

Thema 4

LEEFPLEZIER ORGANISEREN

Module

Gegevensvastlegging

- 1 Historisch perspectief
- 2 Verslaglegging in de zorg
- 3 Het Cliëntendossier

Inleiding

Overall in de zorg zuchten en steunen zorgverleners over de enorme administratielast die zij ervaren.

Want allang niet meer ervaren ze dat de gegevens die ze vast (moeten!) leggen een relatie hebben met dat wat ze dagelijks doen; met hart en ziel zorg verlenen.

De voor zorgverleners heel gebruikelijke en vanzelfsprekende dossiervorming is voor hen administratie geworden die in opdracht van managers wordt uitgevoerd. Hoe heeft het zover kunnen komen en wat is de stand van zaken op dit moment...?

1 Historisch perspectief

Wat was de bedoeling?

De wens van de overheid om de bestaande wetgeving met betrekking tot de regeling van kwaliteit van zorg te wijzigen is eigenlijk het startpunt van het vraagstuk en dat vond eind jaren tachtig van de vorige eeuw plaats. Tot dat moment stelde de overheid kwaliteitseisen via een zgn. erkenningstelsel. Dat was onoverzichtelijk, moeilijk toetsbaar en gold niet voor particulier gefinancierde zorginstellingen, waardoor deze buiten het gezichtsveld van de Inspectie voor de Gezondheidszorg vielen.

In de jaren 1989, 1990 en 1995 kwamen vertegenwoordigers van zorgaanbieders, overheid, zorgverzekeraars, cliënten/patiëntenvertegenwoordigers bijeen in Leidschendam (bekend als de Leidschendam conferenties) om afspraken te maken over kwaliteitsbeleid. Deze afspraken zijn bepalend geweest voor het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen en overheid:

1. De verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede zorg ligt primair bij degenen die de zorg verlenen: instellingen en beroepsbeoefenaren. De overheid blijft eindverantwoordelijk maar op afstand.
2. Zorginstellingen gaan systematisch en structureel werken aan kwaliteitsbeleid. Bij de vormgeving daarvan is afstemming met cliënten/patiënten organisaties en zorgverzekeraars van wezenlijk belang.

Dit leidde in april 1996 tot een nieuwe wet; Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet stelde de volgende eisen:

- Verantwoorde zorg = (volgens de wet) zorg van een goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de behoefte van de patiënt.
- De verdere uitwerking van dit begrip heeft de overheid aan partijen zelf overgelaten.
- Bewust Beleid
Dit omvat in ieder geval een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden, beleid op terrein van kwaliteit van personeel en materiaal en beleid op terrein van geestelijke verzorging.
- Kwaliteitssysteem
- Kwaliteitsjaarverslag

Toezicht en handhaving is belegd bij de IGZ (Inspectie voor Gezondheidszorg).

De Inspectie is bevoegd om instellingen indien nodig een bevel te geven (in uiterste geval om de zorg te staken) en kan ongevraagd poolshoogte nemen d.w.z. gegevens inzien, kopiëren of tijdelijk meenemen.

De minister van VWS kan een schriftelijke aanwijzing geven.

En als geen van bovenstaande wordt nageleefd kan de minister een dwangsom opleggen of bestuursdwang toepassen.

Hoe ging de VVT sector hiermee om?

- In juni 2005, 15 jaar na de eerste Leidschendam conferentie en 9 jaar na inwerkingtreding van de Kwaliteitswet is voor de verpleeghuissector opgeschreven wat zij verstaat onder verantwoorde zorg¹.
In dit document worden de kwaliteitseisen beschreven die gesteld worden aan verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg. Bij de totstandkoming van dit document waren alle relevante veldpartijen betrokken; Actiz (en haar rechtsvoorgangers), de beroepsverenigingen V&VN (en haar rechtsvoorganger), NVVA en Sting, Zorgverzekeraars Nederland, LOC (Landelijk Orgaan Cliëntenraden), VWS en IGZ.
- Een jaar later in 2006, verschijnt dit visiedocument ook voor de Zorg Thuis² sector.
- De visie is nader geconcretiseerd in een Toetsingkader³ (2005).
- In 2006 zijn er op basis van dit Toetsingskader een aantal pilots uitgevoerd onder 100 verzorgings- en verpleeghuizen en 20 thuiszorginstellingen.
- Medio 2007 is het definitieve evaluatierapport van deze pilots opgeleverd door Plexus.⁴
- In maart 2007 besloten de Zorgkantoren dat de Normen Verantwoorde Zorg uitgangspunt zouden worden voor de toetsing van kwaliteit van zorg bij inkoop.
- In oktober 2007 kwam op basis van bevindingen uit de evaluatie van de pilots het 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg'⁵ voort. Dit is de operationalisering van de eerder genoemde visiedocumenten in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg. Gezamenlijk gaven deze documenten gehoor aan (een deel van) de in de Kwaliteitswet Zorginstellingen gestelde eisen.
- In 2008 benoemde het toenmalige kabinet, 3 prioriteiten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg:
 - Het zichtbaar en meetbaar maken van de kwaliteit van de zorg
 - Het vergroten van de invloed van patiënten en cliënten
 - Het veiliger maken van de zorg.

In het kader van zichtbaar en meetbaar maken werd het registreren van de indicatoren binnen het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg verplicht. Allereerst (2009) voor zorgaanbieders met een WTZi-verblijf erkenning (zeg maar 'de huizen'); Een jaar later (2010) voor alle zorgaanbieders. Verslaglegging over de indicatoren werd verplicht onderdeel van het jaarverslag Maatschappelijke Verantwoording.

Een ander door de overheid benoemde prioriteit was het vergroten van de invloed van patiënten en cliënten.

Voor de langdurige zorg ging in dit kader het zorgplan een belangrijke rol spelen.

In 2009 werden zorgaanbieders in de langdurige zorg verplicht om voor aanvang van de zorgverlening een gesprek te voeren met de cliënt over de doelen van de zorgverlening en de wijze waarop de doelen bereikt konden worden. De uitkomsten daarvan moesten worden vastgelegd in het zorgplan.

Daarover zei de overheid destijds:

Het zorgplan geeft de cliënt inspraak in de geleverde zorg en duidelijkheid over wat hij kan verwachten van de zorgaanbieder. De positie van de cliënt wordt versterkt doordat uit het zorgplan moet blijken op welke wijze de cliënt is betrokken bij de totstandkoming, de evaluatie en de actualisatie van het zorgplan.

Dit leidde tot een versnelde implementatie van het Zorgleefplan met de vier domeinen die conform Normen Verantwoorde Zorg een rol spelen bij de door de cliënt beleefde kwaliteit van leven⁶.

In het document 'Verantwoorde Zorg: Visie en Verwezenlijking' van Actiz uit 2006 wordt uiteengezet wat de kern van Verantwoorde Zorg is en hoe het Zorgleefplan als instrument behulpzaam kan zijn bij de verwezenlijking hiervan.

1 Visiedocument 'Op weg naar Normen Verantwoorde Zorg', Actiz juni 2005
 2 Visiedocument 'Normen Verantwoorde Zorg Thuis', Actiz juni 2006
 3 Document 'Toetsingskader Verantwoorde Zorg', Actiz november 2005
 4 Document 'Evaluatie Normen voor Verantwoorde Zorg VV&T', Plexus april 2007
 5 Document 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg', Actiz oktober 2007

6 Model Zorgleefplan Verantwoorde Zorg, Actiz September 2006 (in 2008 is dit model ook beschikbaar voor zorg thuis)

Citaat uit dit document:

Zorginhoudelijk vindt er een overgang plaats van het verlenen van zorg naar het bijdragen aan de kwaliteit van het leven van cliënten. Dat betekent dat de kwaliteit en effectiviteit van de zorg niet meer exclusief vanuit het professionele perspectief bepaald wordt, maar primair vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Dat perspectief is 'een zo goed mogelijk leven', en wat dat is bepaalt iedereen voor zichzelf omdat mensen uniek zijn. Het wordt concreet gemaakt in woorden die verwijzen naar waar het eigen leven over gaat, wat dat leven mogelijk, draaglijk, prettig maakt, of zelfs goed en waardevol. De zorg- en dienstverlening heeft daaraan veel bij te dragen!

Hiermee dienen zich belangrijke kansen aan om de maatschappelijke meerwaarde van de chronische zorg zichtbaar te maken. Dit vereist wel een fundamenteel andere invalshoek die onder de noemer van "vraaggerichtheid" een ware cultuuromslag inhoudt. Kijkend met 'gezondheidszorgogen' ziet een mensenleven eruit als een verouderingsproces met toenemende gezondheidstekorten en aftakeling ('schade' in de woorden van de verzekeraars). Vanuit dat mensenleven zelf voltrekt zich een unieke levensloop, waarbij het lichaam fysiek veroudert en tegelijkertijd de mogelijkheid blijft bestaan dat mensen tot het levenseinde aan toe blijven groeien in de eigen identiteit en levensvervulling. Hiermee geven mensen invulling aan het eigen perspectief op een goed leven.

