik van deze knop. Werk met een papieren vochtlijst in de nabijheid van de cliënt om elke vochtinname en eventuele uitscheiding te noteren. Spreek op de locatie af op welk moment van de dag deze innames worden opgeteld en in één keer worden verwerkt in het ECD. Vul dus slechts één keer per 24 uur (bijvoorbeeld in de nacht) deze knop in het ECD in.
Wanneer de vochtbalans een dag niet goed is bijgehouden (bijvoorbeeld vergeten) dan moet in de knop Vochtbalans NIET een onvolledig getal worden ingevuld maar de code 999. Dat betekent: onbetrouwbare informatie vandaag.
Wanneer het bijhouden van de vochtbalans gedurende een kortere periode noodzakelijk is kunnen alle metingen op dezelfde kaart worden genoteerd, met steeds via het kleine groene plusje een nieuwe regel voor de nieuwe dag.
Wanneer de vochtbalans permanent moet worden bijgehouden maak dan elke nieuwe week een nieuwe kaart aan met het grote groene plusje, en per dag een nieuwe regel met het kleine groene plusje. Deze knop mag slechts dan gebruikt worden als dit in zorgplan en/of behandelafspraken is afgesproken.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas, rapport per dag of per periode. Als je gegevens over een langere periode wil weten vink dan bij 'overige opties' aan: 'alles voor deze cliënt in de gekozen periode'. Het standaard rapport is in de vorm van een grafiek. Als je liever een tabel wilt vink dan bij 'overige opties' aan: 'tabel in plaats van grafiek'.

Knop: Voeding en gewicht

- Gebruik: deze knop kan worden gebruikt om het gewicht en eventueel het streefgewicht van de cliënt te noteren.
Wanneer het bijhouden van het gewicht gedurende een kortere periode noodzakelijk is kunnen alle metingen op dezelfde kaart worden genoteerd, met steeds via het kleine groene plusje een nieuwe regel voor de nieuwe meting.
Wanneer het gewicht permanent moet worden bijgehouden maak dan elk half jaar een nieuwe kaart aan met het grote groene plusje, en per dag een nieuwe regel met het kleine groene plusje.
De gegevens uit deze knop zijn ook van belang voor de meting verantwoorde zorg.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas per dag of per periode. Als je gegevens over een langere periode wil weten vink dan bij 'overige opties' aan: 'alles voor deze cliënt in de gekozen periode'. Het standaard rapport is in de vorm van een grafiek. Als je liever een tabel wilt vink dan bij 'overige opties' aan: 'tabel in plaats van grafiek'.

Knop: Lichaamsfuncties

- Gebruik: in deze knop kunnen metingen van bloeddruk, hartslag en ademhaling worden genoteerd. Alleen die

lichaamsfuncties hoeven te worden genoteerd waarvan het noodzakelijk is dat ze worden gemeten. Wanneer het bijhouden van één of meerdere lichaamsfuncties gedurende een kortere periode noodzakelijk is kunnen alle metingen op dezelfde kaart worden genoteerd, met steeds via het kleine groene plusje een nieuwe regel voor de nieuwe meting. Wanneer de lichaamsfuncties permanent moet worden bijgehouden maak dan elke nieuwe week een nieuwe kaart aan met het grote groene plusje, en per meting een nieuwe regel met het kleine groene plusje.

Deze knop mag slechts dan gebruikt worden als dit in zorgplan en/of behandelafspraken is afgesproken.

- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas per dag of per periode. Als je gegevens over een langere periode wil weten vink dan bij 'overige opties' aan: 'alles voor deze cliënt in de gekozen periode'. Het standaard rapport is in de vorm van een grafiek. Als je liever een tabel wilt vink dan bij 'overige opties' aan: 'tabel in plaats van grafiek'.

Knop: Normen verantwoorde zorg

- Gebruik: in deze knop kunnen gegevens worden genoteerd over depressie, incidenten/medicatie en gedrag. Deze gegevens zijn op deze plek alleen van belang voor de meting van verantwoorde zorg. Deze knop is niet geschikt om te gebruiken voor gegevens over zorgverlening. De EVV moet de gegevens in deze knop actueel houden zodat het management op elk gewenst moment een meting verantwoorde zorg kan doen.
- Rapport: op cliëntniveau, via vergrootglas

Knop: MIC

- Gebruik: iedere medewerker kan in deze knop melding doen van een incident of een gevaarlijke situatie van de betreffende cliënt. Meldingen via deze knop zijn niet anoniem. Er is terug te vinden welke medewerker de melding heeft gedaan. Dat is in de meeste gevallen niet erg. Wanneer je wel anoniem een MIC-melding wilt doen kun je hiervoor de PlanCare-account 'MIC-locatie' gebruiken. Door met dit account in te loggen kun je anoniem een MIC-melding doen. Als je het wachtwoord van dit account niet kent kun je het opvragen bij je teamleider of bij de kerngebruiker.
- Rapport: verschillende mogelijkheden, alleen toegankelijk voor MIC-commissie en leidinggevenden

