

Programma van Eisen

Elektronisch Cliënten Dossier

Update 2013



Versie 2.3

oktober 2013

Inhoud

1	Introductie.....	1
2	Tot stand komen en ontwikkeling van dit document.....	2
2.1	Versie ontwikkeling.....	2
2.2	Wat verandert er nu in de kern?.....	2
3	Leeswijzer.....	5
3.1	Inhoud hoofdstukken.....	5
3.2	Gebruik van dit document.....	5
4	Doelstelling en scope.....	8
4.1	Tachtig procent dekkend.....	8
4.2	Het primair proces.....	9
4.3	Soorten informatie.....	10
4.4	Discipline dossiers.....	10
5	Algemene eisen.....	13
5.1	Voldoen aan huidig Wettelijk kader.....	13
5.2	Voldoen aan voorgenomen Wettelijk kader.....	19
5.3	Voldoen aan functionele kaders.....	22
5.4	Voldoen aan technische kaders.....	23
5.5	Laagdrempelig gebruik.....	26
5.6	Gelaagde en flexibele autorisatie.....	27
5.7	Open architectuur (i.v.m. gegevensuitwisseling in andere systemen).....	28
5.8	Schaalbaar.....	30
5.9	Stabiliteit.....	30
5.10	Ondersteunt decentrale uitvoering en mobiel gebruik.....	30
5.11	Flexibiliteit systeem (ruimte voor aanpassing zonder programmeerwerk).....	31
5.12	Eenvoudig beheer.....	31
5.13	Historie en archivering.....	32
5.14	Correspondentiefunctie.....	32
5.15	Clïëntportaal.....	32
6	Aanmelden.....	33
6.1	Oriëntatie.....	33
6.2	Wachlijstbeheer.....	33
6.3	Clïëntregistratie.....	33
6.4	Aanmaken disciplinedossier.....	35
6.5	Zorg- en dienstverleningsovereenkomst.....	36
7	Zorgen en ondersteunen.....	37
7.1	Opstellen persoonsbeeld.....	37
7.2	Opstellen Persoonlijk ondersteuningsplan.....	39
7.3	Opstellen actieplannen.....	39
7.4	Invullen Agenda.....	41
7.5	Uitvoeren.....	41
7.6	Evalueren Zorg en Ondersteuning.....	43
7.7	Maken rapportages.....	44
8	Afmeldingsfase (overplaatsingsfase).....	45
8.1	Overplaatsing binnen instelling.....	45
8.2	Afmeldings- of overplaatsingsbericht AZR.....	45
9	Managementinformatie.....	46
9.1	Bedrijfsvoering kwantitatief.....	46
9.2	Bedrijfsvoering kwalitatief.....	47
9.3	Bedrijfsvoering koppeling kwantitatief en kwalitatief.....	49
9.4	Rapportage indicatoren kwaliteitskader.....	49
9.5	Informatie ten behoeve van inhoudelijke kennis en wetenschappelijk onderzoek.....	50
10	Systeemsignalering (triggers).....	51
10.1	Procestrigger.....	51
10.2	Bedrijfsvoering triggers.....	51
10.3	Diverse werkstroom besturing signaleringen.....	52

10.4	Opvolgen signalering op basis van relevante velden uit het kwaliteitskader	52
11	Externe rapportage (verantwoording)	53
11.1	IGZ rapportage	53
11.2	Input voor jaardocument	53
11.3	Overige registraties, en overzichten	53
11.4	Gerealiseerde zorg en ondersteuning (productie staat)	53
11.5	Verantwoording naar cliënt	53
12	Instellingsspecifieke eisen	54
12.1	Gebruikersvriendelijkheid	54
12.2	Apparaat	55
12.3	Mobiliteit	55
12.4	Officesuite	56
12.5	Cliëntportaal	56
12.6	Aanvullende rapportage	56
12.7	Training en opleiding	57
12.8	Functioneel beheer	57
12.9	Communicatie en koppelingen benoemen	57
12.10	Conversie	57
12.11	Details registratie geleverde zorg	57
12.12	Mate van werkstroombesturing	58
12.13	Pionier of bewezen	58
12.14	Best of breed of ERP	58
12.15	Een sector of multisectoraal	59
13	Bijlage A: Voorbeeld onderwerpen voor discipline dossiers	60
13.1	Voorbeelden vanuit medische discipline	60
13.2	Voorbeelden vanuit gedragskundige discipline	61

1 Introductie

In 2008 heeft de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) het initiatief genomen tot een landelijk project omtrent het ECD voor de Gehandicapten Zorg (GZ) sector. Het project sloot aan bij het ZorgVoorBeter programma van ZonMw. Het project was gefinancierd vanuit een subsidie van ZonMw.

Het resultaat van het project bestond uit een Collectief Programma van Eisen, een Procesmodel en een Casus (verzameling van praktijkbeschrijvingen met betrekking tot een ECD). Deze producten dienen als de basis voor het definiëren van een instelling specifiek ECD en zijn dus geen 'standaard' voor de sector.