Dát perspectief vormt, in aansluiting op de norm voor Verantwoorde zorg, het centrale uitgangspunt van het model Zorgleefplan.

Cliënten moeten ondersteund worden om "zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen te kunnen doen die ze gelet op hun mogelijkheden en beperkingen zelf belangrijk en zinvol vinden" (zoals letterlijk in de norm staat). Een uitgangspunt dat recht doet aan het feit dat iedereen niet anders kan dan het eigen leven te leven – niemand kan dat van een ander overnemen, ook niet in de zorg. Kwaliteit van leven is dus in de kern iets van de cliënt zelf, waar niemand anders verantwoordelijk voor gemaakt kan worden. Wél hebben zorgverleners de verantwoordelijkheid om de cliënt daarin optimaal te ondersteunen.

Dit heeft zich vertaald in de belangrijkste pijlers van de norm voor Verantwoorde zorg: keuzevrijheid en regie, communicatie en informatie en vakbekwaamheid.

Maar ook wordt gesteld in het document:

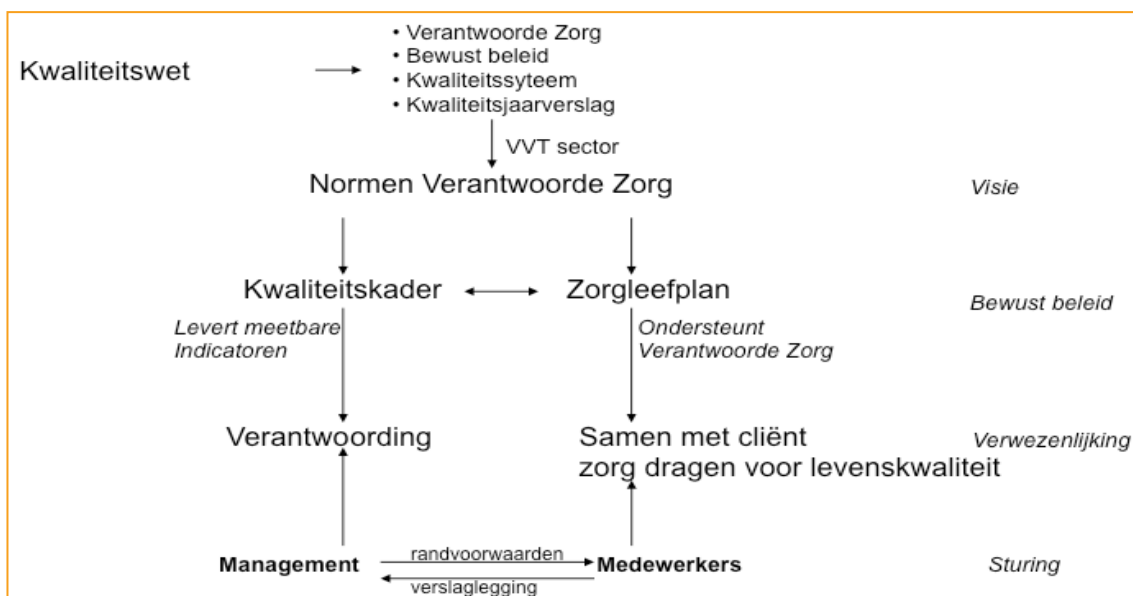
Daarnaast is het ook duidelijk dat het zorgmanagement over adequate stuurinformatie moet kunnen beschikken.

Er zijn functionele verbindingen nodig tussen zorginhoudelijke en bedrijfsmatige processen. Het leveren van verantwoorde zorg met behulp van een Zorgleefplansysteem dient gekoppeld te zijn aan de indicatiestelling van cliënten, aan bekostigingsstructuren, aan de inzet van mensen en middelen (capaciteitsplanning) en aan heldere en praktische verantwoordingsmogelijkheden.

Zonder functionele ICT toepassingen (ECD) blijkt dat steeds minder haalbaar. Het model Zorgleefplan Verantwoorde zorg is dan ook opgenomen in het procesmodel ECD.

Hoe oplossingen problemen werden

De ontwikkelingen zoals die onder 'Wat was de bedoeling?' geschetst zijn hadden ten doel om de kwaliteit van zorg voor patiënten en cliënten te verbeteren, deze kwaliteit zichtbaar en meetbaar en patiënten en cliënten hierin een nadrukkelijke rol te geven. Als deze ontwikkelingen in een plaatje in samenhang worden gebracht, ziet dit er als volgt uit:



Figuur 1: 'Samenhang der dingen'

De samenhang zoals die geschetst wordt in een plaatje zou tevens de context moeten vormen voor de verslaglegging door zorgverleners, anders gezegd de context voor het cliëntendossier. Basis vormt de visie (Normen verantwoorde Zorg) die is vertaald naar een methodiek voor zorgverleners (Zorgleefplan) en een bijbehorende set indicatoren ten behoeve van evaluatie met cliënten (doen we het goed?) en verantwoording over de resultaten (laten zien dat we het goed doen).

'De context zou moeten vormen voor het cliëntendossier' staat in bovenstaande. Want de ontwikkeling van het cliëntdossier gebaseerd op de methodiek van het Zorgleefplan met als doel zorgverleners en cliënten te ondersteunen in het realiseren van de visie (kwaliteit van leven voor cliënten), verliep vanaf 2009/2010 geheel anders.

Daar zijn drie belangrijke oorzaken voor aan te wijzen; (1) de mismatch in tempo tussen overheid & Zorgkantoren en de VVT sector, (2) de modernisering van de AWBZ en andere wijze van bekostiging en (3) de invloed van de ontwikkeling van een elektronisch cliëntendossier.

Mismatch in tempo

Toen in de periode 2009/2010 de sectoren binnen de VVT nog aan het begin stonden van de implementatie van Normen Verantwoorde Zorg en het Zorgleefplan kwam (bijna 12 jaar na de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen⁷), vanuit de overheid en Zorgkantoren, de verplichting om verantwoording af te leggen over de door de VVT sector zelf vastgestelde kwaliteitsindicatoren.

Dat betekende dat er verantwoord moest worden aan de hand van set indicatoren die behoorde bij een visie die niet of nauwelijks geïmplementeerd was.

Er ontstond derhalve een mismatch tussen 'dagelijkse handelen' van zorgverleners en de verantwoording die daarover moest worden afgelegd.

Dat leidde tot overhaaste ad hoc drukte rond implementatie van lijsten met indicatoren die zorgverleners moesten gaan bijhouden en invullen ten behoeve van de verantwoording naar buiten door hun management en bestuur.

⁷ Per 01-01-2016 is een nieuwe wet in werking getreden 'Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg'. De wet vervangt de wetten Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

Verantwoording vond dus niet plaats van binnenuit, d.w.z. verantwoording als logische resultante van de uitkomsten van de zorgverlening (gebaseerd op visie!) waarover zorgverleners in hun eigen natuurlijke taal verslagleggen, maar vond van buitenaf plaats, aan de hand van verplichte administratief vertaalde invullijsten met kwaliteitsindicatoren. Daarmee ontstond een situatie waarin verantwoording en zorgverlening volledig uitelkaar gehaald werden, een situatie die tot op de dag van vandaag (2016) aan de orde is. Sinds 2010 is de administratieve last die zorgverleners daardoor ervaren alleen maar toegenomen. Er verdwijnt nooit een lijstje er komen alleen maar lijstjes bij.

Modernisering AWBZ en wijziging in bekostiging

Het grote project Modernisering van de AWBZ startte in 2003 met als doelen een omkering te bewerkstellingen van aanbodgerichte zorg naar vraaggestuurde zorg en meer keuzevrijheid voor cliënten mogelijk te maken.

De Modernisering ging gepaard met een wijziging van de bekostiging, de zogenaamde Functiegerichte bekostiging. De invoering ervan verliep in een aantal fasen gedurende de periode vanaf ca. 2004-2009.

De nieuwe bekostiging leidde tot nieuwe taal productie, kosten en efficiëntie. En leidde ook tot veel administratieve drukte rond inkoop, sturing op productievolume, legitimatie van geleverde uren per functie of ZZP's en verantwoording en dit had een grote impact op de gegevensvastlegging door zorgverleners.

De invloed van ECD ontwikkeling

De nieuwe bekostiging en de verplichte verantwoording over bekostiging en kwaliteit werden de administratieve last van zorgverleners.