Knop: Defaecatie

- Gebruik: in deze knop kan worden genoteerd hoeveel defaecatie de cliënt heeft uitgescheiden, de samenstelling en of er een middel aan te pas is gekomen. Wanneer het bijhouden van de defaecatie gedurende een kortere periode noodzakelijk is kunnen alle metingen op dezelfde kaart worden genoteerd, met steeds via het kleine groene plusje een nieuwe regel voor de registratie. Wanneer de defaecatie permanent moet worden bijgehouden maak dan elke nieuwe week een nieuwe kaart aan met het grote groene plusje, en per registratie een nieuwe regel met het kleine groene plusje. Deze knop mag slechts dan gebruikt worden als dit in zorgplan en/of behandelafspraken is afgesproken.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

Knop: ECD Vrijheidsbeperkende maatregelen

- Gebruik: EVV, SOG, teamleider en VVP kunnen bij deze knop noteren welke vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast bij de cliënt. Ook wordt genoteerd of hierover overeenstemming is bereikt met de cliënt of zijn vertegenwoordiger en of de cliënt zich verzet tegen toepassing van de maatregel. Deze knop is voorsnog alleen van belang voor de 'meetweek indicatoren verantwoorde zorg'. Op termijn kan deze knop (die nog aangevuld moet worden met gegevens over het evalueren van de maatregel) de huidige papieren formulieren of middelen en maatregelen vervangen.
- Rapport: nog niet beschikbaar

Knop: ECD Risicosignalering

- Gebruik: EVV, SOG, teamleider en VVP kunnen bij deze knop noteren of er risicosignalering is uitgevoerd op een aantal onderwerpen en of uit het zorgleefplan kan worden opgemaakt dat er adequaat is gehandeld n.a.v. de risicosignalering. Risicosignalering moet gebeuren op de onderwerpen: huidletsel/decubitus, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie.
- Rapport: nog niet beschikbaar.

11.3. Tabblad: Eigen discipline

Elke discipline heeft een eigen tabblad met daarop twee knoppen: 1) Disciplineaantekeningen en 2) Werkplan. Deze knoppen zijn beschikbaar voor: activiteitenbegeleider, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, geestelijk verzorger, logopedist, maatschappelijk werk, psycholoog. De specialist ouderengeneeskunde heeft geen werkplan, wel disciplineaantekeningen.

Knop: Disciplineaantekeningen

- Gebruik: in deze knop kan elke discipline tijdelijke gedachten of overwegingen of onderzoek dat nog niet klaar is noteren. Deze knop heeft dus een soort kladblok functie. Deze knop is alleen toegankelijk voor de eigen discipline (en de artsenknop ook voor het ANW-hoofd).
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas

Knop: Werkplan

- Gebruik: deze knop heeft verschillende tabs (verschillende tabs voor verschillende disciplines). Hierin kan elke discipline z'n eigen werkplan bijhouden voor een cliënt. In deze knop kunnen bv. eigen onderzoeksgegevens en voortgang genoteerd worden, voorzover deze niet passen in de 4 domeinenvelden. De informatie uit het werkplan staat veelal in relatie met een zorgvraag uit het integrale zorgplan. Dit werkplan kan de werk/achtergrondinformatie voor doelen uit het zorgplan bevatten.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas

11.4. Tabblad: Werkplannen

Knoppen: Werkplannen

- Gebruik: Via het tabblad 'werkplannen' zijn de werkplannen van de verschillende disciplines te lezen. Uitzondering is het werkplan van de geestelijk verzorger, deze is niet te lezen door anderen. Wel kan hij/zij de werkplannen van andere disciplines inzien.
De specialist ouderengeneeskunde heeft geen werkplan. Wel kan hij/zij de werkplannen van andere disciplines inzien.
- Rapport: op cliëntniveau via vergrootglas.

[1] De cliëntadministratie werkt al met arrangementen. Zorgmedewerkers krijgen te maken met het arrangement zodra Zorggroep Rijnmond gaat werken met een cliëntagenda. De verwachting is dat hiermee eind 2010 wordt gestart.

[2] Zorggroep Rijnmond is met de Inspecteur voor de Gezondheidszorg in gesprek over de noodzakelijkheid van een handtekening van de cliënt. Tot hierover duidelijkheid is wordt het akkoord van de cliënt met het zorgplan zowel middels een handtekening bekrachtigd alsook middels registratie in het ECD.

Referenties HKZ norm

Het document komt in de HKZ-norm V&V o.a. aan de orde in rubriek 1 waarin staat:

1.5.1 Elke cliënt heeft een individueel zorgdossier dat in samenspraak met de cliënt wordt opgesteld. In het zorgdossier is tenminste opgenomen:

a. een zorgplan, waarin vanuit de 4 domeinen (lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon-en leefomstandigheden, participatie, mentaalwelbevinden) is opgenomen:

- de probleemstelling

- de gewenste resultaten

- de acties

- voortgangsrapportages

- evaluatie en bijstellingen

b. een behandelplan en medisch dossier (indien van toepassing)

Procedurehouder: Hoofd zorg

Laatst gewijzigd op: 13:51:49 02-12-2010