In de zomer van 2013 zijn op basis van gesprekken met beleidsmedewerkers van de VGN en de ontwikkelingen in de sector het PvE en het Procesmodel ge-update. Advisaris heeft deze update uitgevoerd. De Casus is niet ge-update aangezien deze nog voldoen.

Met deze update wordt het volgende doel nagestreefd: "het aan de gehele sector beschikbaar stellen en overdragen van actuele kennis en ervaring op het gebied van het ECD".

Onder de gehele sector worden alle doelgroepen binnen de sector verstaan:

- Verstandelijk Gehandicapten (VG)
- Zintuiglijk Gehandicapten (ZG)
- Lichamelijk Gehandicapten (LG)
- Lichtverstandelijk Gehandicapten (LVG)
- Sterk Gedragsgestoord Lichtverstandelijk Gehandicapten (SGLVG)
- Ernstig Meervoudig Beperkt (EMB)

Het blijkt nog steeds te gelden dat het verschil tussen de onderscheiden doelgroepen vooral tot uiting komt in de wijze waarop het sectorbrede Procesmodel wordt toegepast en de sectorbrede functionaliteit, zoals beschreven in het Collectieve Programma van Eisen wordt gebruikt. Dit betekent dat in de Casus verschillen tot uiting komen, maar zowel het Procesmodel als het Programma van Eisen (PvE) voor alle doelgroepen gelden.

De term ECD staat in dit document voor een (combinatie van) geautomatiseerde toepassing(en). Een ECD is een hulpmiddel dat de zorg- en bedrijfsvoeringactiviteiten ondersteunt. In het ECD komen kwalitatieve en kwantitatieve gegevens bij elkaar. Dat is in de gehandicaptenzorg van belang omdat zich op beide terreinen ingrijpende veranderingen voltrekken; minder focus op inzet van mensen en middelen en meer focus op resultaat. Een aantal veranderingen vindt hun oorsprong in de veranderende wet- en regelgeving; in deze versie is extra aandacht besteed aan deze veranderingen en de gevolgen voor het ECD (zie in hoofdstuk Algemene eisen de paragrafen 'huidig wettelijk kader', 'voorgenomen wettelijk kader' en 'functionele kaders'). De andere veranderingen komen vanuit de sector door de (noodzaak tot) hogere efficiency, de (noodzaak tot) de grotere betrokkenheid van het cliëntsysteem en het meer interdisciplinair werken.

2 Tot stand komen en ontwikkeling van dit document

Het ECD raakt een scala aan onderwerpen. Aangezien de doelstelling van het project is om actuele kennis en ervaring te bundelen, is voor deze update met de beleidsmedewerkers van de VGN afgestemd en zijn recente ontwikkelingen in de sector meegenomen.

Toetsing met de sector vond plaats door de expertgroep informatiebeleid van de VGN en door het delen van conceptversies met de sector. Actief zijn de instellingen/personen benaderd die betrokken waren bij de totstandkoming van de eerste versie in 2008.

Ook nu het PvE na de update weer een definitieve status heeft, blijft het een levend document dat –wanneer daartoe aanleiding is– in een nieuwe (tussen) versie zal worden uitgebracht. Mocht u vragen, aanvullingen (met een onderbouwing) of opmerkingen hebben over het PvE, het Procesmodel of de Casus dan kunt u deze via vgn@clientendossier.nl doorgeven.

2.1 Versie ontwikkeling

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

Definitieve versie	V1.1	oktober 2008
Input beleidsmedewerkers Ontwikkelingen in de sector (Advisaris input)	V2.0	30 augustus 2013
Eerste review VGN	V2.1	13 september 2013
Verwerken commentaar uit de sector (instellingen en ECD-leveranciers)	V2.2	7 oktober 2013
Definitieve versie	V2.3	31 oktober 2013

2.2 Wat verandert er nu in de kern?

De kern van de verandering in werkwijze en hulpmiddel m.b.t. het ECD zit vooral in de volgende aspecten (nieuwe veranderingen zijn **dikgedrukt** aangegeven):

1. een hulpmiddel (ECD) dat een werkwijze/werkproces van zorginstellingen ondersteunt. **Reductie administratieve/registratie lasten bij dagrapportage en overdracht.** *Het wordt terecht als een administratieve last ervaren als de verschillende stadia van registratie (plan, actie, observatie, rapportage) als 'losse' registraties worden gedaan; geen relaties (bijvoorbeeld geen doelen gegeven om tegen te rapporteren), per cliënt (groepsaangelegenheden bij elke cliënt uit de groep apart vermelden), basis gegevens worden niet overgenomen (naam etc. elke keer weer invullen) en geen hulp bij wat te registreren (geen 'belastingformulier principe').*
2. het integraal kunnen volgen van de cliënt, zowel levenslang vanaf de oriëntering via wachtlijst, planning en uitvoering tot en met overdracht of overlijden, maar ook levensbreed op gebieden naast wonen, behandeling en dagbesteding **ook school, werk en thuis (als cliënten niet in instelling wonen of wanneer ze gaan logeren buitend e instelling bij ouders of verzorgers).**
3. een methodische en transparante werkwijze, waarbij een aantoonbare relatie wordt aangebracht tussen kwalitatieve zorg- en behandeldoelen en de uitvoering hiervan (cyclisch proces). **Interdisciplinair werken tussen AVG, tandartsen, therapeuten,**

