

Nota

Medische Verslaglegging

Dossiervoering door de specialist
ouderengeneeskunde

Inhoud

1	SAMENVATTING		5	VERSLAGLEGGING	15
1.1	Doelstelling	3			
1.2	Uitgangspunten	3	6.	REGISTRATIE VAN GEGEVENS	
1.3	Verslaglegging	3	6.1	Wijze van verslaglegging	17
1.4	Verantwoordelijkheden	3	6.2	Gegevens	17
1.5	Behandel-, Zorg-, Zorgleefplan	4	7.	HET ELEKTRONISCH DOSSIER	19
1.6	Registratie van gegevens	5	8.	VERANTWOORDING	21
1.7	Het Elektronisch Dossier	5		BIJLAGEN	
2	WAAROM DEZE NOTA?	6	1.	Verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde	22
3	INLEIDING		2.	Toelichting begrip dossier	23
3.1	Inleiding	7	3.	Definities van behandel-, zorg- en zorgleefplan	25
3.2	Verslaglegging	7	4.	Methodisch werken	29
3.3	Wat aan de orde komt	8		LITERATUURLIJST	31
4	VERANTWOORDELIJKHEDEN			COLOFON	32
4.1	Professionele verantwoordelijkheid	9			
4.2	Dossier	9			
4.3	Het Behandelplan	10			
4.4	Het Zorgplan	11			
4.5	De Wet BOPZ	12			
4.6	Het Zorgleefplan	12			
4.7	Ondertekening	12			
4.8	Verschillende rollen	13			
4.9	Resumerend	13			

Samenvatting

1.1 DOELSTELLING

Deze nota is bedoeld om duidelijkheid te verschaffen op de vraag welke gegevens de specialist ouderengeneeskunde moet bijhouden over de behandeling van een patiënt. Dit vormt uiteindelijk de input voor het medisch dossier en daarmee ook voor het Elektronisch Patiënt Dossier (EPD). De vraag welke gegevens vastgelegd moeten worden kan niet los worden gezien van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde. Daarom wordt hierop in deze nota ook vrij uitvoerig ingegaan. Hierbij is het onvermijdelijk ook aandacht te besteden aan de betekenis van en de relatie met andere modellen voor het vastleggen van acties die rond de patiënt ingezet moeten worden (zorgplan en zorgleefplan). In deze nota wordt vervolgens beschreven hoe de verslaglegging van medische gegevens vorm gegeven moet worden en welke gegevens verzameld moeten worden. Dit is input voor de ontwikkeling van een EPD. In de volgende fase van dit project zal Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde; hierna te noemen Verenso (voorheen NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters) hiervoor de formats ontwikkelen.

Dit project is uitgevoerd in opdracht van ZonMw en met inbreng van een breed samengestelde groep van leden tot stand gekomen.

1.2 UITGANGSPUNTEN

Deze nota is gebaseerd op wettelijke bepalingen zoals geformuleerd in de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). Daar waar de wetgever onvoldoende duidelijkheid geeft wordt gerefereerd aan uitleg en interpretaties gegeven door de KNMG en aan door de beroepsgroep ingenomen standpunten in Verenso (v/h NVVA) nota's.

1.3 VERSLAGLEGGING

Onder verslaglegging wordt verstaan: het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot diagnostiek, behandeling, verzorging, begeleiding en bejegening.

1.4 VERANTWOORDELIJKHEDEN

Ongeacht of de specialist ouderengeneeskunde werkzaam is als hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consultant, in dienstverband of als zelfstandig beroepsbeoefenaar is de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) van toepassing.

In artikel 454 van de WGBO staat dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.

De Kwaliteitswet en de Wet BOPZ verplichten de instelling tot het opstellen van een behandelplan waaruit voor de specialist ouderengeneeskunde specifieke taken en verantwoordelijkheden voortvloeien. De nota Takenpakket gaat ervan uit dat de specialist ouderengeneeskunde een behandelplan maakt. Ook uit de literatuur blijkt dat het opstellen van een behandelplan deel uitmaakt van het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde. Het behoort tot "hetgeen gebruikelijk is" binnen de beroepsgroep.

Uit hoofde van wetgeving en het leveren van "verantwoorde zorg" kan gesteld worden dat iedere specialist ouderengeneeskunde, als hoofdbehandelaar, gehouden is een behandelplan op te stellen. Als medebehandelaar zullen afspraken gemaakt moeten worden over de precieze inhoud van hetgeen de specialist ouderengeneeskunde op zich neemt, waaronder het maken van een behandelplan. Als consultant bestaat slecht verantwoordelijkheid voor de inhoud van het consult.

1.5 BEHANDEL-, ZORG-, ZORGLEEFPLAN

Er bestaat onduidelijkheid over de begrippen behandelplan, zorgplan en zorgleefplan. In literatuur en wetgeving worden deze begrippen door elkaar heen gebruikt. Daar waar gesproken wordt over de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde zal gesproken worden over behandelplan. De specialist ouderengeneeskunde is (als hoofdbehandelaar) verantwoordelijk voor het opstellen en de inhoud van het behandelplan binnen een instelling, verpleeghuis of verzorgingshuis en binnen de 1e lijn. Dus ongeacht de verblijfplaats van de patiënt.

Het behandelplan omvat de resultaten van het diagnostisch en (hetero)anamnesisch onderzoek, een probleeminventarisatie, het behandelplan, de ingestelde multidisciplinaire behandeling en probleemgerichte interventies en eventuele preventieve maatregelen, inclusief de verantwoordelijkheid hierover, observaties, informatie en instructies voor de verpleging/verzorging, afspraken gemaakt met de patiënt of diens vertegenwoordiger en evaluaties omtrent het effect van de behandeling en bijstellingen van het behandelplan.

Het behandelplan is monodisciplinair in zoverre het de resultaten van het primaire medisch onderzoek bevat en de registratie van intercurrente aandoeningen en is multidisciplinair in de zin dat hierin de afspraken met andere disciplines in worden vastgelegd, voor zover deze een relatie hebben met de behandeling en zoals besproken in het multidisciplinair overleg.

Instellingen moeten op basis van de Algemene Maatregel van Bestuur van maart 2009 een zorgplan opstellen. Het zorgleefplan is ontwikkeld door ActiZ, V&VN (v/h AVVV), LOC, Verenso (v/h NVVA) en Sting. In een zorgleefplan staat hoe aan de behoefte aan zorg van een patiënt tegemoet wordt gekomen in het leven van alle dag. Het zorgleefplan is dus één van de verschijningsvormen van het zorgplan en is gebaseerd op de vrijheid van een instelling om zelf vorm en inhoud te geven aan het begrip zorgplan. Met het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan het opstellen van een zorgplan zoals wettelijk wordt voorgeschreven. In deze nota wordt gesproken over het behandelplan, daar waar het gaat over de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde en over het zorgplan waar het gaat over de verantwoordelijkheden van de instelling.

Een zorgplan is veel breder dan een behandelplan. De wensen van een patiënt met betrekking tot de invulling van zijn leven staan hierin centraal. Afspraken over de behandeling vormen een onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan is geen overeenkomst en het is dus niet nodig deze te laten ondertekenen door patiënt en/of zorgverlener.

De specialist ouderengeneeskunde is niet verantwoordelijk voor de niet-medisch inhoudelijke aspecten van het zorgplan, maar wel voor de invloed die bepaalde activiteiten hebben op het door hem ingestelde beleid. De arts beoordeelt het totale zorgplan op de consequenties die dit heeft voor de medische zorg voor de patiënt.

1.6 REGISTRATIE VAN GEGEVENS

De specialist ouderengeneeskunde verzamelt en registreert gegevens. Wij beperken ons in dit verband tot de gegevens die de specialist ouderengeneeskunde zelf moet vastleggen uit hoofde van de wet en de professionele verantwoordelijkheid.

In het KNMG rapport over WGBO en dossiervorming worden de volgende onderwerpen genoemd die over het algemeen in een medisch curatief dossier worden opgenomen:

- de inhoud van het medisch handelen (de historie, de anamnese, het onderzoek, de diagnose, het behandelplan of zorgplan, de correspondentie, de behandeling, de verrichtingen, de begeleiding, de resultaten van de behandeling en de verpleging;
- gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg (bijvoorbeeld door de vastlegging van een behandelingsperiode, gegevens voor de overdracht bij waarneming, problemen relevant voor de levensloopgeneeskunde zoals bij DES-dochters);
- gegevens die voor een patiënt ook bij volgende behandeling, onderzoek en begeleiding relevant blijven (vastlegging van persoonsgebonden gegevens);
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals de non-reanimatieverklaring, de euthanasieverklaring of het donorcodicil.

Afhankelijk van de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt en afhankelijk van de plaats, de context van de zorgverlening, bepaalt de specialist ouderengeneeskunde wat relevant is om vast te leggen.

De specialist ouderengeneeskunde legt in het dossier minimaal vast:

- een set van persoonsgebonden gegevens die het hele leven voor de patiënt van belang blijft;
- een set van episodegebonden gegevens die een bepaalde behandelperiode voor de patiënt van belang is.

1.7 HET ELEKTRONISCH DOSSIER

Standaardisering is noodzakelijk voor de uitwisseling van gegevens. Het voorkomt dat gegevens meerdere keren moeten worden ingevuld, dat op éénduidige wijze medicatiegegevens, diagnostische gegevens en onderzoeksuitslagen kunnen worden geregistreerd. Door standaardisering kan samenhang tussen verschillende dossiers worden aangebracht, binnen een instelling en tussen verschillende instellingen en zorgverleners.

Ook voor de specialist ouderengeneeskunde is het nodig om op basis van een minimale gegevensset tot een elektronisch dossier te komen. Dit Specialist Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (SOIS) zal in ieder geval moeten voldoen aan:

- eisen voortvloeiende aan werkwijze en werkprocessen van de specialist ouderengeneeskunde;
- de door het nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg (Nictiz) opgestelde eisen bijv. ten aanzien van een goed beheerd informatiesysteem;
- koppelbaar moeten zijn aan het ECD van het verpleeghuis en moet kunnen communiceren met de systemen van huisartsen, apotheken en ziekenhuis.

Het SOIS bevat in ieder geval:

- een episodelijst. Het coderen hiervan vindt plaats op basis van de ICPC of ICD;
- registratie van deelcontacten;
- medicatie en medicatiebewaking;
- uitslagen en aanvragen van bepalingen;
- correspondentie;
- behandelplan, behandelplan, behandelafspraken;
- aanvullende patiëntinformatie;
- samenvattingen ten behoeve van overdracht aan collega's en andere disciplines.

Gegevens zoals voorschriften, laboratoriumuitslagen en correspondentie moeten uiteraard via elektronische communicatie ontvangen en verstuurd kunnen worden.

Waarom deze nota?

Wat moet een specialist ouderengeneeskunde registreren? Deze duidelijkheid is nodig voor de specialist ouderengeneeskunde zelf en voor andere hulpverleners. Voor de arts werkzaam in dienst van een instelling, voor het management en medewerkers van een instelling is het gewenst dat duidelijkheid bestaat over de taken en verantwoordelijkheden van de arts in verband met dossiervorming en het opstellen van een behandel- en zorgplan. Is de specialist ouderengeneeskunde werkzaam in een verpleeghuis, een verzorgingshuis of als consultant in de eerste lijn dan moet duidelijk zijn welke verantwoordelijkheden en verplichtingen er bestaan met betrekking tot verslaglegging. Het gaat hierbij om de rol die vervuld wordt: hoofdbehandelaar, medebehandelaar of consultant in dienstverband of als zelfstandig gevestigd arts.

Om te kunnen bepalen wat een specialist ouderengeneeskunde moet registreren is het noodzakelijk om vast te stellen welke verantwoordelijkheden hij heeft ten opzichte van de patiënt, welke verantwoordelijkheden hij heeft binnen een instelling en hoe verantwoordelijkheden van de arts zich verhouden tot verantwoordelijkheden van andere disciplines en het instellingsmanagement.

Het begrip verslaglegging omvat meer dan het bijhouden van een dossier. Maar wat is een dossier precies? Aan welke eisen moet een dossier voldoen? In welke vorm wordt de verslaglegging gegoten? Is het opstellen van een behandelplan een vorm van verslaglegging en hoe verhoudt zich dit tot het zorgplan?