Een administratieve last waarvan de sturing, beheersing en verwerking ook een last was voor de staffuncties, management en bestuur. De ontwikkeling en implementatie van een ECD moest uitkomst gaan brengen. Die ontwikkeling werd in gang gezet op basis van een model dat in opdracht van Actiz ontwikkeld werd. Onderstaand plaatje toont dit model...

Het oranje vlak toont de scope van het ECD, het elektronisch cliëntendossier.

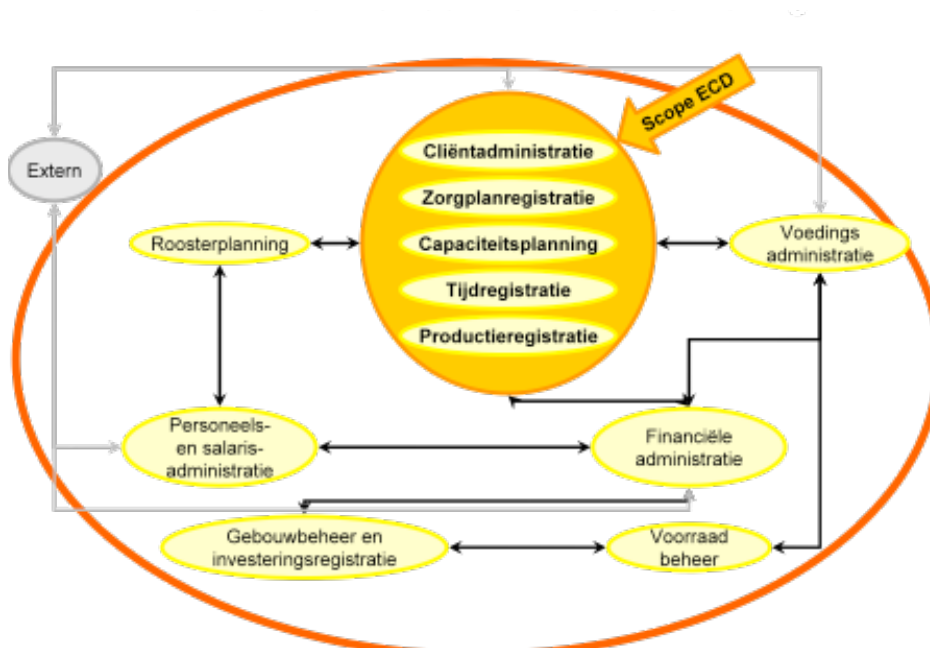
Dat deze scope geleid heeft tot ontwikkeling van systemen waar zorgverleners en cliënten zich niet in herkennen en tot gevolg heeft gehad dat zorgverleners zuchten en steunen over de enorme administratieve last behoeft vermoedelijk geen verdere toelichting.

Het zorgplan dat de basis moest vormen voor verslaglegging over de zorgverlening gebaseerd op een visie

'cliënten moeten ondersteund worden om "zoveel mogelijk het leven te kunnen leiden zoals ze dat willen en gewend zijn, en de dingen te kunnen doen die ze gelet op hun mogelijkheden en beperkingen zelf belangrijk en zinvol vinden

en met de bedoeling de om de positie van de cliënt te versterken, werd een stuur- en beheersinstrument voor bekostiging en verantwoording, voor en door management en bestuur.

Het ECD is niet het 'mensenwerk' gaan ondersteunen maar is het 'mensenwerk gaan beheersen als gevolg van achterstevoren denken en doen. Oplossingen voor management, werden problemen voor zorgverleners en het cliëntendossier raakt de weg kwijt.



Figuur 2: Model Procesontwerp ECD t.b.v. VVT

2 Verslaglegging in de zorg

De functie van een dossier in de zorgverlening

Het dossier in de zorg is de documentatie van de zorgverlener die het geheel van afspraken, bevindingen, onderzoeksresultaten, voortgangsrapportages, evaluatieresultaten etc. omvat. Het zorg- of behandelplan maakt daar onderdeel vanuit.

Elke zorgverlener houdt een eigen, beroepsgroep specifiek, dossier bij. Daar waar een arts betrokken is bij de zorgverlening, wordt het medisch dossier doorgaans beschouwd als 'hoofddossier' en dragen andere professionals zorg voor periodieke rapportages aan de arts, die deze informatie opneemt in het medisch dossier.

William Goossen⁸ onderscheidt een aantal functies van een dossier.

1. In eerste instantie is het bijhouden van een dossier een 'aide memoire' voor de zorgverlener.
2. In tweede instantie kan een dossier zorgen voor continuïteit van zorg, als die door anderen wordt gegeven.
3. Als derde kan op basis van een goed gedocumenteerd dossier verantwoording worden afgelegd.

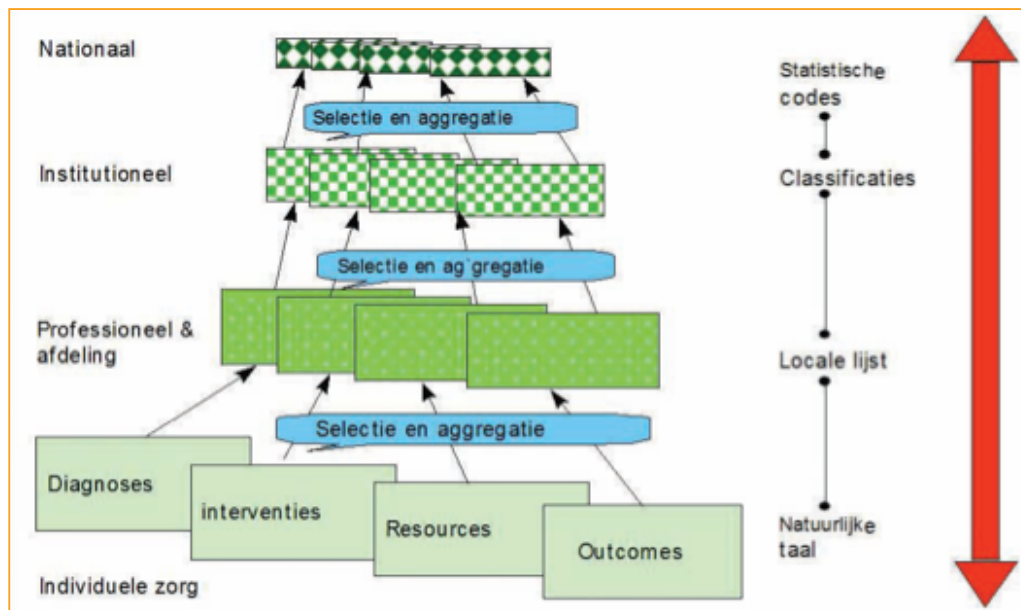
Overall in de zorg krijgt dit laatste aspect steeds meer aandacht en dit stelt eisen aan de wijze waarop de zorghoudelijke informatie wordt vastgelegd. Voor de eerste twee functies voldoet een memoveld, voor de laatste functie voldoet dit veelal niet meer.

Verantwoording afleggen kent meerdere aspecten. Het kan verantwoording betreffen aan de cliënt/patiënt, aan de financier, aan overheidsorganen, aan de organisatie en aan collega's. Deze verschillende verantwoordingen hebben verschillende doelen en stellen specifieke eisen aan de gegevensvastlegging (aard en wijze waarop). William Goossen heeft zijn opvatting over gegevensvastlegging ten behoeve van de verschillende functies van een dossier in een model vertaald. Dit model is gebaseerd op 'van voren naar achteren denken'.

Gegevens worden eenmalig vastgelegd binnen het primaire proces waar ze een 'natuurlijk onderdeel vormen' van het dagelijks handelen van zorgverleners.

En vervolgens kunnen ze op verschillende niveaus, voor verschillende doeleinden gebruikt worden.

Onderstaande figuur toont dit model:



figuur 3 selectie en aggregatie van gegevens en de soort terminologie voor elk niveau; William Goossen 1997

8 William Goossen is verpleegkundige en hij is in 2000 gepromoveerd in de medische wetenschappen. De titel van zijn proefschrift is 'Towards Strategic use of nursing information'. Hij heeft veel gepubliceerd op het terrein van de verpleegkundige informatica en hij houdt zich intensief bezig met het vraagstuk van toepassing van EPD in de gezondheidszorg.

