

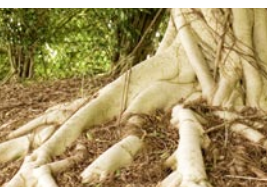


Dossiervorming voor verantwoorde zorg

Medische verslaglegging door de
specialist ouderengeneeskunde

Waarom is verslaglegging belangrijk?

De specialist ouderengeneeskunde heeft te maken met complexe problemen bij kwetsbare patiënten. Genezen van aandoeningen en ziekten is vaak niet meer mogelijk. Het zo goed mogelijk functioneren en zoveel mogelijk een eigen leven leiden is het primaire doel. Bij de zorg zijn meestal meerdere disciplines betrokken. In een behandelplan registreert de specialist ouderengeneeskunde het behandelplan, de strategie en de afspraken die zijn gemaakt. Ook beschrijft het plan wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van bepaalde delen van de zorg. In multidisciplinaire besprekingen wordt het behandelplan geëvalueerd en bijgesteld. Door taakdelegatie en taakdifferentiatie en het toenemende aantal parttimers neemt het aantal betrokken zorgverleners rond een patiënt toe. Een zorgvuldige overdracht, toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie worden daarom steeds belangrijker. De Nota Medische Verslaglegging geeft randvoorwaarden voor verslaglegging, registratie en overdracht van gegevens. Aan welke eisen moet verslaglegging voldoen? Welke gegevens neemt de specialist ouderengeneeskunde op in zijn eigen medische dossier? En welke rol kan het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) spelen? De nota is niet bedoeld als een dwingend keurslijf. Afhankelijk van de omstandigheden bepaalt de specialist ouderengeneeskunde wat relevant is om te registreren.



Welke gegevens legt de specialist ouderengeneeskunde vast?

Uit hoofde van de wet en zijn professionele verantwoordelijkheid moet de specialist ouderengeneeskunde gegevens registreren. Dat doet hij voor de onderlinge communicatie tussen hulpverleners, de continuïteit van de zorg, toetsing en verantwoording, en voortgangsrapportages. Het gaat per patiënt in elk geval om administratieve gegevens, een overzicht van klachten, ziekten en aandoeningen, de voorgeschreven medicatie en contextuele informatie. Daarbij worden de medische, paramedische en verpleegkundige gegevens gevoegd. Ook bevindingen van vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen zijn relevant.

De toelichting bij de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat van iedere patiënt een apart medisch dossier moet worden bijgehouden. Een KNMG-rapport over WGBO en dossiervorming noemt de volgende onderwerpen voor een medisch dossier:

- de inhoud van het medisch handelen, van anamnese tot en met resultaten van behandeling en verpleging;
- gegevens voor de continuïteit van zorg, van overdrachtsgegevens tot relevante levenslopinformatie;
- persoonsgebonden gegevens die relevant blijven voor vervolgbehandeling, onderzoek en begeleiding;
- schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt zoals een non-reanimatieverklaring of het donorcodicil.

In aansluiting op het KNMG-standpunt omschrijft de Nota Medische Verslaglegging wat de specialist ouderengeneeskunde in het dossier minimaal vastlegt:

- een set van persoonsgebonden gegevens, die het hele leven voor de patiënt van belang blijft, zoals allergieën, genetische aandoeningen of door-gemaakte ziekten met implicaties voor de toekomst (bijvoorbeeld hepatitis B of TBC);
- een set van episodegebonden gegevens, die een bepaalde behandelperiode voor de patiënt van belang is, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, werkhypothese, behandelplan en beloop. Ook gaat het om gegevens over de juridische status, zoals BOPZ-registraties en de wettelijk vertegenwoordiger. En het betreft hier een beschrijving van de informatie die aan de patiënt is gegeven, diens toestemming bij risicovolle ingrepen en eventuele toevoegingen op verzoek van de patiënt.