Voordat uitspraken gedaan kunnen worden over de inhoud van het dossier en welke gegevens hierin opgenomen moeten worden is het nodig vast te stellen welke verantwoordelijkheden de specialist ouderengeneeskunde heeft. Wat is de omvang van de dossierplicht en hoe verhoudt zich dit tot de verantwoordelijkheden van de instelling en andere beroepsbeoefenaren?

Deze nota gaat over verslaglegging. Hieraan gerelateerde vragen over de arts-patiënt relatie voortvloeiende uit een behandelovereenkomst, het recht op informatie van de patiënt, privacy aspecten, bewaartermijnen, eigendomsrecht van een dossier en het recht van de patiënt om het dossier aan te passen worden op deze plaats niet behandeld.

Inleiding

3.1 INLEIDING

De specialist ouderengeneeskunde opereert in een omgeving die volop aan het veranderen is. Het werkterrein breidt zich steeds meer uit richting verzorgingshuis en de thuissituatie. Dit betekent bijvoorbeeld meer samenwerking met huisartsen. Ook naar het ziekenhuis breiden de activiteiten zich uit, hetgeen dus ook meer samenwerking met andere medische disciplines tot gevolg heeft. Ketenzorg en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zowel intra- als extramuraal vragen om duidelijke en transparante afspraken over verantwoordelijkheden voor de zorg.

De introductie van indicatoren voor verantwoorde zorg en het zorgplan roepen bij specialisten ouderengeneeskunde, andere professionals en instellingsmanagement de vraag op hoe verantwoordelijkheden zijn verdeeld en op welke wijze verslag moet worden gedaan van bevindingen en hoe informatie moet worden gedeeld en worden overgedragen.

Ten slotte is de vraag van zowel specialisten ouderengeneeskunde als anderen bij de zorg betrokkenen welke gegevens moeten worden vastgelegd. Een vraag die extra relevant is nu steeds meer gebruik wordt gemaakt van het elektronisch vastleggen van gegevens en elektronische communicatie.

Deze nota is bedoeld om inzicht te geven van de binnen de beroepsgroep levende inzichten op het gebied van verslaglegging. Deze inzichten zijn gebaseerd op geldende wettelijke regelingen, standpunten van de KNMG en de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde.

3.2 VERSLAGLEGGING

De wijze van verslaglegging moet aansluiten op de verschillende werkwijzen en werkomstandigheden van de specialist ouderengeneeskunde. Deze nota geeft randvoorwaarden voor verslaglegging, registratie en overdracht van gegevens.

Omdat als gevolg van het toenemende aantal parttimers, taakdelegatie en taakdifferentiatie het aantal betrokken zorgverleners rond een patiënt toeneemt, verdient een zorgvuldige overdracht van informatie, toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie een steeds belangrijker rol. Om uitspraken te kunnen doen over verslaglegging is het nodig om na te gaan welke verplichtingen en verantwoordelijkheden de specialist ouderengeneeskunde heeft. Een nota over verslaglegging is evenzeer relevant voor ontwikkelingen op het gebied van elektronische communicatie. Het Elektronisch Cliënt Dossier dient om 7x24 uur cliëntgegevens beschikbaar en toegankelijk te maken voor andere geautoriseerde zorgverleners, voor overdracht van gegevens en voor informatie aan de patiënt, diens verzorgers en relaties. In deze zin wordt aansluiting gezocht bij ontwikkelingen op het gebied van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het Elektronisch Medisch Dossier (EMD).

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde en op zijn verantwoordelijkheid voor informatie vastgelegd in het behandel- en zorgplan. Hoofdstuk 5 gaat over de eisen die aan verslaglegging gesteld worden. In hoofdstuk 6 gaat het over verslaglegging in engere zin. Wat voor gegevens neemt de specialist ouderengeneeskunde op in zijn eigen medische dossier? Hoofdstuk 7 gaat over het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Welke rol kan het EMD spelen bij verslaglegging en overdracht van gegevens?

3.3 WAT AAN DE ORDE KOMT

INBRENG VAN DE PATIËNT

Deze Verenso-nota geeft richting aan het handelen van de specialist ouderengeneeskunde. De rol van de specialist ouderengeneeskunde staat centraal. Daarbij geldt altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid richting geven en mede bepalen. In dit verband gaat het daarbij om aspecten van privacy en zorgvuldigheid van overdracht van gegevens. Door aansluiting te zoeken op het "Kwaliteitskader verantwoorde zorg" en op belevingsgericht wonen en leven van de patiënt wordt nadrukkelijk invulling gegeven aan de omslag in denken van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.

AFWEGING VOOR DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

Deze nota biedt een handreiking voor verantwoord handelen op het gebied van gegevensregistratie. De nota is niet bedoeld als een dwingend keurslijf. Afhankelijk van de omstandigheden zal de specialist ouderengeneeskunde moeten bepalen hoe zijn verantwoordelijkheden liggen en welke informatie vastgelegd dient te worden. De specialist ouderengeneeskunde is in de eerste plaats behandelaar. Als behandelaar bepaalt de arts wat wel en wat niet relevant is om vast te leggen. De wetgever omringt de specifieke behandelrelatie met taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Wat en hoe een behandelaar moet registreren wordt dus bepaald door professionaliteit met de daarbij behorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden en gebaseerd op wetgeving. Voorwaarden die richtinggevend zijn voor de arts, zelfstandig gevestigd of in dienstverband en ook voor het management van een instelling waar de arts werkzaam is.

MANNELIJKE VORM

Om stilistische redenen wordt in deze nota de mannelijke vorm gehanteerd. Waar de hij-vorm is gebruikt, kan ook de zij-vorm worden gelezen.

BIJLAGEN EN VOETNOTEN

Omwille van de leesbaarheid wordt in bijlagen en nadere uitleg en onderbouwing gegeven voor de uitspraken die in de nota worden gedaan.

VERSLAGLEGGING

Verslaglegging is een hulpmiddel bij het methodisch handelen. Verslaglegging geeft de hulpverlener de mogelijkheid het eigen handelen te bewaken, te sturen en te evalueren. Verslaglegging maakt integraal onderdeel uit van het professioneel handelen en is één van de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten, voor het leveren van een effectievere en meer doelmatige zorg. In deze zin is verslaglegging ook van direct belang voor de patiënt. Verslaglegging kan dienen als geheugensteun voor de individuele hulpverlener, als hulpmiddel bij communicatie met collega's (overdracht), met verwijzers en als hulp bij intercollegiale toetsing, onderzoek en externe verantwoording. Gestandaardiseerde verslaglegging heeft een positieve invloed op de communicatie tussen hulpverleners en op de transparantie van de geleverde zorg. Om daadwerkelijk aan eisen van goede verslaglegging te kunnen voldoen zijn formulieren en/of (geautomatiseerde) systemen nodig.

Aan de verslaglegging door specialisten ouderengeneeskunde kunnen eisen worden gesteld door de wetgever of door de beroepsgroep (al dan niet bindend). Globale eisen die gesteld worden aan de verslaglegging zijn: beschikbaarheid, leesbaarheid, volledig- en beknoptheid, betrouwbaarheid en inzichtelijkheid.

Onder verslaglegging wordt verstaan: het systematisch vastleggen van gegevens en bevindingen met betrekking tot diagnostiek, behandeling, verzorging, begeleiding en bejegening.

Verantwoordelijkheden

Hebben wij het over de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde dan gelden deze verantwoordelijkheden in de situatie dat de arts zelfstandig gevestigd is, als in de situatie van dienstverband. Is het laatste het geval dan moeten de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde gezien worden in relatie met de verantwoordelijkheden van de instelling (het management) en de verantwoordelijkheden van andere disciplines binnen die instelling.¹ De Kwaliteitswet Zorginstellingen (hierna te noemen: de Kwaliteitswet) bepaalt dat instellingen gehouden zijn “verantwoorde zorg” te leveren. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) kent een analoge bepaling voor de zelfstandig gevestigde specialisten ouderengeneeskunde.

Op basis van wetgeving en rechtspraak kan gesteld worden dat de arts verantwoordelijk is voor de inhoud en het kwaliteitsniveau van de aan de patiënt te verlenen medische zorg. De arts bepaalt welke behandeling in welke situatie gewenst is. En of de persoonlijke wensen, vanuit vraaggestuurde zorg, overeenkomen met de mogelijkheden en benadering die vanuit professionele inschatting bij bestaande beperkingen, wenselijk en mogelijk is. Hierover is dan afstemming, en veelal uitleg nodig. Dit kan tot verandering van de vraag, of invulling van het behandel- en/of zorgplan, leiden.

4.1 PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID

De specialist ouderengeneeskunde is gehouden zorg te verlenen op de wijze zoals gebruikelijk binnen de beroepsgroep. Dat betekent dat hij zich dient te houden aan standaarden en richtlijnen zoals gehanteerd binnen de beroepsgroep of gemotiveerd daarvan af te wijken.²

4.2 DOSSIER ³

In de toelichting bij Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) wordt gesteld dat van iedere patiënt een medisch dossier wordt bijgehouden. Een hulpverlener heeft de plicht om een apart dossier van elke patiënt bij te houden. Persoonlijke werkaantekeningen van de hulpverlener horen niet in het medisch dossier. Persoonlijke werkaantekeningen zijn indrukken, vermoedens en vragen. Ze dienen als geheugensteun voor de gedachtevorming van de hulpverlener en zijn niet bedoeld voor collegiaal gebruik. Over het algemeen blijven ook klachtafhandeling en aansprakelijkheidsstelling buiten het medisch dossier. Hiervoor worden aparte dossiers aangelegd door een onafhankelijke klachtencommissie en de directie.

¹ In bijlage 1 wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde

² Zie ook de Handreiking Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts

³ Bijlage 2 geeft een definitie van dossier

De KNMG definieert een medisch dossier als: Het geheel aan gegevens dat de specialist ouderengeneeskunde over een patiënt bijhoudt. In het dossier moeten in ieder geval de basisgegevens opgenomen worden. Dit zijn onder meer het behandelplan, het anesthesie- en operatieverslag, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijs- en ontslagbrieven, röntgenfoto's, specifieke verpleegkundige rapportages, aantekeningen van gesprekken en bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Ook de informatieverstrekking en afgegeven verklaringen moeten in het dossier worden opgenomen.

Het behandelplan omvat de resultaten van het diagnostisch en (hetero)anamnesisch onderzoek, een probleeminventarisatie, het behandelplan, de ingestelde multidisciplinaire behandeling en probleemgerichte interventies en eventuele preventieve maatregelen, inclusief de verantwoordelijkheid hierover, observaties, informatie en instructies voor de verpleging/verzorging, afspraken gemaakt met de patiënt of diens vertegenwoordiger en evaluaties omtrent het effect van de behandeling en bijstellingen van het behandelplan.

4.3 HET BEHANDELPLAN

Ook uit de literatuur blijkt dat het opstellen van een behandelplan deel uitmaakt van het takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde. Het behoort tot "hetgeen gebruikelijk is" binnen de beroepsgroep. Op basis hiervan kan gesteld worden dat de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar, zowel werkzaam binnen een instelling als zelfstandig beroepsbeoefenaar een behandelplan moet opstellen. Als medebehandelaar ligt deze plicht genuanceerder. In principe is de hoofdbehandelaar of regisseur van de zorg hiervoor verantwoordelijk. Over de taakverdeling zullen dan afspraken gemaakt moeten worden. Afhankelijk van de rol van de specialist ouderengeneeskunde zal inhoud en reikwijdte van de activiteiten moeten worden vastgelegd.

Uit hoofde van wetgeving en het leveren van "verantwoorde zorg" kan gesteld worden dat iedere specialist ouderengeneeskunde, als hoofdbehandelaar, gehouden is een behandelplan op te stellen. Als medebehandelaar zullen afspraken gemaakt moeten over de precieze inhoud van hetgeen de specialist ouderengeneeskunde op zich neemt, waaronder het maken van een behandelplan. Als consultant bestaat slechts verantwoordelijkheid voor de inhoud van het consult.

Zorgplan en behandelplan zijn begrippen die door elkaar heen gebruikt worden⁴. De nota Takenpakket constateert dat in de verpleeghuiszorg de term zorgplan wordt gehanteerd, in de sociale geriatrie wordt gesproken over behandelplan. In deze nota wordt het begrip behandelplan gebruikt als omschrijving voor de activiteiten waar de specialist ouderengeneeskunde uit hoofde van zijn professionele verantwoordelijkheid en wetgeving de exclusieve verantwoordelijkheid voor draagt.