Belang van methodieken, classificaties en standaarden

Verantwoording kunnen afleggen vraagt om transparantie/ meetbaar maken van de resultaten van de zorgverlening. Ten grondslag daaraan ligt methodisch handelen: het stellen van een diagnose, het bepalen van behandeldoelen, het evalueren van behaalde resultaten en het waar nodig bijstellen van behandeldoelen. Voor dit planmatig en cyclisch werken zijn (en worden nog steeds) er tal van methodieken al dan niet in combinatie met classificatiesystemen, ontwikkeld; elke beroepsgroep een eigen methodiek, veelal meerdere methodieken per beroepsgroep. SAMPC, SFMPC, Gordon, Zorgleefplan, NANDA/NIC/NOC, OMAHA System, zijn slechts enkele voorbeelden hiervan. En hoewel de keuze voor een methodiek bij professionals buitengewoon gevoelig ligt, hebben ze gemeen dat ze de zorgverlener ondersteunen bij methodisch werken. Wat verschilt zijn de gehanteerde terminologie, de focus en de uitgebreidheid (en hier ligt dan ook de gevoeligheid). De opzet achter het methodisch handelen is uiteraard ook gericht op de dossiervorming. De verslaglegging dient op basis van de gehanteerde methodiek plaats te vinden.

Aan standaardisatie en structurering van de zorgverlening is sinds enige jaren een 'item' toegevoegd; Evidence based zorg verlenen. Dit is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruik maken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt.

Opgekomen in de jaren negentig vanuit de geneeskunde en inmiddels overgewaaid naar andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Evidence based zorg wordt mogelijk gemaakt door gegevens die beschikbaar komen (wetenschappelijk onderzoek) over de effectiviteit van de geleverde zorg.

Deze gegevens vormen op hun beurt weer de basis voor de ontwikkeling van standaarden in de zorg. Deze standaarden structureren de zorgverlening aan patiënten. Een voorbeeld hiervan is de NHG-standaard voor de behandeling van patiënten met Diabetes Mellitus.

De standaarden worden door professionals vertaald naar een behandelprogramma⁹ of zorgprogramma en in dit programma is voor iedere discipline die bij de zorgverlening betrokken is, overeengekomen wat er verwacht wordt met betrekking tot de zorgverlening in termen van doelen, interventies, diagnostisch onderzoek, te behalen resultaten en tijdbesteding.

Tevens structureren deze standaarden de gegevensvastlegging, dat wil zeggen de rapportage over de afspraken, bevindingen en behaalde resultaten. Aan de hand hiervan komen weer gegevens beschikbaar over de effectiviteit.

⁹ De standaarden worden door samenwerkende professionals vertaald naar zorgprogramma's. Deze zorgprogramma's volgen de standaard maar kunnen voorzien worden van een 'couleur locale', hetgeen ook gebeurt. Er zijn vele zorgprogramma's voor Diabetes, deze zijn ongeveer identiek, maar toch net even anders.

Gebruik van OMAHA System in de wijkverpleging

Sinds de overheveling in 2015 van de wijkverpleegkundige zorg naar de Zorgverzekeringswet (ZvW) zijn wijkverpleegkundigen verplicht een classificatiesysteem te gebruiken voor het bepalen van de aard en omvang van de zorgvraag.

OMAHA is één de classificatiesystemen die goedgekeurd is voor gebruik en is door Actiz omarmd als voorkeur-systeem. Omdat de transitie van de langdurige zorg een belangrijke rol speelt bij een goed begrip van de toepassing van OMAHA System (verder als OMAHA) in de wijkverpleging wordt allereerst nader ingegaan op de betekenis hiervan voor de rol en verantwoordelijkheden van wijkverpleegkundigen. Uitgebreid wordt aandacht besteed aan wet- en regelgeving die van toepassing is op de ZvW en aan de hand daarvan wordt een relatie gelegd met de toepassing van OMAHA en vooral ook met de toegevoegde waarde daarvan.

Het wettelijke kader 'Verpleging in de wijk'

De overheveling van de wijkverpleegkundige zorg naar de ZvW is meer dan alleen verschuiving van geld. De ZvW is een ander wettelijk kader dan de (voormalige) AWBZ.

Binnen de ZvW wordt de aanspraak op medisch noodzakelijk zorg op hoofdpijnen geregeld.

Zorgverzekeraars werken in hun zorgpolis uit welke zorg dit precies is en op welke wijze een verzekerde toegang heeft tot het aanbod. De polis die de verzekerde heeft afgesloten is dus bepalend voor de omvang van de aanspraak die hij of zij kan doen en de wijze waarop.

Onder de titel 'verpleging in de wijk' vermeld artikel 2.10 van de wet het volgende:

- Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - Verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
 - Niet gepaard gaat met verblijf;
 - Geen kraamzorg betreft.

Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) omschrijft dit (uitgebreider) als volgt:

Deze prestatie omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en deze zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Voorwaarde is dat er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Het doel is deze zorg dicht bij andere eerstelijnszorg en het sociale domein te positioneren. Samen met de huisartsenzorg is de 'verpleging in de wijk' erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking.

'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', dit wordt als volgt nader uitgewerkt door het Zorginstituut:

Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' omvat meer dan verpleging en verzorging.

Door te verwijzen naar 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', valt het verpleegkundig arsenaal aan zorg, zoals de beroepsgroep dit omschrijft, in het basispakket: niet alleen de zorgverlening (verpleging en verzorging), maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en de individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde, preventie.

Voorals mensen bij wie de gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren (bijvoorbeeld kwetsbare ouderen) en/of die dikwijls al (intensief) te maken hebben met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg zullen hier gebruik van maken.

Met haar bovenstaande beschrijving stelt het Zorginstituut Nederland vast dat het arsenaal aan zorg zoals de beroepsgroep dit omschrijft onderdeel is van het basispakket.

Dat biedt enerzijds ruimte voor de aanpak van de wijkverpleegkundige.

Maar impliceert anderzijds dat additionele financiering zoals die bestond binnen de AWBZ voor bijvoorbeeld AIV of casemanagement, overbodig is geworden.

Ook het onderdeel 'Zorg die verband houdt met geneeskundige zorg of een verhoogd risico erop' wordt nader uitgewerkt door het Zorginstituut:

Artikel 2.10 spreekt over 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'.

Deze zinsnede geeft aan dat deze zorg ook verleend kan worden aan verzekerden bij wie nog geen sprake is van een ziekte, aandoening of beperking, maar die wel een 'hoog risico' hierop hebben, zoals ouderen met een lichamelijke aandoening of beperking of met dementie of, in het algemeen, mensen bij wie de gezondheidssituatie snel kan veranderen en verslechteren en die dikwijls al (intensief) te maken hebben met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg.

Het kan van belang zijn bij deze cliënten alert te zijn op de behoefte aan verpleegkundige zorg dan wel een behoefte te voorkomen. Door de cliënt te observeren, kunnen problemen worden gesignaleerd.

Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan signaleren van symptomen van decubitus,

uitdroging, smetten, verslechtering van de fysieke en/of psychische situatie en het in de gaten houden van therapietrouw. Tijdige signalering hiervan voorkomt ernstigere aandoeningen die gepaard kunnen gaan met bijvoorbeeld ziekenhuisopnames en daardoor ook hogere kosten.

De observatie kan bijvoorbeeld plaatsvinden via ADL-ondersteuning (al of niet dagelijks) en deze ADL-ondersteuning valt dan in deze gevallen onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'.

Met haar bovenstaande beschrijving stelt het Zorginstituut Nederland nergens vast dat dit betekent dat een verwijsbrief van de huisarts verplicht is. Wel geeft het richting aan de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen.

Tot slot beschrijft het Zorginstituut Nederland:

De wijkverpleegkundige analyseert de problemen en maakt een inschatting van de mogelijkheden tot zelfredzaamheid en het vermogen tot zelfregie. Op basis hiervan stelt zij de indicatie vast voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. De zorg waarop de cliënt 'redelijkerwijze is aangewezen' wordt vastgelegd in een individueel zorgplan.

Daar waar de wet zich beperkt tot 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', maakt het Zorginstituut dit iets specifieker.

Voor het eerst wordt nadrukkelijk gesproken over wijkverpleegkundige (ipv het meer algemene verpleegkundige) en wordt iets gezegd over de aanpak die de wijkverpleegkundige hanteert: Probleem analyse → indicatie voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden → die in aard en omvang 'redelijkerwijs is' → en wordt vastgelegd in een individueel zorgplan.

In relatie hiermee vermeldt artikel 2.1 lid 2 van de wet:

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

En hiermee belanden we in het domein van de beroepsgroep zelf.