gedragsdeskundigen, begeleiders in zowel zorg & welzijn; samenwerking tussen expertise centra en zorg in relatie tot een ECD en discipline dossier. *Steeds vaker zijn er op hetzelfde moment, meerdere disciplines betrokken bij een cliënt en is om zowel kwalitatieve als efficiency redenen een integraal inzicht noodzakelijk. Het gaat hierbij niet alleen om het inzien van 'elkaars' plannen, observaties en acties, maar ook over het aanvullen van 'elkaars' plannen, observaties en acties. Zo wordt multidisciplinair werken nu steeds vaker interdisciplinair. Ook zullen vaker verschillende disciplines betrokken bij een cliënt, niet allemaal in dezelfde instelling zitten en dient het interdisciplinair werken over instellingsgrenzen heen te gaan.*

4. de mogelijkheid voor het gebruik van een persoonlijk ondersteuningsplan als systematiek voor structurering van data en beschrijven van kenmerken en **doelen en acties van een cliënt via bibliotheken (niet alleen vrije tekst).**
5. een ondersteunend hulpmiddel voor interne rapportage (bedrijfsvoering) en afgeleide externe rapportages vanuit het primair proces. **Rapportages worden elke keer samengesteld met gegevens vanuit de centrale database; deze gegevens zijn in de database terechtgekomen vanuit reguliere registraties in het primaire proces. Dus geen aparte registraties nodig om rapportages te genereren.**
6. informatie-uitwisseling op externe raakvlakken. Hiervoor zijn standaardisatie afspraken op landelijk niveau (o.a. HL-7¹ berichten, EMD² en EPD³ ontwikkelingen, AZR⁴, XML-koppeling met Mediquist voor KKGZ en de eisen m.b.t. Goed Beheerde Zorgsystemen) gemaakt.
7. een hulpmiddel voor het ondersteunen van en het verlenen van zorg- en ondersteuning in een omgeving met kenmerken als grote geografische spreiding, kleinschalig wonen en uitbreiding ketenzorg.
8. inzetten van meerdere financieringsbronnen en -vormen in instellingen (AWBZ, Privaat, DBBC, WMO, ZVW, Jeugd). **Per cliënt moeten meerdere financieringsbronnen (gestapeld) mogelijk zijn, met name de privaat gefinancierde dienstverlening moet kunnen worden toegevoegd.**
9. **Het ECD als hulpmiddel voor cliënt, familie, vertegenwoordigers en andere betrokkenen (het sociale netwerk van de cliënt) voor informatie-uitwisseling, rapportage en planning.** *Het betreft hier niet alleen de cliënt en eventueel de wettelijke cliëntvertegenwoordiger, maar ook andere betrokkenen bij de cliënt (familieleden, kennissen en indien van toepassing werk- en/of school relaties en bijvoorbeeld huisarts). Het gaat hierbij niet alleen om het vastleggen en volgen van de relaties in het ECD, maar ook mogelijke communicatie met en van deze betrokkenen via het ECD.*
10. gebruikersvriendelijkheid voor de primaire eindgebruikers van een ECD; **de eindgebruikers worden naast medewerkers ook cliënt en sociaal netwerk van een cliënt.** *Een passende interface is belangrijk. Denk hierbij aan zowel wat (inhoud) er*