De specialist ouderengeneeskunde heeft de regie en de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het behandelplan. Regie en verantwoordelijkheid betreft de inhoud van het concrete behandelplan voor de patiënten met complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde bespreekt de doelen van het behandelplan met de patiënt of zorgt dat dit (op onderdelen) door andere professionals gebeurt. Daarbij vraagt de specialist ouderengeneeskunde de inbreng van andere disciplines en overleg met de patiënt welke andere disciplines ter uitvoering van het behandelplan zullen worden ingeschakeld. Wanneer ten aanzien van de uitvoering van het behandelplan tussen de betrokken hulpverleners geen consensus bereikt kan worden, zal de specialist ouderengeneeskunde zonedig knopen doorhakken, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de andere hulpverleners en de wensen van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde treedt in de verpleeghuissetting op als hoofdbehandelaar en is in die zin primus inter pares. Hij heeft zeggenschap ten aanzien van de inbreng van andere hulpverleners en regelt de informatie en het contact met de patiënt. Deze zeggenschap brengt nadrukkelijk niet per definitie een ondergeschiktheidrelatie met zich mee en laat de eigen professionele verantwoordelijkheid van de betrokken professionals onverlet. De zeggenschap bestaat uit het regisseren van de inhoud van de zorg en van alle hierbij betrokken hulpverleners. Volgens de gangbare interpretaties van het gezondheidsrecht bestaat de rol van hoofdbehandelaar in elk geval uit deze regierol.

⁴ In bijlage 3 worden definities van zorgplan, zorgleefplan en behandelplan besproken

4.4 HET ZORGPLAN

Volgens het “Kwaliteitskader Verantwoorde zorg” beschikt iedere cliënt over een zorg(behandel)-/leefplan. Het is dus de verantwoordelijkheid van de instelling, en niet die van de specialist ouderengeneeskunde in dienst van de instelling, dat een degelijk plan wordt opgesteld.

Op 2 maart 2009 is een Algemene Maatregel van Bestuur van kracht geworden waarbij instellingen verplicht worden een zorgplan op te stellen voor patiënten die langer dan drie maanden in een instelling verblijven. Uit dit zorgplan moet blijken dat in overleg met de patiënt de doelen van de zorg zijn vastgelegd, op welke wijze de doelen bereikt gaan worden, wie voor bepaalde onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn en hoe de zorg geëvalueerd wordt. De manier waarop aan een zorgplan vorm wordt gegeven is ter beoordeling van de instelling. Daar waar in de wetgeving gesproken wordt over dossier of behandelplan wordt bedoeld op de medische behandeling. Het begrip zorgplan gaat verder en doelt op begrippen als persoonlijke wensen, woonomgeving, dagritme of levensgeschiedenis.

Uit de toelichting op de maatregel blijkt dat het niet de bedoeling is om verplichtingen uit de WGBO of de Wet BOPZ met betrekking tot het aanleggen van een dossier of het opstellen van een behandelplan naast de plicht om een zorgplan op te stellen worden gezien. Het woord zorgplan is niet meer dan een samenvatting van een aantal elementen die bij het invullen van het begrip “verantwoord niveau van zorgverlening” een rol moeten spelen. Het is voldoende als die elementen inhoudelijk al in een ander plan of dossier zijn opgenomen en daarover een bespreking met de patiënt heeft plaatsgevonden. Is dit het geval, dan is voldaan aan de eis om een zorgplan op te stellen. Is er in het kader van de WGBO of de Wet BOPZ een dossier aangelegd of een behandelplan opgesteld dan mag de instelling deze integreren met het zorgplan (of zorgleefplan zoals door ActiZ genoemd) of ervoor kiezen deze naast het zorgplan te laten bestaan.

Een zorgplan, zoals de wetgever het bedoeld kan dus bestaan uit de optelsom van verschillende documenten (behandelplan + zorgleefplan + medicatielijst + overzicht middelen en maatregelen + etc), uit één geïntegreerd document of een elektronisch systeem waarin al deze gegevens zijn opgenomen.

Wettelijke regelingen en professionele standaarden schrijven niet voor dat de arts voorzitter is van het multidisciplinair overleg, dat de arts het zorgplan opstelt of dat de arts volledig verantwoordelijk is voor de totale inhoud van het zorgplan en knopen doorhakt als niet tot overeenstemming gekomen kan worden. De arts is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van het eten, voor de dagelijkse lichamelijke verzorging van de patiënt of voor het al dan niet dagelijks wandelen van patiënten. Wel is de arts, en ook de andere hulpverleners, ervoor verantwoordelijk dat de verzorging van de patiënt niet op gespannen voet staat met het door hem ingestelde beleid en de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Leidt de kwaliteit van het eten tot ondervoeding dan is dat reden voor de arts om actie te ondernemen. Is te veel bewegen een contra-indicatie dan is ingrijpen gewenst.

Daarnaast geldt dat de specialist ouderengeneeskunde:

- verantwoordelijk is voor de medische zorg, de inzet van paramedici en de opdrachten gegeven aan verpleegkundigen en verzorgenden om handelingen te verrichten;
- verantwoordelijk is voor het (doen) registreren in dossier, behandel- en zorgplan van de door hem geïnitieerde zorg;
- verantwoordelijk is voor het signaleren wanneer beslissingen of maatregelen van de instelling (het management) een goede uitoefening van het beroep belemmeren;
- niet verantwoordelijk is voor de wijze waarop paramedici of verpleegkundigen beroepsmatig handelen. Bij verwijzing of het geven van opdrachten dient hij zich wel te vergewissen van de bekwaamheid en deskundigheid van degene naar wie hij verwijst;
- niet verantwoordelijk is voor het opstellen (schrijven) van het zorgplan of de wijze waarop dit gebeurt. De instelling is hiervoor verantwoordelijk. De aanwijzingen die de instelling geeft om het zorgplan op te stellen volgt de arts/werknemer.

De specialist ouderengeneeskunde is niet verantwoordelijk voor de niet-medisch inhoudelijke aspecten van het zorgplan, maar wel voor de invloed die bepaalde activiteiten hebben op het door hem ingestelde beleid. De arts beoordeelt het totale zorgplan op de consequenties die dit heeft voor de medische zorg voor de patiënt.

De specialist ouderengeneeskunde is dus niet verantwoordelijk voor de inhoud van het totale zorgplan, stelt niet als enige de inhoud vast en voert niet de regie uit over de totstandkoming van het zorgplan. De instelling of een door de instelling aangewezen functionaris (dit kan dus ook een specialist ouderengeneeskunde zijn) is verantwoordelijk voor de inhoud en de totstandkoming van het zorgplan.

4.5 DE WET BOPZ

Op grond van de Wet BOPZ is een geneesheer-directeur belast met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied binnen BOPZ-afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen. In de praktijk is dit de BOPZ-arts. Deze arts is verantwoordelijk voor het toezicht op de taken die in het kader van de Wet BOPZ moeten worden uitgevoerd⁵. De BOPZ-arts draagt zorg voor de beleidsmatige aspecten van de bepalingen van de Wet BOPZ en ziet toe op de naleving van de regels, op de kwaliteit van de zorg en op de juiste informatieverstrekking aan de patiënt en diens familie en legt verantwoording af aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

4.6 HET ZORGLEEFPLAN

Het zorgleefplan is ontwikkeld door ActiZ, V&VN (v/h AVVV), LOC, Verenso (v/h NVVA) en Sting. In een zorgleefplan staat hoe aan de behoefte aan zorg van een patiënt tegemoet wordt gekomen in het leven van alle dag. Het zorgleefplan is dus één van de verschijningsvormen van het zorgplan zoals hiervoor omschreven en is gebaseerd op de vrijheid van een instelling om zelf vorm en inhoud te geven aan het begrip zorgplan. Met het zorgleefplan wordt invulling gegeven aan de plicht tot het in overleg met de patiënt opstellen van een zorgplan zoals wettelijk is voorgeschreven.

Volgens ActiZ heeft het zorgleefplan, in veel gevallen multidisciplinair en altijd individueel voor iedere patiënt, een onmisbare functie bij het organiseren en realiseren van verantwoorde zorg. In het zorgleefplan wordt voor en met iedere patiënt zijn of haar perspectief op kwaliteit van leven vertaald in doelen, concrete activiteiten en afspraken die bepalend zijn voor het handelen van professionals. Het zorgleefplan is de nadere uitwerking (individuele invulling) van de leveringsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de zorgverlenings-overeenkomst.

In het zorgleefplan worden de uitkomsten van onder andere het zorg/behandelplan vertaald in concrete acties en afspraken. Het zorgleefplan wordt geschreven vanuit de optiek en belevingswereld van de patiënt en gaat over de wijze waarop hij invulling wil en kan geven aan zijn leven. Medische aspecten vormen hiervan een onderdeel.

4.7 ONDERTEKENING

Tekent de arts voor het zorgplan? Het zorgplan is geen overeenkomst. In een zorgovereenkomst wordt vastgelegd welke zorg en diensten een instelling zich verplicht te leveren aan een patient. Deze overeenkomst kan namens de instelling en door de patient ondertekend worden. In een behandel- of zorgplan wordt (in overleg met de patiënt) vastgelegd op welke wijze de overeengekomen zorg wordt gegeven.

Het feit dat de zorgaanbieder het resultaat van besprekingen neerlegt in een zorgplan wil niet zeggen dat het zorgplan zonder instemming met de patiënt of zijn vertegenwoordiger niet tot stand kan komen. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de totstandkoming en de inhoud van het zorgplan. Zoals hiervoor is vastgesteld is de specialist ouderengeneeskunde niet verantwoordelijk voor de niet-medische inhoudelijke aspecten van het zorgplan en dient hij het zorgplan te beoordelen op de consequenties die dit heeft voor de medische zorg voor de patiënt en moet hij hieraan zijn goedkeuring verlenen. Dit hoeft niet te blijken uit ondertekening.

Het is van belang dat artsen zich ervan vergewissen, dat de verschillende verantwoordelijkheden schriftelijk worden vastgelegd. Dat deze verantwoordelijkheidsverdeling tot stand komt is een verantwoordelijkheid van het instellingsmanagement.

Op enigerlei wijze moet duidelijk zijn dat de arts kennis genomen heeft van de inhoud van het zorgplan en akkoord is met de voor zijn professe relevante aspecten. De vorm waarin dit gebeurt kan per situatie of instelling verschillen, maar dient te zijn vastgelegd in richtlijnen, procedures, afspraken of verslagen.

De specialist ouderengeneeskunde behoort toegang te hebben tot het management en hier gehoor vinden. Pas wanneer de verantwoordelijkheden en taken van de specialist ouderengeneeskunde door het management worden herkend en erkend zal de laatste zijn professionele verantwoordelijkheid in de volle breedte kunnen uitoefenen. Daar waar de arts signaleert dat de zorg niet voldoet aan zijn professionele eisen of de organisatie van de zorg hem belemmert in de profes-

⁵ In bijlage 3 worden de taken van de BOPZ arts genoemd

sionele beroepsuitoefening is het zaak dit te bespreken binnen de vakgroep en gezamenlijk (mondeling en schriftelijk) hierover met het management in gesprek te gaan c.q. te rapporteren en acties te verlangen/eisen.

Samenwerking tussen de leiding van een instelling en de artsen is een essentieel onderdeel om verantwoorde zorg te kunnen realiseren. Het is dus van belang dat de vakgroep in een vroegtijdig stadium betrokken is bij besluitvorming die de inhoud en organisatie van de zorg raakt. In dit verband is het dus relevant dat professionals meedenken en een inbreng hebben bij het ontwikkelen en implementeren van de zorgvisie van de instelling. Om de verantwoordelijkheid voor het zorgplan te kunnen waarmaken is het van belang dat zowel het instellingsmanagement als de specialist ouderengeneeskunde zich ervan bewust zijn dat samenwerking en overleg hiervan de basis vormen.

Bij de opzet en vormgeving van een zorgplan zal de specialist ouderengeneeskunde vanaf het begin betrokken moeten zijn en hierbij een beslissende stem moeten hebben. Dit is zeker ook van toepassing indien wordt besloten tot het overgaan van papieren verslaglegging naar een elektronisch dossier. Van de specialist ouderengeneeskunde mag een stimulerende en motiverende rol verwacht worden om andere bij het zorgverleningproces betrokken medewerkers te doordringen van de essentie dat de patiënt zelf vorm en inhoud geeft aan het eigen perspectief op een goed leven. Het patiëntenperspectief, de vraag, is het uitgangspunt.