Het Normenkader

Namens de beroepsgroep heeft de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland (V&VN) het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' opgesteld. Aan de hand van zes normen beschrijft dit kader aan welke eisen

verpleegkundigen voldoen wanneer zij extramurale verpleging en verzorging indiceren en organiseren:

1. Indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van professionele autonomie;
2. Indiceren en organiseren van zorg wordt gedaan door een bachelor of master opgeleide verpleegkundige;
3. Indiceren en organiseren van zorg is gericht op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem;
4. Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces;
5. De verslaglegging voldoet aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging;
6. De verpleegkundige overdracht voldoet aan de V&VN standaard voor overdracht van zorg

Het normenkader verschaft cliënten en overheid duidelijkheid en is richtinggevend voor professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het normenkader geeft onder andere aan dat besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg plaatsvindt op basis van het verpleegkundig proces.

Het Verpleegkundig Proces

Het Verpleegkundig Proces is een methodiek voor verpleegkundig handelen.

De methodiek is gebaseerd op The Standards of Practice van de American Nurse Association (ANA) en onderscheidt een zestal stappen die cyclisch doorlopen worden:



Figuur 4: De zes stappen van het verpleegkundig proces

De ANA werkt al tientallen jaren samen met een aantal organisaties die classificaties ontwikkelen voor verpleegkundigen. De classificaties en de methodiek hangen nauw met elkaar samen. NANDA/NIC/NOC en OMAHA zijn 2 voorbeelden hiervan.

Er is en wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan (validatie, evidence based)

Die classificaties zijn vertaald naar de Nederlandse situatie, in samenhang met de methodiek van het verpleegkundig proces.

Deze samenhang tussen methodiek en classificaties biedt de beste (zo niet enige) objectieve basis voor verpleegkundig handelen en maakt dit handelen toetsbaar.

En juist dit is van groot belang voor de wijkverpleegkundigen nu hun verrichtingen binnen de ZvW vallen.

OMAHA legt een fundament onder het Verpleegkundig Proces en het verpleegkundig redeneren en ondersteunt alle stappen in het proces:

- Verkennen van de situatie en in kaart brengen mogelijkheden van de cliënt.
- Vertaling van gegevens naar een zorgplan.
- Bepalen van de uitkomsten.
- (Tussen)evaluatie en aanpassen plan van de situatie.
- Vastleggen van de voortgang.

OMAHA volgt op hoofdlijnen de stappen van de methodiek van het verpleegkundig proces, al worden er andere begrippen gehanteerd. Zo gaat OMAHA uit van gebieden (42 gebieden) en niet van problemen en diagnoses:

Wat is OMAHA en hoe werkt het?

De keuze van V&VN voor de methodiek van het Verpleegkundig Proces is niet vrijblijvend. Inmiddels is de keuze voor gebruik van een classificatie systeem ook niet meer vrijblijvend. Het moet.

Keuzevrijheid is er wel ten aanzien van het type classificatiesysteem dat gebruikt gaat worden. Niet altijd, maar naar verwachting wel vaak zullen wijkverpleegkundige gebruikmaken van OMAHA, omdat Actiz dit als voorkeur-classificatiesysteem omarmd heeft.

Anders dan NANDA/NIC/NOC is OMAHA geen specifiek verpleegkundig classificatiesysteem. Wel is het een door de ANA en V&VN erkend verpleegkundig classificatiesysteem.

OMAHA is een classificatiesysteem en een terminologie- en code stelsel

Het helpt zorg- en hulpverleners bij het identificeren en vastleggen van *aandachtsgebieden*, *interventies* en *uitkomsten* van en voor cliënten.

Het is een hulpmiddel voor het *communiceren* en *delen* van *informatie*. Anders gezegd: het is een hulpmiddel voor documentatie, dossiervoering en voor informatiemanagement.

Iedere term in OMAHA system kent een unieke (numerieke) code.

Het gebruik van codes maakt uitwisseling van gegevens mogelijk (eenheid van taal) zowel binnen de eigen organisatie als tussen organisaties. Ook kunnen gegevens makkelijk worden gebruikt in analyses.

Fasen OMAHA System Model



Fasen methodiek verpleegkundig proces



Figuur 5: fasen van OMAHA en het Verpleegkundig Proces

Meer informatie, waaronder een korte video (ca. 10 minuten) waarin de toepassing van OMAHA system wordt uitgelegd aan de hand van praktijkvoorbeelden is te vinden op de website: www.omahasystem.nl

De ZvW heeft de wijkverpleegkundigen weer in hun kracht gezet.
Op basis van hun professionele autonomie analyseren zij met OMAHA als hulpmiddel, de gehele context van thuiswonende mensen en doen en regelen wat nodig is zodat mensen zolang mogelijk zelfstandig en zelfredzaam thuis kunnen blijven wonen, met zoveel als mogelijk behoud van eigen regie.
De individuele (zorg)wensen en behoeftes van mensen variëren. Maar ook op het niveau van het individu zijn (zorg)vragen en behoeftes aan verandering onderhevig. Soms nemen vragen en behoeftes af en soms nemen deze toe.

Voor sommige mensen komt er een moment dat ze dermate kwetsbaar geworden zijn dat thuis wonen niet langer mogelijk is en zal de wijkverpleegkundige in overleg met familie, en de huisarts een traject in gang gaan zetten voor opname in een verpleeghuis.

Na de introductie van OMAHA voor de wijkverpleegkundigezorg, ontstaat er nu ook een beweging om dit instrument intramuraal toe te gaan passen. Dat roept de vraag op of de toepassing van OMAHA intramuraal daadwerkelijk toegevoegde waarde biedt.

Gebruik van OMAHA in de verpleeghuiszorg?

Het begrip 'intramuraal' zegt iets over de plek waar mensen, veelal ouderen, verblijven die zorg ontvangen. Voor de grootste groep ouderen die intramuraal verblijven is dit een plek waar ze de laatste jaren van hun leven doorbrengen. Het is hun woon- en leefomgeving geworden.
Een kleinere groep verblijft tijdelijk intramuraal. Zij volgen daar, aansluitend op een ziekenhuisopname, een revalidatieprogramma met als doel om weer terug te keren naar hun eigen huis. Deze groep wordt hier buiten beschouwing gelaten.

De financiering van de groep ouderen die permanent intramuraal verblijven valt sinds 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en daarmee is formeel het onderscheid tussen verzorgingshuis en verpleeghuis vervallen.
Al zullen, mede vanwege het overgangsrecht de verschillen tussen deze instellingen nog enige tijd blijven bestaan, ook wat betreft de kenmerken van groep ouderen die er verblijft.
In het navolgende zullen echter alleen nog de begrippen verpleeghuis en verpleeghuiszorg worden gehanteerd.

Opnieuw wordt allereerst uitgebreid besteed wordt aandacht besteed aan wet- en regelgeving die van toepassing is op de Wlz en aan de hand daarvan de vraag beantwoord of toepassing van OMAHA ook toegevoegde waarde heeft binnen de verpleeghuiszorg.

Het wettelijk kader van de Wlz

Opname in een verpleeghuis is strak gereguleerd in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de daarmee samenhangende beleidsregels indicatiestelling Wlz.

Artikel 3.2.1. van de Wlz vermeldt het volgende:

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

1. *Permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde of*
2. *24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen:*
 - *Door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft of*
 - *Door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

Uit toelichting blijkt dat bij 'ernstig nadeel voor de verzekerde' sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

In de beleidsregels indicatiestelling Wlz is onder meer vastgelegd:

De door het CIZ vastgestelde formulierenset wordt gehanteerd bij het indicatieonderzoek en de registratie van onderzoeksgegevens en de indicatie.

De formulierenset is gebaseerd op:

- *de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen,*
- *en de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4),*
- *en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.*

Het Zorginstituut Nederland en het CIZ hebben een 'afwegingskader toegang tot de Wlz' opgesteld (juli 2015). Dit afwegingskader biedt een gestructureerde vragenlijst om te beoordelen of een verzekerde voldoet aan de criteria van de Wlz. Het CIZ zal dit gaan gebruiken bij de indicatiestelling.

Voor het Zorginstituut wordt dit belangrijk bij het beoordelen van indicatiegeschillen.

De wijze waarop mensen (verzekerden) toegang krijgen tot zorgvoorzieningen die vallen onder Wlz onderscheidt zich in zeer hoge mate van de ZvW. Toegang tot de Wlz is strak en gedetailleerd gereguleerd in wet- en regelgeving en zorgprofessionals spelen geen rol in de beoordeling daarvan:

- De wet bepaalt van welke problemen sprake moet zijn wil iemand aanspraak kunnen maken op Wlz gefinancierde voorziening als het verpleeghuis.
- De wet bepaalt welke vormen van zorg & diensten het Wlz verzekerde pakket omvat (waar kan iemand aanspraak op maken versus wat dient het verpleeghuis te leveren)
- Het CIZ toets met behulp van gestandaardiseerde vragenlijsten op basis van 3 classificatiesystemen de aanvraag aan de wet- en regelgeving.
- Indien dit leidt tot een positief indicatiebesluit is tevens de omvang van de aanspraak vastgesteld.