¹ Health Level 7

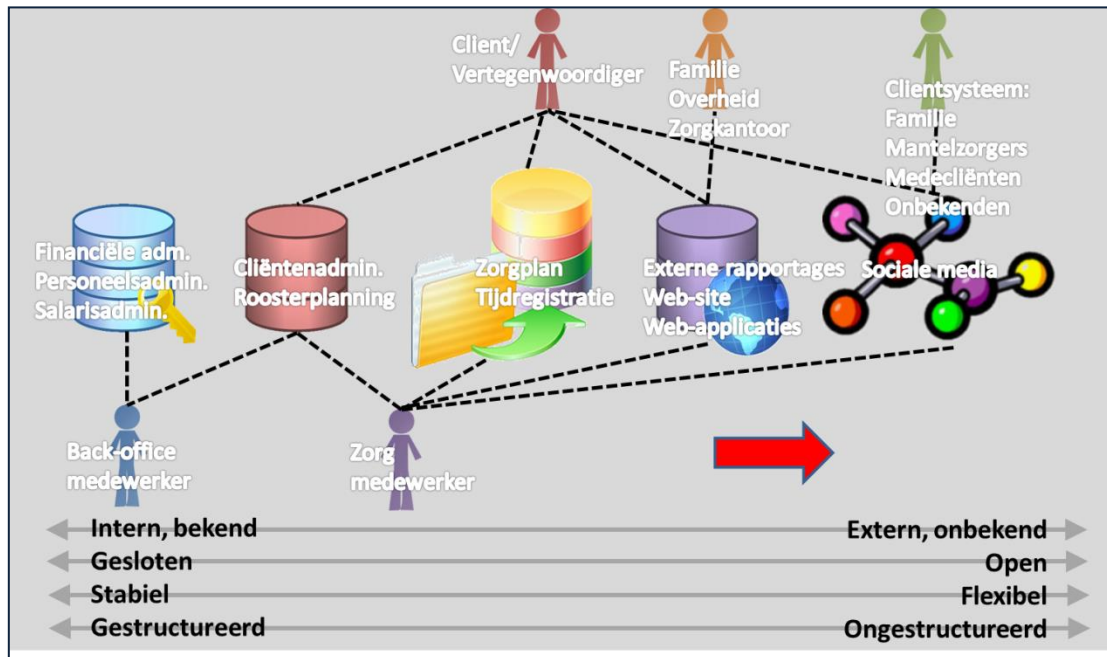
² Elektronisch Medicatie Dossier

³ Elektronisch Patiënten Dossier

⁴ AWBZ-brede zorgregistratie

wordt getoond en in welke vorm (tekst, icoontjes, picto's, kleuren, grafieken) het wordt getoond. De interface moet zowel worden afgestemd op de gebruiker als ook op het device (computer/applicatie, computer/webbrowser, tablet, smartphone).

11. ontwikkeling van een intern georiënteerd en gesloten systeem naar een meer extern georiënteerd en open systeem (zie figuur 1.). Het ECD zal moeten aansluiten op de technieken van de nieuwe devices (naast PC's, laptops ook tablets, smartphone's) en de App's die daarop gebruikt worden en de sociale media omgeving waarbinnen ze gebruikt worden.



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

3 Leeswijzer

3.1 Inhoud hoofdstukken

Het PvE is een opsomming van collectieve eisen voor een ECD in de GZ. Onderscheiden worden procesgerelateerde en niet-procesgerelateerde eisen. Hoofdstuk 4 definieert de scope van het ECD; het geeft aan welke processen worden ondersteund voor welke gebruikers. Hoofdstuk 5 geeft de niet-procesgerelateerde eisen weer en de hoofdstukken 6, 7 en 8 behandelen de procesgerelateerde eisen. De hoofdstukken 9, 10 en 11 behandelen het totaal aan rapportage eisen (intern en extern).

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

3.2 Gebruik van dit document

Het collectief PvE vormt de basis voor een instellingsspecifiek PvE. Hoe de instelling vanuit deze collectieve basis tot een instellingsspecifiek PvE komt en hoe dit specifieke PvE vervolgens verder wordt gebruikt, is afhankelijk van de situatie waarin de instelling zich bevindt.

We onderscheiden hierbij de volgende situaties en/of fases:

- instelling zonder (onderdelen van een) ECD;
- instellingen met één of meerdere onderdelen van een ECD-pakket;
- instellingen met een (gedeeltelijk) maatwerk/zelfbouw ECD-toepassing.

3.2.1 Instellingen zonder (onderdelen van een) ECD

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

3.2.1.1 Fasering

Een instelling heeft bepaald welke onderdelen van het primair proces in welke volgorde (fasering) moeten worden ondersteund. De hoofdstukken 5, 6 en 7 bevatten de eisen die rechtstreeks gerelateerd zijn aan de verschillende onderdelen van het primaire proces. Alle eisen uit hoofdstuk 5 zijn altijd van toepassing. De (management) rapportage-eisen uit de hoofdstukken 9, 10 en 11 zijn altijd van toepassing, voor zover ze gerelateerd zijn aan de geselecteerde eisen uit de hoofdstukken 6, 7 en 8⁵.

3.2.1.2 Prioriteit (eisen en wensen)

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

⁵ Indien wordt gekozen om de tijdverantwoording te laten ondersteunen door een ECD (paragraaf 7.5), dan is ook de rapportage hierover relevant (paragrafen 9.1, 10.1, 10.2, 11.4, 11.5 met betrekking tot gerealiseerde zorg).