4.8 VERSCHILLENDE ROLLEN

De specialist ouderengeneeskunde kan verschillende rollen vervullen. Hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Ten aanzien van de verantwoordelijkheden voor het behandelplan en als uitvloeisel daarvan voor het zorgplan kan dit vragen oproepen. Met name wanneer de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis en in de thuissituatie werkzaam is. In het algemeen kan gesteld worden dat bij hoofdbehandelaarschap de verantwoordelijkheden gelden (bijvoorbeeld voor het opstellen van een behandelplan) zoals in de vorige paragrafen omschreven. Daarnaast is het zo dat, in situaties dat de instelling de plicht heeft om een zorgplan op te stellen, geldt dat in dit zorgplan moet worden aangegeven hoe de verantwoordelijkheden tussen de verschillende hulpverleners zijn verdeeld. Duidelijk moet zijn wie hoofdbehandelaar of medebehandelaar is. Ook is het van belang schriftelijk vast te leggen wie de regie voert en de hulpverlening coördineert. Ten aanzien van de consultatieve rol geldt alleen dat er verantwoordelijkheid gedragen wordt voor de inhoud van het consult. Behandelbeslissingen worden genomen door de behandelaar.

De specialist ouderengeneeskunde draagt voor het zorgplan als medebehandelaar slechts verantwoordelijkheid voor de medische aspecten die door hem geïnitieerd zijn. Voor de behandeling door andere medici (huisarts, specialist) kan de specialist ouderengeneeskunde alleen coördinerende en geen inhoudelijke verantwoordelijkheid nemen. Deze coördinerende rol dient dan vooraf te zijn vastgelegd.

4.9 RESUMEREND

De specialist ouderengeneeskunde heeft als hoofdbehandelaar ten opzichte van al zijn patiënten, ongeacht de plaats waar deze verblijven de taak en de verantwoordelijkheid:

- een medisch dossier aan te leggen. Dit dossier bestaat uit: het geheel aan gegevens dat de specialist ouderengeneeskunde over een patiënt bijhoudt. In het dossier moeten in ieder geval de basisgegevens opgenomen worden. Dit zijn onder meer het behandelplan, het anesthesie- en operatieverslag, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijs- en ontslagbrieven, röntgenfoto's, specifieke verpleegkundige rapportages, aantekeningen van gesprekken en bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Ook de informatieverstrekking en afgegeven verklaringen moeten in het dossier worden opgenomen;
- een behandelplan op te stellen. Het behandelplan omvat de resultaten van het diagnostisch en (hetero)anamnesisch onderzoek, een probleem-inventarisatie, het behandelplan, de ingestelde multidisciplinaire behandeling en probleemgerichte interventies en eventuele preventieve maatregelen, inclusief de verantwoordelijkheid hierover, observaties, informatie en instructies voor de verpleging/verzorging, afspraken gemaakt met de patiënt of diens vertegenwoordiger en evaluaties omtrent het effect van de behandeling en bijstellingen van het behandelplan.

De instelling heeft de plicht de specialist ouderengeneeskunde in staat te stellen deze verplichting inhoud te geven. De vorm waarin dit gebeurt is vrij en zal in overleg tussen arts en instelling bepaald kunnen worden

Als medebehandelaar heeft de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid:

- een medisch dossier aan te leggen;
- in overleg met de hoofdbehandelaar al dan niet een behandelplan op te stellen.

Als consulent heeft de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijkheid:

- aantekening te houden van de resultaten van het consult.

Als medewerker van een instelling kan de specialist ouderengeneeskunde de taak krijgen een bijdrage te leveren aan de invulling van het zorgplan. In dit verband wordt slechts gesproken over taken die de specialist ouderengeneeskunde uit hoofde van zijn functie als arts kan uitoefenen.

De specialist ouderengeneeskunde is:

- verantwoordelijk voor het (doen) registreren in het zorgplan van de door hem geïnitieerde zorg;
- niet verantwoordelijk voor de niet-medisch inhoudelijke aspecten van het zorgplan, maar wel voor de invloed die bepaalde activiteiten hebben op het door hem ingestelde beleid. De arts beoordeelt het totale zorgplan op de consequenties die dit heeft voor de medische zorg voor de patiënt;
- niet verantwoordelijk voor het opstellen (schrijven) van het zorgplan of de wijze waarop dit gebeurt. De instelling is hiervoor verantwoordelijk. De aanwijzingen die de instelling geeft om het zorgplan op te stellen volgt de arts/werknemer;
- op enigerlei wijze moet duidelijk zijn dat de arts kennis genomen heeft van de inhoud van het zorgplan en akkoord is met de voor zijn professionele relevante aspecten. De vorm waarin dit gebeurt kan per situatie of instelling verschillen, maar dient te zijn vastgelegd in richtlijnen, procedures, afspraken of verslagen. Ondertekening is niet nodig.

In het kader van de wet BOPZ kan de specialist ouderengeneeskunde bepaalde taken krijgen.

- de BOPZ-arts draagt zorg voor de beleidsmatige aspecten van de bepalingen van de Wet BOPZ en ziet toe op de naleving van de regels, op de kwaliteit van de zorg en op de juiste informatieverstrekking aan de patiënt en diens familie en legt verantwoording af aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Aan de Inspectie wordt verstrekt:

- een maandelijks overzicht van patiënten die via een rechtelijke Machtiging of inbewaringstelling op de BOPZ-afdeling zijn opgenomen en wie van de patiënten door ontslag, verlof of overlijden niet meer op die afdeling verblijven;
- een maandelijks overzicht van de aantekeningen in het register van de toepassingen van de middelen en maatregelen;
- beslissingen van klachten van de BOPZ-klachtencommissie;
- toepassing van middelen en maatregelen en van dwangbehandeling.

Verlaglegging

BESCHIKBAARHEID

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor een goede continue zorgverlening. Een logisch opbergstelsel en discipline bij het opbergen zijn daartoe vereist.

LEESBAARHEID

Een duidelijk handschrift of het gebruik van de computer is, zowel voor de specialist ouderengeneeskunde als de waarnemer, nodig om gebruik te kunnen maken van vastgelegde gegevens.

VOLLEDIGHEID EN BEKNOPTHEID

De verslaglegging dient zo volledig mogelijk te zijn, terwijl zij tegelijkertijd beknopt moet zijn ter wille van het overzicht. De specialist ouderengeneeskunde dient te streven naar het opnemen van alle relevante gegevens. Beknoptheid mag zeker niet leiden tot het kritiekloos gebruiken van onbekende afkortingen, aangezien dan de inzichtelijkheid in het geding komt.

BETROUWBAARHEID

Op grond van de genoteerde gegevens moet de essentie van de hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaglegging moet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat wordt bedoeld. Voor elektronische gegevensopslag en uitwisseling van gegevens gelden de eisen die door NICTIZ zijn geformuleerd ten aanzien van een "Goed Beheerd Zorgstelsel". Het gaat daarbij onder andere over identificatie, authenticatie en beveiliging van gegevens.

INZICHTELIJKHEID

De gegevens zoals vastgelegd dienen helder te zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is.

WETTELIJKE EISEN AAN VERSLAGLEGGING

Eisen die worden gesteld aan het omgaan met patiëntgegevens zijn direct of indirect af te leiden van onder andere de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP).

Registratie van gegevens

Om te weten op welke wijze de arts gegevens registreert is het van belang om na te gaan hoe de arts in de dagelijkse praktijk tot beslissingen komt. Hoe verloopt het onderzoeks- en behandelproces? En hoe verloopt het besluitvormingstraject?

Over het algemeen zal een arts op basis van een eerste onderzoek naar aanleiding van vragen en klachten van de patiënt tot een diagnose komen. Vervolgens wordt in overleg met de patiënt besloten wat de, al dan niet therapeutische, vervolgstappen zijn en worden de resultaten hiervan bewaakt en geëvalueerd.

De specialist ouderengeneeskunde heeft te maken met complexe problemen waarbij functioneren vaak belangrijker is dan de behandeling van de ziekte. Ook zijn er meerdere disciplines betrokken bij de zorg. Binnen de ouderengeneeskunde wordt diagnostiek gekoppeld aan voorspellende en therapeutische overwegingen. Ziektegevolgen zijn hierbij belangrijker dan behandel mogelijkheden. Een behandelplan is noodzakelijk om te registreren wat het behandelgoal is, wat de strategie is, welke afspraken gemaakt zijn en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van bepaalde delen van de zorg.

Een arts en ook de specialist ouderengeneeskunde werkt methodisch. Maakt een analyse van (complexe) hulpvragen gevolgd door het omschrijven van problemen. Op grond van de geconstateerde problemen worden doelen, acties en evaluaties beschreven. In het behandelplan wordt beschreven welke multidisciplinaire zorg wordt gegeven. In multidisciplinaire besprekingen wordt het behandelplan geëvalueerd en bijgesteld. Hiermee wordt sturing gegeven aan het zorgproces.

6.1 WIJZE VAN VERSLAGLEGGING

Het is de bedoeling dat het vastleggen van gegevens aansluit op het primaire proces. Het gaat erom een overzichtelijk en samenhangend overzicht van de bevindingen te komen.

Bij het inrichten van het medisch dossier wordt methodisch gewerkt⁶ dit betekent:

- de specialist ouderengeneeskunde ordent de problemen gestructureerd (bijvoorbeeld SAMMPC of SFMPC);
- maakt onderscheidt tussen objectieve gegevens en subjectieve gegevens, interpretaties, conclusies en plan (bijvoorbeeld SOEP/SOAP);
- Zorgt ervoor dat zijn registratie leesbaar en begrijpelijk is voor anderen;
- betreft bij het registreren van gegevens de privacywetgeving, in het bijzonder de WGBO (in geval van patiëntgegevens en het medisch dossier);
- geeft ten behoeve van andere behandelaars/zorgverleners begrijpelijke toelichting en onderbouwing bij beslissingen en opdrachten.

Voor de specialist ouderengeneeskunde volstaat het niet om alleen een diagnose te stellen. Van belang is het om de gevolgen van de (chronische) ziekte en preventie van complicaties in beeld te brengen. Gebruikt de specialist ouderengeneeskunde codering⁷ bij het registreren dan is het gewenst om aan te sluiten bij de internationale standaarden ICPC of ICD. Communicatie met huisarts en medisch specialist wordt hiermee ondersteund. Het bevordert de duidelijkheid bij overdracht van informatie. De ICF is ontwikkeld voor het classificeren van menselijk functioneren in verband met de gezondheidstoestand. De ICPC/ICD-10 en de ICF vullen elkaar aan. De ICPC/ICD-10 codeert ziekten en aandoeningen, de ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit verschillende perspectieven.

Voor de overdracht van gegevens aan de paramedische en verpleegkundige en verzorgende disciplines is het aangewezen om de ICF te hanteren. Binnen de ICF kunnen functionele mogelijkheden worden geduid waarmee deze disciplines een eigen beleid kunnen opstellen. Bovendien geeft de ICF aanknopingspunten om de filosofie welke ten grondslag ligt aan het zorgplan vanuit de medische hoek te ondersteunen.

6.2 GEGEVENS

De specialist ouderengeneeskunde verzamelt en registreert gegevens. Wij beperken ons in dit verband tot de gegevens die de specialist ouderengeneeskunde zelf moet vastleggen uit hoofde van de wet en de professionele verantwoordelijkheid. Wat in het zorgplan moet worden vastgelegd blijft hier buiten beschouwing. Bij het vastleggen van gegevens gaat het erom dat deze worden geregistreerd ten behoeve van:

- onderlinge communicatie tussen hulpverleners;
- de continuïteit van de zorg;
- toetsing en verantwoording;
- voortgangsrapportages.

In het KNMG rapport over WGBO en dossiervorming worden de volgende onderwerpen genoemd die over het algemeen in een medisch curatief dossier worden opgenomen:

- de inhoud van het medisch handelen (de historie, de anamnese, het onderzoek, de diagnose, het behandelplan of zorgplan, de correspondentie, de behandeling, de verrichtingen, de begeleiding, de resultaten van de behandeling en de verpleging;
- gegevens die een rol spelen bij het onderhouden van de continuïteit van zorg (bijvoorbeeld door de vastlegging van een behandelingsaflevering, gegevens voor de overdracht bij waarneming, problemen relevant voor de levensloopgeneeskunde zoals bij DES-dochters);
- gegevens die voor een patiënt ook bij volgende behandeling, onderzoek en begeleiding relevant blijven (vastlegging van persoonsgebonden gegevens);
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals de non-reanimatieverklaring, de euthanasieverklaring of het donorcodicil.