Niet alleen de toegang is strak gereguleerd. Ook het recht op zeggenschap over het eigen leven is in de wet vastgelegd.

Artikel 8 (8.1.1 t/m 8.1.3) van de wet vermeldt het volgende:

De verzekerde aan wie een zorgaanbieder zorg verleent heeft er recht op dat de zorgaanbieder vòòr, dan wel zo spoedig mogelijk na aanvang

van de zorgverlening een bespreking met hem organiseert teneinde afspraken te maken over:

1. *de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;*
2. *de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;*
3. *de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;*
4. *de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.*

Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald aan welke aspecten in ieder geval aandacht wordt besteed bij de bespreking van de onderwerpen, genoemd in het eerste lid, onder 3. Voorafgaand aan de bespreking kan de verzekerde of zijn vertegenwoordiger de zorgaanbieder een persoonlijk plan overhandigen waarin hij ingaat op de onderwerpen, genoemd in het eerste en tweede lid.

De zorgaanbieder brengt de verzekerde of zijn vertegenwoordiger van deze mogelijkheid op de hoogte en stelt hem gedurende zeven dagen daaropvolgend in de gelegenheid het plan te overhandigen.

De verzekerde heeft er voorts recht op dat de zorgaanbieder overeenkomstig de met hem gemaakte afspraken tweemaal per jaar een bespreking met hem organiseert ter evaluatie en actualisatie van de afspraken.

De rol van OMAHA in het zorgproces

OMAHA is een instrument ten behoeve van professionals. Door de wijkverpleegkundige wordt OMAHA gebruikt om samen met de cliënt diens functioneren te beoordelen en de daaruit voortkomende zorg- of hulpvraag vast te stellen, acties te plannen en uit te voeren, te meten, te evalueren en indien nodig de initiële beoordeling bij te stellen.¹⁰

Als bovenstaande vertaald wordt naar de relatie tussen cliënt/ bewoner en de zorgprofessionals binnen het verpleeghuis dan valt op dat er sprake van een groot verschil.

¹⁰ OMAHA 'bemoeit zich' niet met hoe de zorg- en hulpverlening plaats vindt.

De context van een oudere die in een verpleeghuis gaat wonen is onvergelijkbaar met de context van een thuiswonende oudere.

Anders dan in de thuissituatie is de context volstrekt helder, er is immers sprake van een volledig georganiseerde woon- en leefsituatie, inclusief zorg en behandeling. Daar waar een thuiswonende oudere met ondersteuning van de wijkverpleegkundige nagaat wat er in zijn of haar specifieke situatie georganiseerd moet worden om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, is voor een oudere die in een verpleeghuis woont een omgekeerd vraagstuk aan de orde.

Namelijk: *Hoe zet ik op basis van mijn indicatiebesluit 'de dingen' zo naar mijn hand dat voorkomen wordt dat ik ten onder ga in dat wat er georganiseerd is en mijn Leefplezier in gevaar komt?* [## link naar Leergang Leefplezier Organiseren; visie, cultuur en structuur ##](#)

De wetgever onderkent dit risico en heeft vastgelegd welke rechten 'de verzekerde' heeft inzake de zeggenschap over het eigen leven en welke verplichtingen er voor de zorgaanbieder uit voortvloeien.

Het verpleeghuis¹¹ is verantwoordelijk voor de uitvoering en evaluatie van de zorgverlening binnen het strak gereguleerde kader van de Wlz, op basis van de aanspraak die het CIZ heeft toegekend aan de cliënt.

In termen van OMAHA betekent dit voor zorgprofessionals die werken binnen een verpleeghuis dat zij, beoordeeld vanuit de (overall) optiek van de cliënt, in beeld komen bij de stappen: 'plan en voer actie uit', 'meet per gebied tussentijds zorg', 'evalueer uitkomst per gebied'.¹²



Figuur 6: Model OMAHA System

¹¹ In de context van de Wlz is een zorgaanbieder een instelling of een solistisch werkende zorgverlener. In geval van een verpleeghuis is geen sprake van solistisch werkende zorgverleners, dus betreft het hier de verplichtingen van de instelling.

Op het moment dat evaluatie leidt tot behoefte aan wijzigingen in de omvang van de zorg wordt de besluitvorming hierover weer teruggedraaid bij het CIZ.

De toegevoegde waarde van OMAHA binnen de verpleeghuiszorg

Tegen achtergrond van deze formele (Wlz)context zijn er nauwelijks argumenten die pleiten voor toepassing van OMAHA in het verpleeghuis. Transparantie in de indicatiestelling is hier geen vraagstuk, immers de indicatiestelling wordt uitgevoerd door het CIZ.

Dit beperkt de toepassing van OMAHA tot een drietal stappen uit het Model, met als mogelijk bijkomend nadeel dat er geen samenhang is tussen de classificatie en meting zoals het CIZ die hanteert en OMAHA.

Als een betrouwbare vertaalslag van CIZ classificatie/ indicatie naar OMAHA acties niet mogelijk is dan vervalt een belangrijke reden om OMAHA toe te passen (objectieve en betrouwbare zorginhoudelijke informatie).

OMAHA dreigt dan de functie van checklist of handvat te krijgen voor de samenstelling van het zorgplan/ behandelplan.

Ofschoon dit niet het doel van toepassing van OMAHA is, zou een toepassing als checklist/ handvat beperkte toegevoegde waarde kunnen hebben voor bewoners (hebben we alle vraagstukken goed in beeld?).

Vervolgens is vanuit de inhoudelijke context de vraag aan de orde of met behulp van OMAHA alle relevante vraagstukken van bewoners van een verpleeghuis in beeld gebracht worden.

Dat is zeer twijfelachtig, want ondanks de claim van OMAHA dat vraagstukken vanuit een holistische visie benaderd worden, ligt de nadruk sterk op de gezondheidstoestand.

Het is dan ook de vraag of het gebruik van OMAHA bijdraagt aan meer Leefplezier verbeterd voor een bewoner van een verpleeghuis.

De zogenaamde actie-kaart die binnen OMAHA gebruikt wordt verwijst naar 'welzijn'. Maar biedt geen handvat om dit verder te vertalen naar de wensen en behoeftes van een bewoner.

Zorg voor Leefplezier/ welbevinden ligt in de verpleeghuiszorg in het domein van de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV) of soortgelijke functie¹³. Mag/ kan verwacht worden

¹² Uiteraard hebben de diverse professionals een eigen professionele verantwoordelijkheid waar beroepsgroep specifieke normen en methodieken op van toepassing zijn, die op uitvoeringsniveau (hoe de zorg wordt verleend) ook een cyclisch proces doorlopen.

¹³ Waarbij opgemerkt kan worden dat ook behandelaren hierin een rol spelen, echter hun interventies zijn vooral gericht op het zogenaamde 'negatief welbevinden' (Sociale Productie Functie Theorie waarop de visie van Leefplezier is gebaseerd). Opheffen of verminderen van negatief welbevinden geeft op zich geen welbevinden (welzijn), het haalt wel drempels weg.

dat de EVV in staat is OMAHA toe te passen? Het competentieprofiel van de verzorgende omschrijft het volgende:

‘De verzorgende is in staat te werken volgens routines, standaardprocedures en combinaties van (standaard)procedures. De verzorgende werkt in laag tot gemiddeld complexe zorgsituaties. Ze werkt in voorspelbare, niet-levensbedreigende situaties. Ze kan echter wel te maken hebben met veranderingen in de vraag en behoefte van de cliënt en diens omgeving. De handelingen die zij verricht zijn meervoudig van aard. Haar werkzaamheden zijn vaak praktisch en concreet van aard. Zij kan improviseren in praktische situaties. Vanuit een inhoudelijke opdracht is ze in staat een bijdrage te leveren aan samenwerking met andere disciplines. Ze overleg en stemt met hen af.’

De competenties van de EVV overstijgen dit competentieprofiel maar of het voldoende is voor een adequaat gebruik van OMAHA is onbekend, daar zijn geen ervaringen mee opgedaan.

Een te eenzijdige focus op de gezondheidstoestand (het negatief welbevinden, zie voetnoot 12) en het buitenbeeld raken van het positief welbevinden door toepassing van OMAHA in de verpleeghuiszorg vormt dan ook een groot risico. Een risico dat op haaks staat op met werken vanuit Leefplezier.

Ook organisaties die Leefplezier niet uit volle overtuiging omarmen als richtinggevende visie¹⁴ lopen hiermee een groot risico.