3.2.1.3 Aanvullende eisen

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

3.2.1.4 Selectietraject

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

Bovenstaande stappen stellen een instelling in staat:

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

3.2.2 Instellingen met één of meerdere onderdelen van een ECD

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

Dit PvE stelt een instelling in staat:

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

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

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

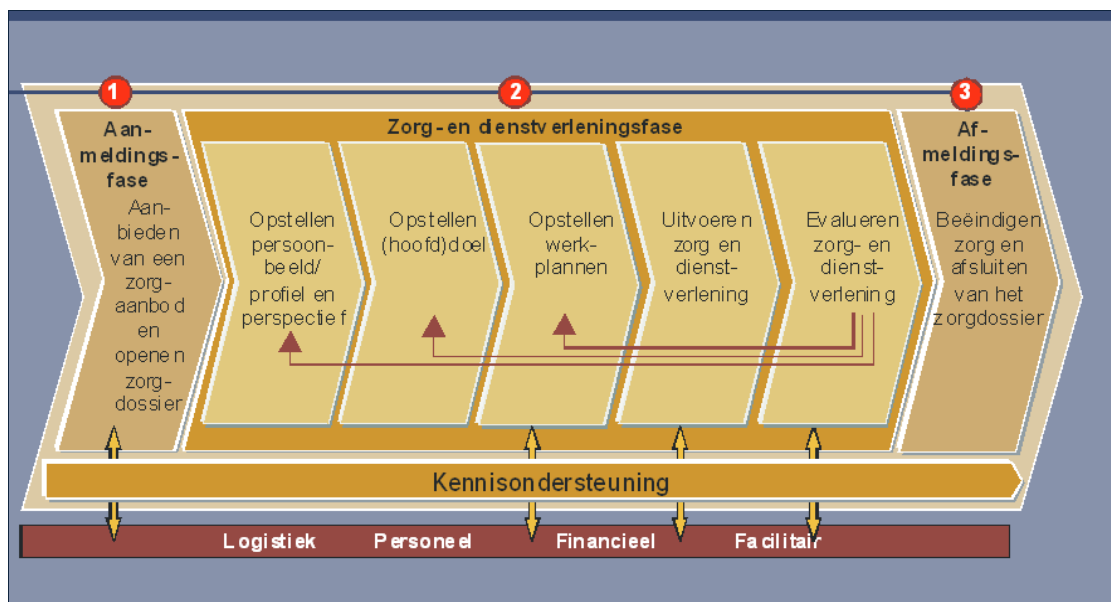
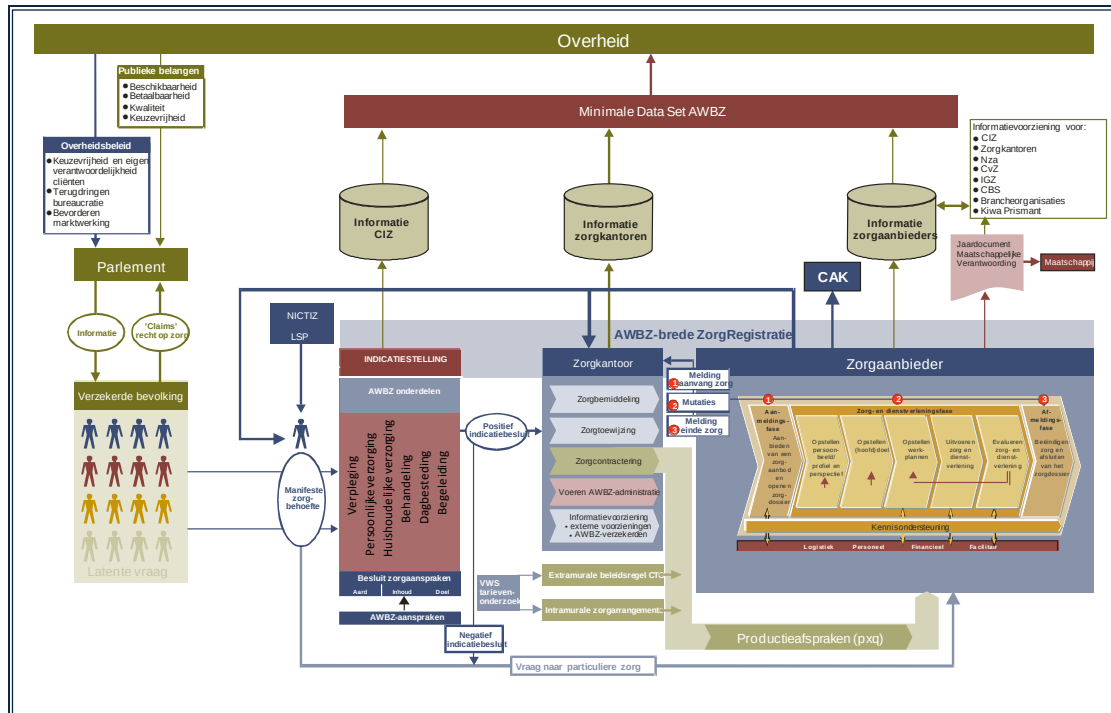
Dit document stelt een instelling in staat:

1. een heldere vergelijking uit te voeren van de huidige (maatwerk/zelfbouw eventueel in combinatie met een standaardpakket) ten opzichte van de collectief vereiste functionaliteit;
2. keuzes te maken ten aanzien van de collectief vereiste functionaliteit en de op dit moment relevante functionaliteit en op een later moment (fasering) de relevante functionaliteit;
3. een discussie te starten (op basis van hoofdstuk 12) aangaande de instellingsspecifieke functionaliteit;
4. een keuze te maken tussen maatwerk/zelfbouw of vervanging door een (volledig) standaardpakket;
5. op eenduidige wijze te communiceren met leveranciers van een standaardpakket (indien al gedeeltelijk een standaardpakket in gebruik is, kan dit met de huidige leverancier en met andere leveranciers zijn).