Daarnaast registreert de specialist ouderengeneeskunde schriftelijke wilsverklaringen, ingebracht materiaal en protheses, plus de medicatiestatus en genesmiddelenhistorie van de patiënt. Persoonlijke werkaantekeningen van de hulpverlener horen niet in het medisch dossier. Dit zijn immers indrukken, vermoedens en vragen, die als geheugensteun dienen voor de gedachtevorming van de hulpverlener. Over het algemeen blijven ook klachtafhandeling en aansprakelijkheidsstelling buiten het medisch dossier. Hiervoor worden aparte dossiers aangelegd door een onafhankelijke klachtencommissie en de directie.

Waarom een elektronisch dossier?

De specialist ouderengeneeskunde werkt niet alleen in het verpleeghuis, maar ook in het verzorgingshuis, in de thuissituatie van patiënten en in sommige gevallen in het ziekenhuis. Het is van belang dat verschillende betrokken professionals toegang hebben tot deze gegevens, uiteraard met inachtneming van de privacy. De specialist ouderengeneeskunde zal zich moeten afvragen of de verslaglegging begrijpelijk en toegankelijk is voor andere hulpverleners.

Zorgverlening, preventie, onderzoek en zorglogistiek kunnen mede om deze reden niet meer zonder informatietechnologie. Goede en adequate zorg voor ouderen met complexe problematiek vergt snelle en betrouwbare gegevensuitwisseling. Een elektronisch patiëntdossier en elektronisch medicatiedossier zijn gewenst om cliëntgegevens 7 x 24 uur toegankelijk te maken voor andere geautoriseerde zorgverleners. Ook biedt elektronische dossiervorming nieuwe mogelijkheden voor informatievoorziening aan de patiënt en diens omgeving. De specialist ouderengeneeskunde heeft nog enige achterstand ten opzichte van huisartsen en medisch specialisten op het gebied van elektronische communicatie. Elektronische koppelingen aan de systemen van instellingen, huisartsen en apothekers zijn gewenst. Dat geldt ook voor een verbinding met het Landelijk Schakelpunt (LSP), het

centrale knooppunt voor de landelijke uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgaanbieders in Nederland.

Op weg naar een SOIS voor de ouderengeneeskunde

Standaardisering is noodzakelijk voor de (elektronische) uitwisseling van gegevens. Medicatiegegevens, diagnostische informatie en onderzoeksuitslagen moeten op eenduidige wijze worden geregistreerd. Dat bevordert meteen ook de samenhang tussen verschillende dossiers en mappen, bijvoorbeeld die van de verpleging/verzorging en de fysiotherapeut. Ook kan met behulp van elektronische verslaglegging wetenschappelijk onderzoek in de ouderengeneeskunde ondersteund worden.

Op basis van een minimale gegevensset kan een elektronisch dossier voor de ouderengeneeskunde tot stand komen. Dit zogeheten Specialist Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (SOIS) moet in ieder geval:

- aansluiten op werkwijze en werkprocessen van de specialist ouderengeneeskunde;
- voldoen aan de eisen van verslaglegging die aan de beroepsgroep gesteld worden;
- voldoen aan de eisen van het LSP en het Nictiz, kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg;
- koppelbaar zijn aan het ECD van het verpleeghuis en kunnen communiceren met de systemen van huisartsen, apotheken en ziekenhuis.

Alleen als specialisten ouderengeneeskunde een dominante rol spelen bij de ontwikkeling van een SOIS, ontstaat een systeem dat hun werkwijze ondersteunt.

Medische verslaglegging: dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde

Welke verantwoordelijkheden heeft de specialist ouderengeneeskunde ten opzichte van de patiënt? Hoe verhouden deze verantwoordelijkheden zich tot die van andere disciplines en het instellingsmanagement /-bestuur? Welke taken en verantwoordelijkheden heeft de specialist ouderengeneeskunde bij de dossiervorming en bij het opstellen van een behandel- en zorgplan? Is het opstellen van een behandelplan een vorm van verslaglegging en hoe verhoudt dit zich tot het zorgplan? De antwoorden op al deze vragen zijn relevant voor de specialist ouderengeneeskunde, voor het management én voor andere hulpverleners in een instelling of in de eerste lijn. De Nota Medische Verslaglegging die Verenso in oktober 2009 heeft gepubliceerd, biedt handreikingen om deze antwoorden te formuleren.