Leefplezier als richtinggevende eis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg

De overgang naar Wlz ging gepaard met een aanpak voor verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Die aanpak is tot stand gekomen in samenwerking tussen VWS, NPCF, LOC, V&VN, Verenso, ActiZ, BTN, ZN, IGZ en het Zorginstituut. Deze partijen, verenigd in de landelijke taskforce verpleeghuiszorg, streven een omslag in verpleeghuiszorg na die beschreven is onder de titel: ‘Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen’¹⁵.

Het begrip waardigheid heeft betrekking op cliënten, hun familie en naasten:

‘Zorg die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt, met warme betrokkenheid van familie en naasten.’

Het begrip trots heeft betrekking op de zorgverleners:

‘Zorg die met plezier geleverd wordt door gemotiveerde verzorgenden, verpleegkundigen en behandelaars. Zorg die voldoet aan hun beroepsstandaard geleverd in een beschermde woningomgeving.’

Volgens de aanpak zijn dit de sleutelementen voor liefdevolle zorg voor onze ouderen.

In de begeleidende brief aan de Tweede Kamer (februari 2015) schrijft de Staatsecretaris over de aanpak onder meer het volgende:

‘Ik wil benadrukken dat er geen gemakkelijke en/of snelle oplossingen zijn om tot toekomstbestendige verpleeghuiszorg te komen. De fundamentele verandering zit in de relatie tussen cliënten en professionals. Zij zullen zich gesteund en ondersteund moeten voelen zorg anders in te richten en daartoe het gesprek met elkaar anders te voeren. Dat vergt een andere attitude van hen, maar vooral van anderen; de partijen die invloed uitoefenen op de primaire relatie tussen cliënt en professional (middenmanagement, bestuurders, Wlz- Wlz-uitvoerders, toezichthouders en overheid). Wij met elkaar moeten daar meer lef in tonen en die andere attitude ook laten zien in de uitoefening van onze (wettelijke) taken.’

Op verzoek van de taskforce heeft Coolen zich gebogen over de vraag wat goede verpleeghuiszorg is; op welke kwaliteit de ouderen mogen rekenen¹⁶.

De landelijke taskforce verpleeghuiszorg heeft uitgesproken dat:

de voorliggende schets (zoals het document genoemd wordt) een samenbindend document is voor alle partijen in de zorg: beroepsgroepen, zorginstellingen, cliëntenorganisaties, IGZ, zorgverzekeraars. De schets geeft kort en krachtig voor al deze betrokkenen een richtinggevend kader – zo hebben zij vastgesteld.

Paragraaf 4.5 van deze schets geeft een samenvatting van het inhoudelijk perspectief dat geschetst is voor de verpleeghuiszorg. Drie gezichtspunten worden benoemd (1) basis, (2) richting en (3) eisen.

Over de richting en de eisen worden het volgende opgemerkt:

Richting:

Kwaliteit van ouderenzorg berust op persoonsgerichte zorg in een beschermende woonsetting.

14 Zie Leergang organiseren van Leefplezier + [## link naar Leergang##](#)

15 Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen’ (VWS, februari 2015) [## Link naar document ##](#)

16 ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier; Jan Coolen, Ben Sajat Centrum – academische werkplaats langdurige zorg – Amsterdam September 2015. In opdracht van Landelijke taskforce verpleeghuiszorg en Ministerie van VWS [# link naar document#](#)

Met als leidraad:

(a) mijn ziekten en beperkingen, (b) hulp die bij mij past, (c) wat bijdraagt aan mijn welbevinden. Deze punten zijn dan ook de kern van het wettelijk verplicht zorgplan. Het betekent dat zorgteams en woonvormen – in dialoog met de cliënt – kijken naar de meerwaarde die ze bereiken op belangrijke gebieden van welbevinden: plezierig wonen, verzorgd lichaam, gezondheid (w.o. omgaan met een gebrekkige gezondheid), lekker eten en drinken, plezierige dagbesteding, goed slapen, rusten en waardevolle relaties.¹⁷

Eisen:

Kwaliteit in de woonvormen voor 24-uurs zorg – ook wat zorgorganisaties moeten doen – is vervolgens verbonden aan drie gebieden:

- *gezondheidszorg gericht op functiebehoud en comfort*
- *dagelijkse verzorging op grond van individueel maatwerk*
- *prettige bezigheid, afgestemd op de leefstijl van de persoon.*

Deze gebieden staan uiteraard in samenhang met elkaar. Daarnaast zijn eisen gesteld aan de woonlocatie:

- *comfort, veiligheid voor de bewoners;*
- *gastvrijheid en levendigheid (er is iets te doen)*
- *aangename maaltijden in sfeervolle setting*

Zo gesteld, is er continuïteit ten opzichte van het kwaliteitskader uit 2013 (LOC, IGZ, ZN). Tegelijk is een vergaande vereenvoudiging aangebracht. Ook is een nieuw accent gelegd door de zorg te verbinden met persoonlijk welbevinden (=oriëntatie op leefplezier).

Ofschoon de uitkomsten van de schets van Coolen niet zondermeer in lijn zijn met de Leefplezier-visie¹⁸ is het belang dat gehecht wordt aan Leefplezier evident. En de uitkomsten zijn als richtinggevend kader vastgesteld door de taksforce.

OMAHA in het verpleeghuis?

In het voorgaande is de vraag of toepassing van OMAHA ook toegevoegde waarde heeft binnen de verpleeghuiszorg voor zowel de formele Wlz-context als de inhoudelijke context geanalyseerd. Geconstateerd is dat in de formele context transparantie in de indicatiestelling geen vraagstuk is en er geen samenhang is tussen de classificatie en meting zoals het CIZ die hanteert en OMAHA. Daarmee vervalt een belangrijke reden om OMAHA toe te passen (objectieve en betrouwbare zorginhoudelijke informatie).

In de inhoudelijk context biedt OMAHA te weinig handvatten om Leefplezier voor bewoners te ondersteunen, met als groot risico dat dit (a) op gespannen voet staat met de richtinggevende kaders die vastgesteld zijn voor de verpleeghuiszorg en (b) haaks staat op de visie van organisaties die vanuit Leefplezier werken.

Voor organisaties die desondanks toch overwegen het gebruik van OMAHA voor de verpleeghuiszorg toe te passen rest de vraag wie regie voert over de toepassing ervan.

Immers verondersteld kan worden dat professionals met slim gebruik van OMAHA een heel eind in de goede richting komen. Meer specifiek is de vraag aan de orde wie OMAHA in samenhang slim gaat toepassen.

Immers in de samenhang van alle acties komt de toegevoegde waarde van OMAHA voor bewoners tot uiting. Ook in de verantwoording naar buiten. Daarover nog het volgende.

Regievoering over OMAHA behoort niet tot de competenties van verzorgenden.

Het competentieprofiel van de EVV biedt enige ruimte hiervoor, maar in meer praktische zin is onbekend (geen opgedane ervaringen) of de EVV in staat zal zijn dit adequaat toe te passen.

Tevens is aan de orde of het de EVV gegund wordt in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de specialist ouderen geneeskunde (SOG) en EVV.

Regievoering over OMAHA door de SOG is mogelijk op grond van diens competenties, maar vergt echt een andere attitude, met als risico dat OMAHA een instrument wordt in het behandeldomein (negatief welbevinden)

In verpleeghuizen hebben verpleegkundigen doorgaans geen regiefunctie, zij voeren handelingen uit waarvoor verzorgenden niet bevoegd of bekwaam zijn. Een andere positionering van verpleegkundigen, vergelijkbaar met de wijkverpleegkundige, kan leiden tot toegevoegde waarde van de toepassing van OMAHA (slimme samenhang aanbrengen) voor bewoners in het verpleeghuis. Dat heeft nogal wat organisatorische consequenties voor zowel het aantal verpleegkundigen als het opleidingsniveau (niveau 5)

Die toegevoegde waarde voor bewoners kan ook gelden in verpleeghuizen waar een verpleegkundig specialist (VS) aanwezig is. Ook hier geldt dat toegevoegde waarde van OMAHA afhankelijk is van de positionering van de VS. Een nadrukkelijke positionering van de VS in het behandeldomein levert een risico op dat vergelijkbaar is met hetgeen voor de SOG geldt.

¹⁷ Dit zijn de gebieden die behoren bij Leefplezier! [# link naar boekje Leefplezier#](#)

¹⁸ Zie Leergang Leefplezier Organiseren + [## link naar Leergang##](#)

3

Het Cliëntendossier

Het cliëntendossier is meer en meer een beleidsmatig instrument geworden waarop zorgverleners hun grip zijn kwijtgeraakt. Het is de 'motor' geworden voor Transparantie en Verantwoording. Met Kwaliteit van Zorg als motief en Informatisering als stimulans.

Allemaal vraagstukken die zich grotendeels aan het zicht van zorgverleners onttrekken.