4 Doelstelling en scope

4.1 Tachtig procent dekkend

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

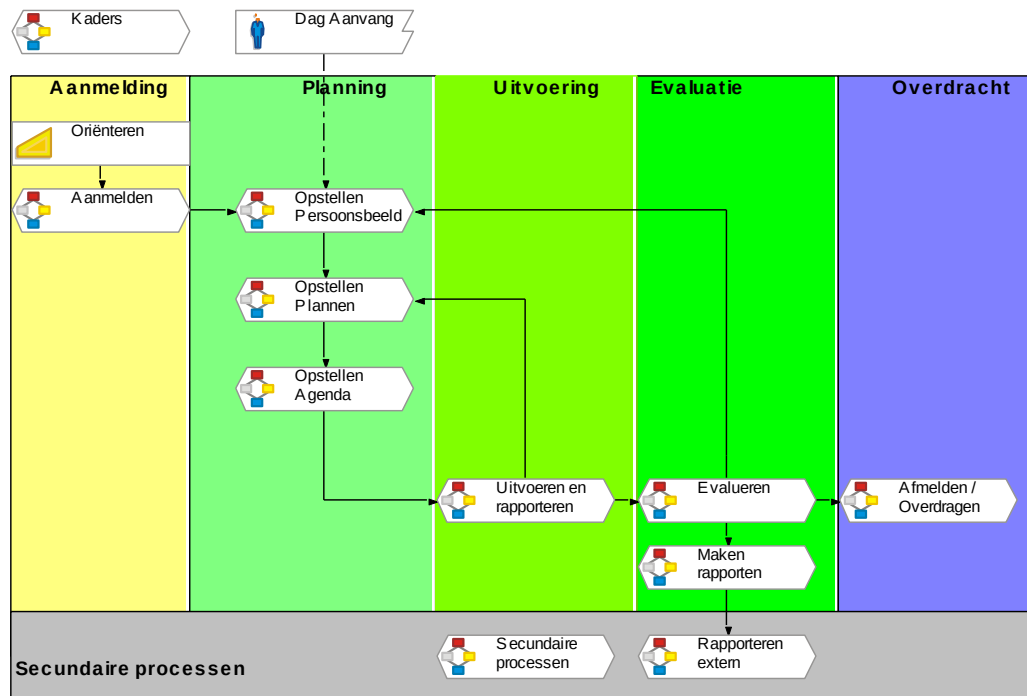


Doelstelling binnen het ECD-project is het geven van een collectief beeld van de gewenste functionaliteit van een ECD. Bewust wordt gestreefd naar 80% dekking voor de eisen van de diverse instellingen. Een volledig dekkend PvE is niet zinvol aangezien geen enkel systeem meer aan deze eisen zal kunnen voldoen. Er is op deze manier ruimte voor

instellingsspecifieke eisen en wensen en er resteert nog voldoende ruimte voor de verschillende ICT⁶-leveranciers om hun eigen invulling te geven aan het PvE. Het programma dicteert niet de verschijningsvorm of verdere uitwerking van het ECD.

4.2 Het primair proces

Dit ZIM is verder uitgewerkt naar het langdurige zorg brede procesmodel. Het hoogste niveau van dit AWBZ-brede procesmodel is hieronder opgenomen.



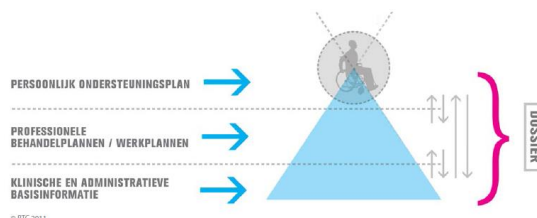
Het PvE geeft de collectieve eisen voor de ondersteuning van het primaire proces. Waar relevant wordt de link met de secundaire processen beschreven. Onder Aanmelding valt tevens het wachtlijstbeheer en de communicatie met de indicatiesteller (nu Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), in toekomst ook anderen zoals gemeenten). Een cliënt ontstaat in sommige gevallen al wanneer hij/zij zich oriënteert op instellingen en eventueel vervolgens op de wachtlijst komt. Tijdens deze wachtlijst periode wordt over de indicatie gecommuniceerd met de indicatiesteller. Aangezien de indicatiesteller al voor de dag aanvang zorg gegevens opvraagt met betrekking tot een persoonlijk ondersteuningsplan, omvatten de gegevens van een cliënt op de wachtlijst al delen van een persoonlijk plan. In dit proces dient rekening te worden gehouden met het feit dat verschillende disciplines gelijktijdig beginnen aan het opstellen van het persoonlijk plan. Belangrijk is dat alle disciplines kunnen beschikken over de informatie tijdens het opstarten van dit proces (en daarna natuurlijk tijdens de uitvoering, rapportage en overdracht).