Afhankelijk van de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt en afhankelijk van de plaats, de context van de zorgverlening, bepaalt de specialist ouderengeneeskunde wat relevant is om vast te leggen.

⁶ Zie voor de verschillende vormen van methodisch werken bijlage 4

⁷ In bijlage 4 worden de verschillende coderingsystemen uitgelegd

De specialist ouderengeneeskunde legt in het dossier minimaal vast:

- een set van persoonsgebonden gegevens die het hele leven voor de patiënt van belang blijft;
- een set van episodegebonden gegevens die een bepaalde behandelperiode voor de patiënt van belang is.

Minimaal is het nodig een overzicht van klachten, ziekten en aandoeningen aan te leggen, de voorgeschreven medicatie te benoemen en contextuele gegevens te vermelden. Het dossier bevat administratieve gegevens zoals naam, adres, woonplaats en verzekeringsgegevens. Daarna worden de medische, paramedische en verpleegkundige gegevens aan het dossier toegevoegd. Deze gegevens worden onderverdeeld in:

A. EPISODEGEBONDEN GEGEVENS ZOALS:

- vraagstelling
- voorgeschiedenis
- anamnese
- lichamelijk onderzoek
- werkhypothese/differentiaaldiagnosen/diagnose
- onderzoekplan, behandelplan
- verrichtingen
- juridische status (zoals BOPZ-registraties, wettelijk vertegenwoordiger, toepassing dwangmaatregelen)
- resultaten
- gegeven informatie aan de patiënt
- toestemming van de patiënt bij risicovolle ingrepen
- eventuele toevoegingen op verzoek van de patiënt
- conclusie
- beloop
- correspondentie

B. PERSOONSGEBONDEN GEGEVENS ZOALS:

- allergie
- genetische aandoeningen
- orgaandonor/recipient
- doorgemaakte ziekte met implicaties voor de toekomst bijvoorbeeld hepatitis B, TBC, HIV
- schriftelijke wilsverklaringen zoals euthanasieverklaring, geen bloed toediening op basis van geloofsovertuiging, het donorcodicil en dergelijke
- ingebracht materiaal/protheses
- medicatiestatus/geneesmiddelen historie

De hierboven gegeven opsomming is een basale standaard voor verslaglegging waar ook de specialist ouderengeneeskunde aan moet voldoen. Een verdere detaillering is mogelijk en voor de ontwikkeling van een elektronisch dossier voor de specialist ouderengeneeskunde gewenst. Het gaat dan om een minimale dataset behorende bij een programma van eisen voor een op de specialist ouderengeneeskunde toegesneden elektronisch dossier. In zo'n gedetailleerde opsomming van gegevens horen alle mogelijke aspecten van de somatische en psychogeriatrische zorg, inclusief te verrichten onderzoeken, een plaats te krijgen. Op deze plaats kunnen wij ons beperken tot de hoofdlijn van wat de specialist ouderengeneeskunde in zijn dossier moet vastleggen.

Het Elektronisch Dossier

De specialist ouderengeneeskunde werkt niet alleen in het verpleeghuis, ook in het verzorgingshuis en in de thuissituatie zal hij patiënten behandelen of consultatief werkzaam zijn. Onder alle omstandigheden blijft het zijn verantwoordelijkheid om te kunnen instaan voor de betrouwbaarheid van de gegevens die door hem geregistreerd worden. Bij ketenzorg en "shared care" situaties is het van belang dat verschillende bij de zorg betrokken professies toegang hebben tot gegevens. Hierbij dienen wel de privacyaspecten in het oog te worden gehouden.

De wisselende organisatorische omstandigheden waarin de specialist ouderengeneeskunde werkzaam is en de verschillende vormen van samenwerking met andere artsen en zorgverleners stellen in inhoudelijk opzicht geen andere eisen aan de verslaglegging. De vorm waarin de verslaglegging plaats vindt is wel een andere. Meer dan ooit zal de specialist ouderengeneeskunde zich moeten afvragen of de verslaglegging begrijpelijk en toegankelijk is voor andere hulpverleners. In hoeverre privacyaspecten gewaarborgd zijn. En in mindere mate is er verwevenheid met de registratie van gegevens welke door de specialist ouderengeneeskunde worden vastgelegd en die door een instelling en/of andere disciplines worden geregistreerd.

De noodzaak om gegevens elektronisch vast te leggen neemt toe. Elektronische koppelingen aan de systemen van instellingen, huisartsen en apothekers zijn gewenst en ook een verbinding met het Landelijk Schakelpunt (LSP) zal gewenst zijn. Het LSP is het centrale knooppunt voor de landelijke uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgaanbieders in Nederland. Deze organisatie levert de diensten rondom de basisinfrastructuur voor de zorg. Het LSP regelt op nationaal niveau de uitwisseling van patiëntgegevens die lokaal opgeslagen is bij afzonderlijke zorgaanbieders.

Standaardisering is noodzakelijk voor de uitwisseling van gegevens. Het voorkomt dat gegevens meerdere keren moeten worden ingevuld, dat op éénzijdige wijze medicatiegegevens, diagnostische gegevens en onderzoeksuitslagen kunnen worden geregistreerd. Door standaardisering kan samenhang tussen verschillende dossiers worden aangebracht. Binnen een instelling en tussen verschillende instellingen en zorgverleners.

Om tot een goede en adequate zorg voor ouderen met complexe problematiek te komen, waarvan bekend is dat zij met een veelheid aan hulpverleners te maken hebben, is het noodzakelijk om snelle en betrouwbare gegevensuitwisseling tot stand te brengen. Een elektronisch patiëntdossier en elektronisch medicatiedossier is gewenst om 7 x 24 uur zorg te kunnen geven. De specialist ouderengeneeskunde heeft een eigenstandige verantwoordelijkheid om zijn eigen bevindingen te registreren en wel op een zodanige wijze dat andere beroepsbeoefenaren en instellingen daarvan gebruik kunnen maken indien dit gewenst en toegestaan is. De bijdrage die een specialist ouderengeneeskunde moet leveren aan een zorgplan wordt vereenvoudigd als er goede koppelingsmogelijkheden zijn met zijn eigen gegevens. Dit stelt specifieke eisen aan een elektronisch medisch dossier.

De opsomming van in het dossier te vermelden persoonsgebonden en episodegerichte gegevens kan leiden tot een minimale dataset specifiek voor de specialist ouderengeneeskunde. Het dossier in een verpleeghuis is vaak opgebouwd uit verschillende van elkaar gescheiden mappen van de verpleging/verzorging, de fysiotherapeut en de arts. Iedere hulpverlener legt vast wat voor de relatie met zijn patiënt van belang is. Het dossier is meer gericht op de hulpverlener dan op de patiënt.

Het is van belang de dwarsverbanden tussen de verschillende mappen te bewaken. Elke hulpverlener heeft voor de behandeling een overzicht en meerdere gegevens nodig om tot een diagnosebeschrijving, behandeling of behandel/zorgplan te kunnen komen. Het mag van de instelling verwacht worden dat deze in staat is alle gegevens zodanig bij elkaar te brengen, dat inzage voor direct betrokkenen mogelijk is en dwarsverbanden kunnen worden gelegd. Dit geldt ook voor een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) met zijn eigen specifieke eigenschappen en randvoorwaarden.

In 2007 is door ActiZ een definitief Programma van Eisen voor een Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) geformuleerd. Dit Programma van Eisen van ActiZ is procesgeoriënteerd en multidisciplinair van karakter. Monodisciplinaire gegevens zijn nodig om in het ECD te verwerken, maar kunnen uit de aard van de doelstelling van het ECD niet volledig binnen het ECD opgenomen worden. De omvang en aard van de gegevensregistratie van de medische en paramedische disciplines vraagt een aparte module.

De specialist ouderengeneeskunde heeft een achterstand weg te werken ten opzichte van huisartsen en specialisten op het gebied van elektronische communicatie. Zorgverlening, preventie, onderzoek en zorglogistiek kunnen niet meer zonder ICT toepassingen. Gestandaardiseerde opslag van gegevens is nodig om tot uitwisseling van informatie te kunnen komen. Dit geldt in het bijzonder voor medische gegevens, medicatie en onderzoeksuitslagen.

Ook voor de specialist ouderengeneeskunde is het nodig om op basis van een minimale gegevensset tot een elektronisch dossier te komen. Dit Specialist Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (SOIS) zal in ieder geval moeten voldoen aan:

- eisen voortvloeiende aan werkwijze en werkprocessen van de specialist ouderengeneeskunde;
- de door het nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg (Nictiz) opgestelde eisen bijv. ten aanzien van een goed beheerd informatiesysteem;
- koppelbaar moeten zijn aan het ECD van het verpleeghuis en moet kunnen communiceren met de systemen van huisartsen, apotheken en ziekenhuis.

Het SOIS bevat in ieder geval:

- een episodelijst. Het coderen hiervan vindt plaats op basis van de ICPC of ICD;
- registratie van deelcontacten;
- medicatie en medicatiebewaking;
- uitslagen en aanvragen van bepalingen;
- correspondentie;
- behandelplan, behandelgoal, behandelafspraken;
- aanvullende patiënten informatie;
- samenvattingen ten behoeve van overdracht aan collega's en andere disciplines.

Gegevens zoals voorschriften, laboratoriumuitslagen en correspondentie moeten uiteraard via elektronische communicatie ontvangen en verstuurd kunnen worden.

Het SOIS krijgt een meerwaarde als beleidsondersteunende aspecten hierin een plaats krijgen. Met beleidsondersteuning wordt onder andere bedoeld een elektronisch voorschrijfsysteem met medicatiebewaking en richtlijnen, doorlopende registratie van indicatoren en stroomlijning van laboratoriumuitslagen. Denkend aan de invoering van ZZP'en en het als zelfstandige beroepsbeoefenaar werken is urenregistratie van belang.

Specialisten ouderengeneeskunde moeten een dominante rol spelen bij de ontwikkeling van een SOIS. Alleen dan kan een systeem ontstaan dat in voldoende mate de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde ondersteunt en voldoet aan de eisen van verslaglegging die aan de beroepsgroep gesteld worden.

Verantwoording

Op verzoek van Verenso (v/h NVVA) is in april 2008 de werkgroep "Verslaglegging" gestart. Het project is uitgevoerd in het kader van het programma "Zorg voor Beter".

SAMENSTELLING WERKGROEP

- Mevrouw F. Bols, specialist ouderengeneeskunde
- Mevrouw I. van Hoof, Applicatie Beheerder Elektronisch Zorgdossier Stichting de Wever
- De heer G. Megens, specialist ouderengeneeskunde
- Mevrouw Drs. M. Nieuwboer, Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen
- De heer R. Rohling, specialist ouderengeneeskunde
- De heer Drs. F.J. Roos, beleidsmedewerker Verenso
- Mevrouw Drs. C. Spaans, beleidsmedewerker Vitalis WoonZorggroep Eindhoven

WERKWIJZE

De werkgroep heeft naast een uitgebreide literatuurstudie kunnen voortbouwen op en gebruikmaken van de ervaringen van het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN). Het UVNN doet vanaf 2005 onderzoek naar het gebruik van zorgplannen/zorgdossiers bij de aangesloten instellingen en de mate waarin de dossiers geautomatiseerd zijn.

Ook hebben de ervaringen van Stichting de Wever in Tilburg met het werken met een Elektronisch Cliëntdossier bijgedragen aan het tot stand komen van deze nota.

De tussentijdse resultaten van de werkgroep zijn in een vijftal sessies gepresenteerd aan vertegenwoordigers van de regio's van Verenso. Vervolgens hebben vijf specialisten ouderengeneeskunde de nota op persoonlijke titel van commentaar voorzien.

De concept versie van de nota is van commentaar voorzien door de Werkgroep Richtlijnontwikkeling, de Commissie Kwaliteit en de Raad van Toezicht van Verenso.

Vanuit het Platform "Beroepsgroepen en Kwaliteit" van ActiZ is de conceptnota met name in relatie tot het zorgleefplan van commentaar voorzien. ActiZ kan zich vinden in de wijze waarop de rol van de specialist ouderengeneeskunde ten aanzien van het zorgleefplan is verwoord.