De hoofdlijnen van de Nota Medische Verslaglegging zijn samengevat in drie folders:

- over 'verantwoordelijkheden': welke verantwoordelijkheden heeft de specialist ouderengeneeskunde in de zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken?
- over 'verslaglegging': op welke wijze moet verslag worden gedaan van bevindingen en hoe dient informatie te worden gedeeld en overgedragen?
- over 'positionering': hoe verhouden de verantwoordelijkheden en rollen van de arts zich tot die van het management en bestuur van de instelling?

Eisen aan de verslaglegging

Ouderengeneeskunde is multidisciplinaire zorg, zowel intra- als extramuraal. Een zorgvuldige overdracht, toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie worden steeds belangrijker. Wat vraagt dit van de verslaglegging door de specialist ouderengeneeskunde?

BESCHIKBAARHEID

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor een goede continue zorgverlening. Een logisch opbergsysteem én 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. Het gaat erom alle relevante gegevens op te nemen, zonder raadselachtige afkortingen te gebruiken.

BETROUWBAARHEID

Op grond van de genoteerde gegevens moet de essentie van de hulpverlening reproduceerbaar zijn. De verslaglegging dient in overeenstemming te zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding geven tot twijfel over wat er wordt bedoeld.

INZICHTELIJKHEID

De gegevens die zijn vastgelegd dienen helder te zijn weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat een 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).

Een goed SOIS ondersteunt ook je instellingsbeleid

'Het dossier in een verpleeghuis is vaak opgebouwd uit gescheiden bestanden. Iedere hulpverlener legt vast wat voor de relatie met zijn patiënt van belang is. Toch heb je allemaal meerdere gegevens én een overzicht nodig. Wij werken er dus hard aan om alle informatie bij elkaar te brengen en dwarsverbanden mogelijk te maken. Dat vergt een gestandaardiseerde opslag, vooral voor medische gegevens, medicatie en onderzoeksuitslagen. Zo'n SOIS krijgt een meerwaarde als ook beleidsondersteunende instrumenten er een plaats in krijgen. Ik denk aan een elektronisch voorschrijfsysteem met medicatiebewaking en richtlijnen. Of aan een doorlopende registratie van indicatoren. Als het goed is kunnen we er straks ook managementinformatie en gegevens voor wetenschappelijk onderzoek uithalen, zonder alle papieren rompslomp die daar nu nog bij komt kijken. Het systeem koppelt belangrijke gegevens over indicaties, zorgresultaten, indicatoren en financiering. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg én voor de bedrijfsvoering. En niet te vergeten: het is beter voor de patiënt. Zo kun je de zorg leveren waar mensen om vragen.'

Verlaglegging op methodische wijze

Het vastleggen van gegevens moet aansluiten op het primaire proces. Het gaat erom een overzichtelijk en samenhangend overzicht van de bevindingen te verkrijgen. Het medisch dossier moet daarvoor methodisch worden opgezet. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde:

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

Bij registratie volgens codering is het voor een goede communicatie met huisarts en medisch specialist wenselijk de internationale standaarden ICPC of ICD te gebruiken. De overdracht aan paramedici, verpleging en verzorging geschiedt met de ICF. 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.

o i r e



Deze folder is gebaseerd op de 'Nota Medische Verslaglegging',
oktober 2009



verenSo

Mercatorlaan 120
3528 BL Utrecht

Postbus 20069
3502 LB Utrecht

T 030 28 23 481
F 030 28 23 494

info@verenso.nl
www.verenso.nl