⁶ Informatie en Communicatie Technologie

4.3 Soorten informatie

Het ECD bevat verschillende soorten informatie. In dit PvE wordt in lijn met de Handreiking ondersteuningsplannen⁷ de volgende onderverdeling gemaakt: het geheel wordt aangeduid met 'Dossier' en bestaat uit:

- persoonlijk ondersteuningsplan (o.a. Persoonsbeeld, perspectief en doelen): zie hoofdstuk 7.1 en 7.2;
- professionele behandelplannen / werkplannen (werkplannen en agenda) : zie hoofdstukken 7.3 en 7.4;
- klinische informatie (discipline dossiers en rapportages [intern en extern]): zie hieronder en hoofdstuk 6.4 en hoofdstuk 9, 10 en 11;
- administratieve basisinformatie (onder andere stamgegevens): zie hoofdstuk 6.1.



4.4 Discipline dossiers

Elke discipline (bijvoorbeeld medisch, gedragsdeskundig, fysiotherapie, persoonlijke begeleider) heeft een dossier voor elke relevante cliënt in het ECD. Deze dossiers bestaan uit een aantal onderdelen:

- algemeen (behandelplannen, werkplannen [inclusief agenda]);
- discipline specifiek (verwerkte klinische informatie);
- discipline specifiek (klinische bron informatie);
- persoonlijk⁸.

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

⁷ Handreiking ondersteuningsplannen 2013, Kennisplein gehandicaptensector en VGN, november 2012; <http://www.vgn.nl/artikel/14657>

⁸ Ten aanzien van het deel persoonlijk moet worden aangegeven dat deze persoonlijke werkaantekeningen geen officieel onderdeel vormen van het dossier van de cliënt. Indien deze functionaliteit wordt gerealiseerd in een ECD moet dit gescheiden worden van het cliënt dossier (alleen toegankelijk voor de specifieke professional). Deze verbijzondering van de discipline dossiers en de verschillende onderdelen is belangrijk in de specificatie van eisen ten aanzien van de autorisatie (wie mag welke informatie zien en muteren) en toegankelijkheid (hoe eenvoudig is het om de informatie te benaderen).

	Discipline deel	Beschrijving	Voorbeelden
In ECD toepassing	Algemeen	Voor anderen relevante informatie in ABN	-aanpassingen medicatie -speciale gebeurtenissen -speciale observaties
In ECD toepassing	Discipline specifiek	Binnen discipline relevante informatie in de binnen discipline gebruikte taal	-resultaten diagnose instrumenten -resultaten meetschalen -uitgewerkte aantekeningen
Link met ECD toepassing			-uitslagen sector diagnose instrumenten -meetwaarden meetschalen -(externe) bron informatie en documenten
In ECD toepassing (geen onderdeel "Dossier")	Behandelaar Persoonlijk	Alleen voor professional relevante informatie in haar/zijn taal	-niet uitgewerkte aantekeningen

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

- informatie die alleen voor hem persoonlijk van belang is (bijvoorbeeld staccato aantekeningen van een gesprek met de ouder van de cliënt), zal hij noteren in het persoonlijk deel van het dossier. Niemand behalve de medewerker zelf heeft toegang tot dit deel;
- later kan hij een daadwerkelijke gestaafe diagnose, na bijvoorbeeld een gesprek over hetzelfde onderwerp met de cliënt en/of op basis van meetresultaten en van elders verkregen informatie (samenwerkingspartner) onderbrengen in het discipline specifiek deel van het dossier. Andere medewerkers van dezelfde discipline die bij behandeling van cliënt betrokken zijn (bijvoorbeeld andere AVG of waarnemend AVG) hebben zo ook toegang tot deze gegevens. Dit deel bestaat uit twee lagen: het deel dat verwerkte informatie bevat en de laag die bron informatie bevat:
 - de laag met verwerkte informatie is onderdeel van het ECD. Hierdoor is de ontwikkeling in de tijd van deze verwerkt informatie (bijvoorbeeld testuitkomsten) direct beschikbaar in het ECD en kan ook signalering en workflow in het ECD hierop worden gebaseerd (bijvoorbeeld een signalering als een bepaalde test waarde een norm overschrijd).
 - de laag met broninformatie is link met een disciplinesysteem⁹. Omdat dit discipline systeem specifiek de discipline ondersteund¹⁰ is dit geschikt voor meetschalen, testen, analyses en diagnoses. Omdat het discipline specifiek is, sluit het via links of middels import en export goed aan op ketenpartners (denk aan apotheek voor AVG) en samenwerkingspartners (denk aan lokale fysiotherapeut voor instellingsfysiotherapeut). Verwerkte informatie zoals

⁹ Een aantal ECD leveranciers, hebben ook een discipline dossier dat als een extra module kan worden aangesloten op de ECD module.