Tot slot is de nota door de bestuurder, de juridisch beleidsmedewerker en de kwaliteitsmedewerker van Verenso beoordeeld en voorgelegd aan de Raad van Toezicht van Verenso.

ONDERBOUWING

De nota is voor een belangrijk deel gebaseerd op 'Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO'. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen, bestaande wetgeving (WBP, WGBO, Wet BIG, Kwaliteitswet) en sluit aan op een aantal Verenso (v/h NVVA) documenten zoals de handreiking Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts en de nota Takenpakket.

Bijlage 1

Verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde

De Handreiking "Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts" van Verenso (v/h NVVA) geeft een uitvoerige toelichting op de diverse verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde. Enige definities uit de handreiking:

"Professionele autonomie: *de vrijheid om als beroepsbeoefenaar in belangrijke mate invulling te geven aan de eigen werkzaamheden.*

Professionele standaard: *alle voor een goed hulpverlener geldende regels, voorschriften voortvloeiend uit maatschappelijke normen, rechtspraak en door de beroepsgroep zelf opgestelde regels.*

Professionele verantwoordelijkheid: *de verantwoordelijkheid om conform de professionele standaard te werken."*

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (hierna te noemen: de Kwaliteitswet) bepaalt dat instellingen gehouden zijn "verantwoorde zorg" te leveren. De Kwaliteitswet richt zich in eerste instantie tot de verantwoordelijkheden van de instelling (Raad van Toezicht, Bestuur, Directie). Deze verantwoordelijkheden kunnen doorvertaald worden naar binnen de instelling werkzame beroepsbeoefenaren.

Artsen lopen een tuchtrechtelijk risico bij beslissingen van de instelling welke leiden tot aantasting van zijn professionele verantwoordelijkheid of die kunnen leiden tot onverantwoorde zorg. De arts kan individueel altijd tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gesteld. Het is dus van belang om in een vroegtijdig stadium met het management van een instelling te overleggen op het moment (bij bezuinigingen) dat dit soort besluiten genomen gaan worden. Het Regionaal Tuchtcollege Den Haag heeft in 1998 geformuleerd: *"Een medisch specialist behoort niet akkoord te gaan met maatregelen van de zijde van het ziekenhuis, die tot gevolg hebben dat hij zijn beroep niet behoorlijk kan uitoefenen"*.

In de praktijk kan dit tot problemen leiden. Dit betekent dat indien zich een dergelijke situatie voordoet de arts in ieder geval in woord en geschrift zijn opvatting naar voren moet brengen alleen en bij voorkeur ondersteund door de vakgroep/maatschap. De professionele verantwoordelijkheid van de arts bestaat er in elk geval uit dat hij duidelijk het signaal afgeeft (naar directie/management) indien er naar zijn professionele opvatting onverantwoorde zorg dreigt te ontstaan.

Toelichting begrip dossier

PERSOONSgegevens

Voor de definitie van persoonsgegevens wordt aangesloten op de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Artikel 1 lid a luidt: *"Persoonsgegevens: elk gegeven betreffende een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon;"*

Artikel 1 lid b benoemt de verwerking van persoonsgegevens: *"Verwerking van persoonsgegevens: elke handeling of geheel van handelingen met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval het verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiding of enige andere vorm van terbeschikkingstelling, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, alsmede het afschermen, uitwissen of vernietigen van gegevens;"*

Voor alle duidelijkheid gaat het er niet om of persoonsgegevens in een computer worden opgeslagen, handmatig worden verwerkt of schriftelijk worden vastgelegd. Voor het verwerken van persoonsgegevens is de WBP van toepassing. De WGBO geldt als "lex specialis" ten opzichte van de WBP. Dit betekent dat de WGBO normen gelden ten aanzien van het medisch dossier. Dit betekent dat rekening moet worden gehouden met wettelijke regels betreffende toestemming van de betrokkene, privacy, bewaartermijnen en inzage door derden.

DOSSIER

Een verzameling van persoonsgegevens is een bestand of dossier. De WBP kent het begrip dossier niet. Bestand wordt in artikel 1 lid c van de WBP omschreven.

"Bestand: elk gestructureerd geheel van persoonsgegevens, ongeacht of dit geheel van gegevens gecentraliseerd is of verspreid is op een functioneel of geografisch bepaalde wijze, dat volgens bepaalde criteria toegankelijk is en betrekking heeft op verschillende personen;"

Volgens "Van Dale" is dossier: *"verzameling papieren, processtukken, die op één zaak of persoon betrekking hebben."*

"Van Dale" noemt bestand: *"verzameling gegevens met een bepaalde naam die logisch en fysiek een eenheid vormen, met name die geschikt zijn voor computerbewerking."*

De Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO) noemt in artikel 454 lid 1 het dossier, zonder daar een definitie van te geven. *"De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is"*.

In de toelichting bij deze wet wordt gesteld dat: *"Van iedere patiënt wordt een medisch dossier bijgehouden. Een hulpverlener heeft de plicht om een apart dossier van elke patiënt bij te houden. Een dossier is het geheel aan gegevens dat een hulpverlener over een patiënt bijhoudt. Welke gegevens precies in het dossier moeten worden opgenomen, verschilt per behandeling en per medische beroepsgroep. Dit wordt door de hulpverlener zelf beoordeeld, maar is ook afhankelijk van wettelijke bepalingen of voorschriften. In het dossier moeten in ieder geval de basisgegevens opgenomen worden. Dit zijn onder meer de bevindingen bij lichamelijk en psychiatrisch onderzoek, de diagnose, de ingestelde behandeling, de voortgang van de behandeling, het anesthesie- en operatieverslag, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijzen en ontslagbrieven, röntgenfoto's, verpleegkundige rapportages, aantekeningen van gesprekken en bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Ook de informatieverstrekking en uw afgegeven verklaringen moeten in het dossier worden opgenomen. Persoonlijke werkaantekeningen van de hulpverlener horen niet in het medisch dossier. Persoonlijke werkaantekeningen zijn indrukken, vermoedens en vragen. Ze dienen als geheugensteun voor de gedachtevorming van de hulpverlener en zijn niet bedoeld voor collegiaal gebruik. Zo gauw de hulpverlener persoonlijke werkaantekeningen met zijn collega's deelt door ze op te nemen in uw dossier dan zijn uw rechten, zoals recht op inzage en vernietiging, van toepassing. Over het algemeen blijven ook klachtbehandeling en aansprakelijkheidstelling buiten het medisch dossier. Hiervoor worden aparte dossiers aangelegd door een onafhankelijke klachtencommissie en de directie"*.

De KNMG is kort en krachtig in de beschrijving: *"Een algemene omschrijving van het dossier is het geheel aan gegevens, dat een hulpverlener over een patiënt bijhoudt. Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is een elektronische verzameling van gegevens. Er bestaat niet één enkel type dossier: elke beroepsgroep en elke instelling in de gezondheidszorg kent zijn eigen dossiertype, dossierdrager en dossierschrijft".*

Wij willen het echter niet hebben over het dossier in zijn algemeenheid, maar over het medisch dossier. De gegevens die de arts bijhoudt over de patiënten.

Hertogh noemt in zijn boek 'Functionele geriatric' het zorgdossier een waardevol instrument binnen de multidisciplinaire werkwijze. Hij refereert voor de definitie aan de WGBO. Het zorgdossier is voor hem de verzameling van alle aantekeningen van de hulpverleners, waarbij elke beroepsbeoefenaar zelfstandig eindverantwoordelijk is voor het vastleggen en bijhouden van gegevens in een registratiesysteem. Volgens hem dient het zorgdossier: *"te voorzien in een centrale voortgangsrapportage waarin de betrokken zorgverleners aantekening houden van de multidisciplinair relevante voortgangsgegevens."*

Volgens Hertogh bestaat het zorgdossier uit: *"Een zorgplan, omvattende een overzicht van de problemen, zorg- en behandeldoelen, alsmede van de bij de uitvoering van dit plan betrokken hulpverleners en een multidisciplinair rapportageformulier ten behoeve van de in het kader van de uitvoering van dit plan relevante voortgangsaantekeningen"*.

Hierbij kan worden aangetekend dat vele intercurrente aandoeningen die in het dossier van de arts worden opgenomen niet direct leiden tot aanpassing van het zorgplan. Pas na verloop van tijd worden deze aandoeningen betrokken bij de evaluatie van het zorgplan.

DE PRAKTIJK

Vanuit het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN) is in 2005 een inventarisatie gemaakt naar het gebruik van zorgplannen/zorgdossiers. De inventarisatie is uitgevoerd bij acht organisaties waarbij 21 verpleeghuizen zijn aangesloten.

Doelstelling van de inventarisatie was het verwerven van inzicht in welke zorgplannen/zorgdossiers in gebruik zijn, of het dossier wel/niet geautomatiseerd is, waar overlappen en verschillen zitten tussen de instellingen en welke plannen er met de zorgplannen/zorgdossiers zijn voor de nabije toekomst.

In dit verband is het relevant om na te gaan wat deze inventarisatie aan gegevens oplevert over het gebruik van het medisch dossier. In het algemeen kan gesteld worden dat de zorgdossiers grote overeenkomsten vertonen. Alle zorgdossiers hadden een multidisciplinair karakter, de medische dossiers vertoonden vrijwel dezelfde formulieren en binnen instellingen worden veel dezelfde lijsten gebruikt om verslag te doen van overleg, metingen, gemaakte afspraken etc.

Naast een gezamenlijk multidisciplinair zorgdossier houden 12 van de 21 instellingen een separaat medisch dossier bij. Naast de medische decursus in het medisch dossier wordt in het zorgdossier kort verslag gedaan van de voortgang in het medisch handelen. Bij instellingen met één gezamenlijk zorgdossier komen doublures minder voor. Door 19 instellingen wordt de SAMPC methode gebruikt.

Alle instellingen gebruiken een zorgdossier opgebouwd uit formulieren. De formulieren zijn deels discipline gebonden en deels gezamenlijk in te vullen door meerdere disciplines. Het aantal formulieren varieert tussen de 7 en 45. De taak van de specialist ouderengeneeskunde bij het invullen van de formulieren is zeer divers.

Het separate medisch dossier of de aparte formulieren waar de specialist ouderengeneeskunde zijn bevindingen registreert vertoont vele verschijningsvormen. Bij alle instellingen bestaat de basis uit een formulier waarop algemene gegevens worden genoteerd zoals: donatie, juridische status, allergieën en wilsbeschikkingen. Eenduidigheid in de hier te registreren gegevens is niet aanwezig.

De conclusie is gerechtvaardigd dat de rol van de specialist ouderengeneeskunde, de taken en verantwoordelijkheden, grote diversiteit vertonen. Onduidelijk is hoe de relatie is tussen het zorgplan en medische gegevens zoals diagnostiek, decursus, behandeldoelen en acties. Er is geen eenduidigheid over de wijze waarop informatie wordt gedeeld en afgeschermd en hoe zich dit verhoudt tot privacyaspecten in het kader van de privacywetgeving.

Bijlage 3

Definities van behandel-, zorg- en zorgleefplan

BEHANDELPLAN

De Nota takenpakket geeft één definitie voor zorg-/behandelplan c.q. zorgplan: *"Het samenhangend geheel van multidisciplinaire, probleemgerichte interventies op het gebied van behandelen, begeleiden, verplegen, verzorgen, welzijn en wonen, gericht op het realiseren van de individuele, met de patiënt of diens vertegenwoordiger overeengekomen zorgdoelen. Het zorgplan omvat meer dan de basiszorg en specificeert het aanbod daarvan: enerzijds bevat het aanwijzingen welke onderdelen uit dit basiszorgpakket op welke wijze aan de patiënt 'verstrekt' moeten worden (rekeninghoudend met de gezondheidstoestand van de patiënt, diens beperkingen en de overeengekomen individuele zorgdoelstelling), anderzijds vult het de basiszorg aan met de specifieke (para) medische en psychosociale zorg."*

Hertogh beschrijft het voorwerk van de verpleeghuisarts met betrekking tot het zorgplan:

"De eerste taak van de verpleeghuisarts na opname van de patiënt, bestaat erin gericht gegevens te verzamelen ten behoeve van het zorgplan."

Hij noemt vervolgens:

- gegevens van de indicatiecommissie
- gegevens van de verwijzers
- gegevens van de patiënt/familie door middel van anamnese/heteroanamnese

Op basis van deze gegevens wordt een voorlopig zorgplan (=behandelplan) opgesteld aan de hand waarvan het multidisciplinaire proces wordt opgestart.