Alleen de hoogst opgeleide zorgverleners zijn nog in staat om zich (enigszins) te verzetten tegen de ontwikkeling dat het contact tussen hen en de patiënt wordt teruggebracht tot cijfers en categorieën die ze moeten vastleggen in het dossier.

De transitie van de langdurige zorg heeft het inhoudelijke proces, de zorgverlening dus, weer centraal gezet in denken en doen. En dit biedt

nieuwe kansen voor cliënten en zorgverleners want het inhoudelijke proces is hun proces, samen gaan zij daarover. En dit biedt ook nieuwe kansen voor de dossiervorming.

Het kunnen verzilveren van die kansen vraagt van hen dat ze de kansen grijpen en gebruikmaken van de mogelijkheden die nieuwe wettelijke kaders hun bieden. Door het grijpen van de kansen kan voorkomen worden dat de bekostiging opnieuw dominant wordt voor de aansturing van de zorgverlening en de dossiervorming.

Dat kunnen ze uiteraard niet alleen realiseren, ze zullen daarin gefaciliteerd moeten worden door hun management en bestuur. Dat vraagt nadrukkelijk van het verantwoordelijk management en bestuur dat ze de gewijzigde context begrijpen en de consequenties ervan kunnen duiden.

De scope van het cliëntendossier

Het denken over de scope of reikwijdte van het cliëntendossier kan niet meer losgezien worden van informatisering. Het begrip cliëntendossier is synoniem geworden voor het elektronisch cliëntendossier (ECD) waarvan de reikwijdte varieert van digitale vastlegging van cliëntgegevens tot een volledig multidisciplinair en mobiel te bewerken zorgdossier inclusief tijd- en zorgregistratie en gegevensuitwisseling binnen de keten.

William Goossen [link naar Thema II Functie van een dossier in de zorgverlening](#) hanteert als definitie voor het ECD:

'een elektronisch documentatiesysteem waarin zorgverleners informatie over patiënten en hun behandeling en zorg kunnen invoeren, verwerken, op diverse manieren kunnen presenteren en communiceren en waarbij de zorgprocessen worden ondersteund en waaruit diverse geledingen van de organisatie gegevens kunnen onttrekken voor diverse doeleinden onder wettelijk geregelde voorwaarden'

In de definitie van Goossen staat het primaire proces centraal.

Hij onderscheidt 4 systemen in de gezondheidszorg die z.i. relevant zijn in de discussie over informatieverwerking:

| | gezondheidszorg | documentatiesysteem |
|----------------------------|------------------------------|--|
| Individueel niveau | A Individuele zorg | B 'aide memoire' ECD/EPD |
| Groep of Aggregatie niveau | C Gezondheidszorg systeem | D Gezondheidszorg informatiesysteem |

- Subsysteem A** beschouwt hij als primair proces en als kernsysteem. Hij omschrijft dit als: *‘Het contact tussen de mens in nood en de zorgverlener’*
- Subsysteem B** beschouwt hij als afgeleide van subsysteem A. Dit subsysteem treft de documentatie van het primaire proces zoals onderzoek, behandeling en zorg en vervult diverse rollen:
- In eerste instantie is het bijhouden van een dossier een ‘aide memoire’ voor de zorgverlener.
 - In tweede instantie kan een dossier zorgen voor continuïteit van zorg, als die door anderen wordt gegeven.
 - Als derde kan op basis van een goed gedocumenteerd dossier verantwoording worden afgelegd.
- Subsysteem C** is de gezondheidszorg in al zijn geledingen om het primaire proces voor een individu ook mogelijk te maken. Hij constateert dat de gezondheidszorg in Nederland omvangrijk en divers is en dat er vele terugkoppeling- en verantwoordingsmechanismen zijn ingebouwd, waarbij op enigerlei wijze gegevensverzamelingen een rol spelen.
- Subsysteem D** is dat waarin gegevens uit het primaire proces (A) worden geselecteerd en geaggregeerd om inzicht te geven op het niveau van de gezondheidszorg (C).

Centraal zet hij dus de gegevens die vastgelegd worden op individueel niveau en die een rol spelen in het contact tussen de mens in nood en zijn zorgverlener.

Subsysteem B faciliteert deze gegevens vastlegging. Delen van deze gegevens (uit subsysteem B) van meerdere individuen kunnen worden geselecteerd en geaggregeerd (subsysteem D) om inzicht te geven op het niveau van de gezondheidszorg (subsysteem C). Uitgangspunt is gegevens eenmalig vastleggen en meerdere keren (voor verschillende doeleinden) gebruiken.

De subsystemen die hij onderscheidt (en die vervolgens weer te onderscheiden zijn in

sub-, sub-, etc. systemen) hebben verschillende doelen en dienen goed te onderscheiden worden bij de inrichting.

In de praktijk blijkt dat dit onderscheid vaak niet gemaakt wordt en dat er veel impliciete verwachtingen zijn (en daarmee ook teleurstellingen) en dat er veelal achterstevoren gewerkt wordt. [## link naar Hoe oplossingen problemen werden##](#)

Een geslaagd voorbeeld dat laat zien dat van ‘voren naar achteren informatiseren’ heel goed mogelijk is, is de digitale omgeving die door Buurtzorgmedewerkers wordt gebruikt. [## link naar Leergang Leefplezier organiseren; Eenvoud##](#)

De invloed van de veranderende rol van de patiënt/ cliënt

Een belangrijke ontwikkeling die van grote invloed is, ook op het dossier, is de veranderende rol van de cliënt (of patiënt) in de zorgverlening.

Ofschoon veel zorgorganisaties en zorgverleners nog drukdoende zijn met het thema ‘de cliënt centraal’ verschuift deze focus inmiddels naar ‘de cliënt als volwaardig lid van het zorgteam’.

De cliënt is niet langer het centrale ‘leidend voorwerp’ in de zorgverlening, maar een actieve en volwaardige participant met eigen bagage aan kennis, ervaringen, wensen en behoeftes. Het verschuiven van de focus wordt langs meerdere kanten ‘afgedwongen’. Cliënten (of diens

vertegenwoordiger) eisen het zelf op. Binnen de Wlz dwingt de wetgever het af en binnen de ZvW dwingt de zorgverzekeraar het af door middel van de inkoopisen.

Het plan van aanpak kwaliteit van verpleeghuizen ‘Waardigheid en Trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen’ zegt het volgende daarover:

‘De cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft de regie over het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorgleefplan en wordt hierin ondersteund, Hierdoor komt ook tot uiting wat de cliënt wil om waardig te kunnen leven.

Goede zorg voor kwetsbare mensen vereist een samenspel van met familie, verwanten en cliëntenraad. Dit is meer dan de verplichte exercitie van het invullen van een formulier voor een zorgplan. De wensen van de cliënt en diens verwanten moeten leidend zijn voor de zorg die ze krijgen. Het eigenaarschap van hete zorgplan behoort bij de cliënt en de verwanten te liggen, ook wanneer het om dementerende mensen gaat waarbij de professional wellicht een grotere rol heeft bij het opstellen en evalueren van het plan.'

De actieve rol van de cliënt maakt informatisering niet alleen noodzakelijk, maar dwingt ook een andere manier van kijken, denken over ECD en toepassen van ICT af.

Aan het 'van voren naar achteren informatiseren' zoals Goossen dit in zijn model laat zien wordt een extra dimensie toegevoegd: de cliënt zelf.

Cliënten willen toegang hebben tot hun gegevens, willen zelf gegevens kunnen vastleggen, willen gegevens kunnen uitwisselen met systemen en toepassingen die ze zelf gebruiken en willen kunnen communiceren met al degenen die betrokken zijn bij hun zorgverlening, zowel formele als informele zorgverleners.

De oplossing hiervoor is niet om al die betrokkenen in één ECD-systeem te 'persen', want daarvoor zijn de onderlinge verschillen tussen de betrokkenen te groot. Alle betrokkenen verschillen in de eisen, wensen en behoeftes die zij hebben ten aanzien van verslaglegging, gegevensvastlegging, gegevensuitwisseling en onderlinge communicatie. En daardoor hebben zij behoefte aan verschillende oplossingen en toepassingen. Ruimte voor eigenheid is ook 'van voren naar achteren informatiseren'.

Als gevolg daarvan transformeert het ECD van een statisch systeem voor zorgverleners naar een dynamisch netwerk van heel verschillende systemen en toepassingen die met elkaar verbonden zijn en waarvan de gebruikers onderling informatie uitwisselen, gebaseerd op twee belangrijke principes:

- Gegevens worden eenmalig vastgelegd en meermalig gebruikt;
- Gegevens worden vastgelegd bij de bron in de natuurlijke taal van de gebruiker.