Het behandelplan wordt in stappen opgesteld:

- stap 1: formulering hoofddoelstelling
- stap 2: probleemanalyse en inventarisatie
- stap 3: formuleren (deel)doelstelling
- stap 4: prioritering

Vervolgens wordt een probleemlijst opgesteld geordend volgens SFMPC of SAMPC bestaande uit problemen relevant voor het multidisciplinaire proces. Monodisciplinaire problemen komen niet in deze probleemlijst voor. Spijkers, Francke en Schols hebben in "Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings" een onderbouwing en inventarisatie gemaakt van indicatoren met betrekking tot medische zorg in verpleeghuissettings.

Ten aanzien van het behandelplan stellen zij: *"Via medisch diagnostisch onderzoek bij opname en vervolgens via periodieke herhaling hiervan, moet de verpleeghuisarts de totale medische toestand van de cliënt in kaart brengen en (met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger) tot een overzicht van problemen komen, om vervolgens een (evidence based) behandelplan in gang te kunnen zetten."* en *"Iedere cliënt heeft een behandelplan met daarin de medische behandelafspraken. Dit behandelplan is tot stand gekomen in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. De medische behandelafspraken vormen een integraal onderdeel van het zorg(leef)plan. De medische behandelafspraken worden regelmatig geëvalueerd met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger."*

HET ZORGPLAN

In artikel 2 van het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg van 2 maart 2009 staat:

ARTIKEL 2

1. De zorgaanbieder organiseert zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met de cliënt waarin in ieder geval de volgende onderwerpen aan bod komen:
 - a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
 - b. op welke concrete wijze zullen de zorgaanbieder en de cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
 - c. wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken;
 - d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren.
2. De zorgaanbieder legt, na de in het eerste lid bedoelde bespreking met de cliënt, uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening het resultaat van de bespreking met de cliënt op de onderscheiden onderwerpen vast in een zorgplan.
3. Indien de cliënt dan wel, indien artikel 3 van toepassing is, de in dat artikel bedoelde persoon of personen niet tot bespreking van de in het eerste lid bedoelde onderwerpen, de evaluatie of het actualiseren van het zorgplan bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging, evaluatie of actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

UIT DE TOELICHTING BIJ HET BESLUIT IS HETVOLGENDE VAN BELANG:

DOEL VAN HET BESLUIT

Om de zorgverlening cliëntgericht te maken en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren, is het noodzakelijk dat zorgaanbieders het zorgplan zoveel mogelijk samen met de cliënt opstellen. De positie van de cliënt wordt versterkt doordat de zorgaanbieder verplicht is de invulling van het zorgplan met de cliënt te bespreken. Hierdoor komt een overlegproces tot stand. De cliënt praat mee over de invulling van zijn dagelijkse zorgverlening en krijgt de mogelijkheid zijn wensen kenbaar te maken.

REIKWIJDTE VAN HET BESLUIT

Bij de inrichting van het besluit is er uitdrukkelijk voor gekozen om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders te laten. Om die reden is in het besluit niet tot in detail voorgeschreven waar de bespreking over moet gaan, of wat er naderhand in het zorgplan moet worden vastgelegd, maar is slechts globaal een aantal onderwerpen aangegeven dat met de cliënt moet worden besproken en vervolgens in het zorgplan moet worden vastgelegd. Het effect daarvan is dat het voor zorgaanbieders mogelijk is om het gesprek met en het zorgplan voor een cliënt die bijvoorbeeld enkelvoudige zorg ontvangt, of slechts zorg geleverd krijgt voor een beperkt aantal uren per week, eenvoudig van opzet te houden. Tegelijkertijd kan het feit dat er over de invulling en evaluatie van het zorgplan moet worden gesproken juist ook in die gevallen ervoor zorgen dat er een signaleringsfunctie ontstaat, wat van pas komt wanneer een cliënt achteruit gaat en meer zorg of ondersteuning nodig heeft.

KERN VAN HET BESLUIT

Zorgaanbieders zijn in beginsel vrij om de plicht tot het leveren van verantwoorde zorg in te vullen zoals zij dat willen, maar dit besluit legt hen een verplichting op ten aanzien van een specifiek onderdeel van die zorg: zij dienen, voordat zij een zorgplan maken, een bespreking met de cliënt te organiseren over de invulling van de zorgverlening en de doelen van de zorg. Van zorgaanbieders wordt dus verwacht dat zij de cliënt of zijn vertegenwoordiger actief betrekken bij het opstellen van het zorgplan, wat kan blijken uit het feit dat zij met hem overleggen over verschillende alternatieven of navragen wat de cliënt vroeger gewend was. Na deze fase van overleg moet de cliënt of zijn vertegenwoordiger de gelegenheid hebben om die delen van het conceptzorgplan die betrekking hebben op de persoon van de cliënt zelf, zijn leefomgeving en dagritme, in te zien en te commentariëren. Dat is immers de weergave van het gesprek dat de zorgaanbieder met hem heeft gevoerd. Daarvoor is het van groot belang dat die onderdelen voor de cliënt op begrijpelijke wijze, in begrijpelijke taal, zijn opgeschreven. Het feit dat de zorgaanbieder het resultaat van de bespreking weergeeft in het zorgplan betekent niet dat het zorgplan zonder instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet tot stand kan komen. Het zorgplan is geen overeenkomst. Het is uiteindelijk de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de totstandkoming en de inhoud van het plan; het is tenslotte een deel van de invulling van het begrip 'verantwoorde zorg', waaraan hij is gebonden.

Het zorgplan is ingevolge dit besluit het document waarin, volgend uit de bespreking met de cliënt, voor die cliënt voor de komende periode doelen worden gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon. Globaal moet worden beschreven hoe de doelen worden bereikt en wie voor de uitvoering verantwoordelijk is. Dat is overigens wat anders dan dat het zorgplan beschrijft wie het uitvoert. In de langdurige zorg wordt een zorgplan over het algemeen door verschillende functionarissen uitgevoerd. Het zou een onevenredige belasting zijn voor zorgaanbieders om limitatief te omschrijven wie dat allemaal zijn. In de praktijk van de langdurige zorg is een aantal modellen ontwikkeld met dezelfde inhoud, maar met een andere naam dan "zorgplan". Ook die documenten kunnen de functie van een zorgplan vervullen, mits zij een weergave zijn van de bespreking met de cliënt over de in dit besluit onderscheiden onderwerpen. Het besluit verplicht niet tot gebruik van de naam "zorgplan"; wel moet zijn voldaan aan hetgeen is bepaald ten aanzien van inhoud en proces van vaststelling. Ook een term als zorgleefplan, ondersteuningsplan of begeleidingsplan kan worden gebruikt.

Uit het voorgaande volgt dat een zorgplan geen voortgangsrapportage is, of de (verpleegkundige) verslaglegging van dag tot dag. Die verslaglegging kan er echter, nadat gestart is met de zorgverlening, wel onderdeel van uitmaken en vormt in ieder geval voeding voor de evaluatie van het zorgplan. Waar het bij de bespreking met de cliënt primair om gaat, is dat de kwaliteit van leven voor de cliënt een centraal thema is.

INFORMATIE AAN ZORGVERZEKERAAR

Het zorgplan, waarin de resultaten van het overleg met de cliënt zijn vastgelegd, speelt slechts een marginale rol in de verantwoording van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor of de zorgverzekeraar over de geleverde zorg. De zorgverzekeraar kan, bijvoorbeeld op basis van de informatie uit de cliëntenraadpleging of de indicatoren verantwoorde zorg, vaststellen of er zorgplannen aanwezig zijn. Deze informatie kan de zorgverzekeraar gebruiken bij zijn zorginkoop. De inhoud van het zorgplan kan echter niet worden gebruikt om vast te stellen of de zorg rechtmatig is geleverd, noch op andere wijze een rol spelen bij de financiële verantwoording. Immers, zorgverzekeraars hebben geen inzagerecht in zorgplannen. Het zorgplan is, gezien het vertrouwelijke karakter van de relatie tussen zorgverlener en cliënt, niet het geëigende document om ook informatie over de verantwoording aan te ontlenen. Dat zou het zorgplan belasten met een rol die op gespannen voet kan staan met de ruimte die zorgaanbieders moeten hebben om flexibel in te spelen op de situatie en zorgbehoefte van een cliënt. Als het gaat om de vraag of de juiste omvang is geleverd, en de verantwoording daarover, kan de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder of wellicht de zorg(leverings)overeenkomst een bruikbaar instrument zijn. Dat laatste document, dat in verschillende vormen in de langdurige zorg voorkomt, geeft immers uitdrukking aan de contractuele relatie tussen cliënt en zorgaanbieder en zou mogelijkerwijs geschikter zijn om duidelijkheid te geven over de omvang van de zorg. Het zorgplan richt zich vooral op de inhoud van de zorg.

INFORMATIE AAN DE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Op basis van de Kwaliteitswet, de wet BIG en de Gezondheidswet kan de Inspectie, zonder toestemming van de patiënt, patiëntendossiers inzien.

HET ZORGLEEFPLAN

Het zorgleefplan is ontwikkeld door ActiZ, V&VN (v/h AVVV), LOC, Verenso (v/h NVVA) en Sting. In een zorgleefplan staat hoe aan de behoefte aan zorg van een cliënt tegemoet wordt gekomen in het leven van alle dag.

Volgens het "Kwaliteitskader Verantwoorde zorg" is de essentie van het zorg(behandel)-/leefplan dat:

- iedere cliënt een indicatiebesluit, een zorgovereenkomst en een zorg(behandel)-/leefplan heeft;
- cliënten betrokken zijn bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorg(behandel)-/leefplan;
- de vier domeinen (woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden en autonomie, lichamelijk welbevinden en gezondheid) verantwoorde zorg terug komen in het zorg(behandel)-/leefplan;
- het zorg(behandel)-/leefplan een beeld geeft van zorgvraag en zorgbehoefte.

ActiZ heeft in "Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking" een toelichting gegeven op het model zorgleefplan.

"In het visiedocument "Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg" speelt het zorgleefplan een centrale rol bij het borgen van verantwoorde zorg. Vanuit deze normen worden dan ook eisen gesteld aan het zorgleefplan en aan het werken daarmee. Deze eisen zijn inhoudelijk, procesmatig, professioneel en organisatorisch van aard. In het "Kwaliteitskader Verantwoorde zorg" zijn deze normen geoperationaliseerd. Er is voor gekozen om het woord zorgleefplan te gebruiken in plaats van zorg(behandel)-/leefplan. De bedoeling daarvan is om te accentueren dat het eigen leven van de cliënt centraal staat. Het model Zorgleefplan is erop ingericht om daarbij zorgvuldig de verbinding te leggen met alle vormen van professionele zorg en behandeling die nodig zijn om de kwaliteit van het eigen leven adequaat te ondersteunen. Het model Zorgleefplan brengt de multidisciplinaire zorg, behandeling en dienstverlening aan een cliënt in beeld.

Het zorgleefplan geeft een beeld van de gezondheidssituatie van cliënt ten gevolge van diens aandoeningen, de prognoses daarvan en de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen, nodig voor de ondersteuning van de Kwaliteit van leven van de cliënt.

Het zorgleefplan, in veel gevallen multidisciplinair en altijd individueel voor iedere cliënt, heeft een onmisbare functie bij het organiseren en realiseren van Verantwoorde zorg. In het zorgleefplan wordt voor en met iedere cliënt zijn of haar perspectief op kwaliteit van leven vertaald in doelen, concrete activiteiten en afspraken die bepalend zijn voor het handelen van professionals. Het zorgleefplan is de nadere uitwerking (individuele invulling) van de leveringsvoorwaarden, zoals deze zijn opgenomen in de zorgverlening overeenkomst.

Het zorg-/leefplan is dus primair een werkdocument voor zorgprofessionals en cliënten in de dagelijkse zorgverlening."

WET BOPZ

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) schrijft voor dat de arts die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wet BOPZ er voor zorgt dat zo spoedig mogelijk een behandelplan wordt opgesteld (art. 38 BOPZ). Hij hoeft dit behandelplan niet zelf op te stellen. In dit behandelplan wordt opgenomen:

- afschriften over de onvrijwillige opname;
- over welke onderdelen overeenstemming is bereikt met de patiënt en over welke onderdelen niet;
- wie als vertegenwoordiger optreedt wanneer de behandelaar wilsonbekwaamheid heeft geconstateerd;
- het verloop van de uitvoering;
- inperking van rechten;
- welke teamleden voor welke onderdelen van de uitvoering verantwoordelijk zijn;
- de toepassing van middelen en maatregelen bij noodsituaties en van dwangbehandeling.

Als er sprake is van dwangbehandeling of toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie dient de arts dit te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daartoe bestaan speciaal ontwikkelde formulieren. Aan de Inspectie wordt verstrekt:

- een maandelijks overzicht van patiënten die via een rechtelijke Machtiging of inbewaringstelling op de BOPZ-afdeling zijn opgenomen en wie van de patiënten door ontslag, verlof of overlijden niet meer op die afdeling verblijven;
- een maandelijks overzicht van de aantekeningen in het register van de toepassingen van de middelen en maatregelen;
- beslissingen van klachten van de BOPZ-klachtencommissie;
- toepassing van middelen en maatregelen en van dwangbehandeling.

Bijlage 4

Methodisch werken

MEDISCHE BESLUITVORMING

De probleemgerichte methode van werken zoals Hertogh omschrijft is samengesteld uit:

- de probleemgeoriënteerde verslaglegging;
- het gevolgenmodel op basis waarvan de ICIDH-classificatie is ontworpen;
- de indeling van problemen in vijf categorieën (SFMPC/SAMMPC).

PROBLEEMGEORIËNTEERDE VERSLAGLEGGING

Het is de bedoeling dat het vastleggen van gegevens aansluit op het primaire proces. Het gaat erom een overzichtelijk en samenhangend overzicht van de bevindingen te komen. De Probleemgeoriënteerde (POR) en het Episodegerichte Registreren (EGR) zijn methoden om vorm te geven aan de verslaglegging. Bij de POR worden chronologisch de gegevens aan een probleem gekoppeld en wordt per patiënt een probleemlijst bijgehouden van acute problemen. POR biedt een overzicht op de probleemlijst van belangrijke problemen en per probleem een chronologisch overzicht van alle relevante contactgegevens.

De EGR structureert alle contacten en gegevens (specialistenbrieven, laboratoriumuitslagen) door deze te rangschikken onder een episode. Een episode geeft inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem. EGR biedt een overzicht op de episodelijst van alle gezondheidsproblemen en per episode een chronologisch overzicht van alle relevante contactgegevens.

Hertogh heeft er al op gewezen dat de probleemgeoriënteerde verslaglegging kan leiden tot een lange en onoverzichtelijke probleemlijst. In de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde wordt deze vorm van registreren in beperkte en gemodificeerde zin gehanteerd.

Het begrip probleemlijst is breder dan een enkele opsomming van problemen. Vanuit een meer integrerende, holistische, benadering betreft dit subjectieve en objectieve aandachtspunten en inzichten. Hieronder kunnen ook aandachtspunten vallen die alertheid vragen zonder dat er een directe probleemstelling uit voort komt.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) kiest in de richtlijn "Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier" voor EGR. Redenen zijn:

- het verschil tussen de twee methodes is klein en in de praktijk zullen EGR en POR in elkaar overgaan;
- de episode zal het centraal structurerend principe worden. Het begrip "probleem" transformeert in een episode die altijd bovenaan de episodelijst te zien zal zijn;
- het voordeel van EGR is dat een overzicht wordt verkregen van alle door de patiënt aangeboden problemen;
- EGR sluit beter aan op het generalistisch en integraal karakter van de huisartsgeneeskunde;
- Binnen het EGR wordt een overzicht verkregen van alle door de patiënt aangeboden problemen;
- Deelcontacten voorafgaande aan een diagnose zijn al in een episode verzameld.

In de praktijk werkt de specialist ouderengeneeskunde in het eerste stadium van het onderzoek monodisciplinair. De patiëntgebonden gegevens, problemen, zorg- en behandeldoelen, worden geregistreerd. Hierbij is het ordeningsprincipe het SOEP/SOAP-systeem. SOEP/SOAP staat voor:

- Subjectief: wat de patiënt/ de omgeving ervaart
- Objectief: wat de bevindingen van de arts zijn bij onderzoek
- Analyse of Evaluatie van de hypothesen het formuleren van een (voorlopige)diagnose
- Plan: de noodzakelijk te ondernemen acties. Medicatie, therapie etc

In de praktijk worden verschillende vormen van deze methodiek gehanteerd zoals VACOB (Vraag, Analyse, Conclusie, Overweging, Beleid).

GEVOLGENMODEL

Voor de specialist ouderengeneeskunde volstaat het niet om een diagnose te stellen. Van belang is het om de gevolgen van de (chronische) ziekte en preventie van complicaties in beeld te brengen. Een hulpmiddel hierbij is het gevolgde model van Wood en Bradley waarmee stoornissen, beperkingen en handicaps in beeld worden gebracht. Dit model heeft geleid tot de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is de in 2001 verschenen opvolger van de ICIDH.

De ICF maakt deel uit van het classificatiesysteem zoals ontwikkeld door de World Health Organisation (WHO). De internationale classificaties vormen een taal met behulp waarmee verschillende gegevens op het gebied van de gezondheid kunnen worden vastgelegd. De verschillende disciplines binnen de medische sector kunnen op deze wijze met elkaar communiceren over gezondheid en gezondheidszorg. ICD-10 (International Classification of Diseases, tiende revisie) classificeert ziekten, aandoeningen en letsels. Met name medisch specialisten maken gebruik van dit systeem. De International Classification of Primary Care (ICPC) is de standaard voor het coderen van klachten in de huisartsenpraktijk. De ICPC is minder detaillistisch dan de ICD. De ICPC-2 is koppelbaar aan de ICD-10 codering.

De ICF is ontwikkeld voor het classificeren van menselijk functioneren in verband met de gezondheidstoestand. De ICPC/ICD-10 en de ICF vullen elkaar aan. De ICPC/ICD-10 codeert ziekten en aandoeningen, de ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit verschillende perspectieven.

- Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme
- Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen
- Stoornissen: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen
- Activiteiten: onderdelen van iemands handelen
- Beperkingen: moeilijkheden die iemand heeft bij het uitvoeren van activiteiten
- Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven
- Participatieproblemen: problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven
- Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving
- Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond

De perspectieven van de ICF sluiten aan bij het idee Kwaliteit van leven binnen Verantwoorde Zorg. Vanuit deze gedachte wordt het Zorgleefplan opgebouwd rond de aandachtsgebieden:

- Lichamelijk welbevinden
- Woon- en leefomstandigheden
- Participatie/deelname
- Mentaal welbevinden

DE INDELING VAN PROBLEMEN

Het methodisch werken van de specialist ouderengeneeskunde kent een monodisciplinaire en multidisciplinaire fase.

De monodisciplinaire fase bestaat uit:

- het verzamelen van gegevens;
- analyse;
- probleeminventarisatie.

In deze fase vertonen de activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde grote gelijkenis met de methode zoals die ook binnen de huisartsgeneeskunde gebruikt wordt. De gegevens welke hier verzameld worden dienen als bouwstenen voor het zorgplan waarna het multidisciplinaire proces wordt opgestart.

De multidisciplinaire fase bestaat uit:

- het bijeenbrengen van de monodisciplinaire bevindingen;
- analyse;
- probleeminventarisatie;
- prioritering;
- probleemlijst maken;
- opstellen zorgplan;
- evaluatie en bijstellen zorgplan.

De probleemlijst wordt geordend volgens de SAMMPC/SFMPC systematiek. Deze afkorting staat voor Somatisch, ADL (Functioneel), Maatschappelijk, Mobiliteit, Psychisch en Communicatief. Binnen dit model kunnen de verschillende domeinen van het menselijk functioneren in kaart worden gebracht.

SAMMPC is een communicatiemodel. De doelstelling is om structuur aan te brengen in het behandelplan. De verschillende bij de behandeling betrokken disciplines krijgen ieder een eigen domein. Vanuit de hulpvraag van de patiënt worden haalbare en realistische doelstellingen geformuleerd. SAMMPC integreert de benadering vanuit verschillende disciplines en is daarmee kenmerkend voor de multidisciplinaire werkwijze zoals die noodzakelijk is voor het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Met behulp van de SAMMPC-methodiek wordt bereikt dat er een eenduidige visie ontstaat op de behandeling van de patiënt.

ICF is een classificatiesysteem dat vanuit een monodisciplinaire invalshoek op functionele mogelijkheden duidt. SAMMPC geeft inzicht in het behandelplan en geeft de verschillende taken en verantwoordelijkheden van de bij de behandeling betrokken disciplines weer.

Literatuurlijst

Burgerlijk Wetboek. Boek 7 Bijzondere overeenkomsten. Titel 7 Opdracht. Afdeling 5 De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling

De Wet BOPZ voor artsen, Ministerie van VWS, januari 2002

Eindverslag Implementatie Richtlijn Adequate dossiervorming met het EMD, NHG februari 2005

Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Deelonderzoek 3, Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector, ZonMw maart 2002

Functionele geriatric, C.M.P.M. Hertogh, 1997

Handreiking Professionele verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts, Verenso (v/h NVVA) 2004

ICF: Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren. WHO-FIC Collaborating Centre RIVM. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2002

Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuisinstellingen, NIVEL, K.F.J. Spijkers, A.L. Francke, J.M.G.A. Schols, 2007

Inventarisatie Zorgdossiers/Zorgleefplannen, Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen, Marleen Alberink Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde UMC St. Radboud 27 januari 2005

Kans of risico voor de zorg, KNMG, Mr. Dr. J. Legemaate, Drs. M.F. Wesseling, juni 2005

KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging, KNGF-richtlijnummer O-01/2003
Ouderdom komt met gebreken, Gezondheidsraad, 2007

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, ActiZ, V&VN, LOC, Verenso (v/h NVVA), Sting, IGZ, VWS, ZN, oktober 2007

Medische ouderenzorg in de toekomst, STG/HMF, 2007

Model-zorgleefplan verpleeghuiszorg. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht 1997

Model Zorgleefplan Verantwoorde zorg, ActiZ, juli 2006

Nota Takenpakket Verpleeghuisarts/sociaal geriater, Verenso (v/h NVVA) 2003

Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg. ActiZ (v/h Arcares), AVVV, LOC, Verenso (v/h NVVA), Sting. Juni 2005

Probleemgeoriënteerd denken in de geriatric. Redactie: M.G.M. Olde Rikkert, J. Flaming, M. Petrovic, J.M.G.A. Schols, W.H.L. Hoefnagels. De Tijdstroom, Utrecht 2008

Professionele verantwoordelijkheid en verantwoorde zorg, ActiZ (v/h Arcares), mei 2004

Programma van Eisen Elektronisch Cliënt Dossier, ActiZ 11 april 2007

Raam-functiebeschrijving verpleeghuisarts, LAD & Verenso (v/h NVVA), Utrecht, 18 mei 2000

Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier, NHG, maart 2004

Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking, ActiZ, juli 2006

Verantwoorde Zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan. ActiZ, juli 2006

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Wet van 6 juli 2000, houdende regels inzake de bescherming van persoonsgegevens (Wet bescherming persoonsgegevens)

Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen. Uitgave van het Samenwerkingsverband Implementatie WGBO. Utrecht, juni 2004

Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde

SAMENSTELLING WERKGROEP

Mevrouw F. Bols,
specialist ouderengeneeskunde

Mevrouw I. van Hoof,
Applicatie Beheerder Elektronisch Zorgdossier
Stichting de Wever

De heer G. Megens,
specialist ouderengeneeskunde

Mevrouw Drs. M. Nieuwboer,
Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen

De heer R. Rohling,
specialist ouderengeneeskunde

Mevrouw Drs.C. Spaans,
beleidsmedewerker Vitalis WoonZorggroep Eindhoven

VANUIT BUREAU VERENSO

Mevrouw M.S.T. Jong,
beleidsondersteuner en projectassistent

De heer Drs. F.J. Roos,
beleidsmedewerker en projectleider

UITGAVE

ISBN 978-90-74785-09-9
September 2009
© Verenso

ONTWERP

Het Lab - grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

Het project is uitgevoerd in het kader van het Programma Zorg voor Beter. Zorg voor Beter is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het programma geeft extra kwaliteitsimpuls aan de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg.

verenso
specialisten in
ouderengeneeskunde