¹⁰ Er zijn disciplinesystemen beschikbaar die een (groot) aantal medische en paramedische disciplines ondersteunen. Door delen van verslaglegging af te schermen voor andere disciplines kan men maximaal informatie delen zonder dat dit ten koste gaat van de privacy, en per rapportage en zelfs per rapportageveld de keus maken om informatie te delen of af te schermen.

eindresultaten van testen, adviezen en voorschriften worden overgenomen (bij voorkeur via link) naar het ECD: de bovenliggende laag en/of naar het algemene deel;

- informatie die ook buiten de discipline beschikbaar moet zijn wordt in het algemeen deel opgenomen (bijvoorbeeld medicatie aanpassing door AVG).

5 Algemene eisen

Hieronder worden de belangrijkste procesonafhankelijke eisen toegelicht.

5.1 Voldoen aan huidig Wettelijk kader

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

Per wet of regeling is de status per 1 september 2013 aangegeven.

Ontwerp 2e kamer 1e kamer **Wet** Herzien :betekent dat de wet of regeling van kracht is en er geen wijzigingen in ontwerp zijn bij het ministerie.

Ontwerp 2e kamer 1e kamer **Wet** **Herzien** :betekent dat de wet of regeling nog van kracht is maar er wijzigingen in ontwerp zijn bij het ministerie.

Kwaliteitswet zorginstellingen (KZ) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Wordt herzien: in Wkkgz (gaat over kwaliteit, klachten en geschillen en is vervanging van kwaliteitswet en klachtwet) die net is aangenomen en per 1/ 9 /2013 dus bij 1 ^e Kamer ligt. In het bijzonder met betrekking tot de verplichting tot het hebben van een persoonlijk ondersteuningsplan voor elke cliënt: • in begrijpelijke taal; • in overleg met de cliënt; • inspanningsverplichting om tot overeenstemming te komen (handtekening is niet vereist, maar er dient aantoonbaar gemaakt te zijn dat cliënt en/of vertegenwoordiger akkoord is met de zorg en ondersteuning die is afgesproken); • moet middellange termijn doelen bevatten.		Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • vastleggen inhoud zorgplan; • Inzage cliënt of cliëntvertegenwoordiger in zorgplan; • vastleggen akkoord cliënt of cliëntvertegenwoordiger met zorgplan; • structuur van hoofdgebieden (domeinen), doelen en acties; • melden calamiteiten en seksueel misbruik bij IGZ via speciale formulieren van IGZ.
Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Ook Herzien: in Beginselenwet AWBZ-zorg. Hierin wordt besluitplan opgenomen. Wet is ingetrokken en toekomst van deze wet is onzeker. Sinds 2009 stelt deze wet dat bij nieuwe cliënten de zorgaanbieder binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening een persoonlijk ondersteuningsplan opstelt. Voor cliënten die al		Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • signalering verlopen termijnen; • vastleggen wanneer bespreking • Vastleggen afspraken/doelen.

eerder zorg ontvingen is de termijn voor een zorgplan zes maanden.¹¹ Binnen het procesmodel zijn de relevante indicatoren omtrent bovengenoemde wetten en richtlijnen opgenomen en gekoppeld aan het te ondersteunen proces. Definitie Ondersteuningsplan: een weergave van de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop getracht wordt deze te bereiken (Besluit Zorgplanbespreking AWBZ, 2009).	
Wet Bopz (Wet bijzonder opnemingen psychiatrische ziekenhuizen) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) beschermt de rechten van patiënten bij gedwongen opname.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • registratie van maatregelen en melden bij IGZ van bepaalde maatregelen; • bijvoegen verklaringen (ingescande PDF) van instemming cliënt dat maatregelen mogen worden toegepast. Staat instemming wel in behandelplan maar cliënt verzet zich dan kun je maatregelen toch toepassen. Er is echter dan sprake van dwangbehandeling en dat moet de instelling melden aan IGZ; • signalering verlopen van termijnen van onder andere RM-en, toegepaste vrijheidsbeperkingen, evaluatie behandelplan.
Wgbo (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien De Wgbo is van toepassing op de GZ voor zover het de geneeskundige behandeling betreft. De VGN-leden hebben onderling afgesproken dat ze de principes van deze wet ook van toepassing laten zijn op alle andere vormen van zorgverlening, dus ook begeleiding. Wgbo wordt herzien vanwege versterking cliëntenrechten. Wijziging betreft met name verbreding naar caresector.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • informatie uitwisseling met cliënt of cliëntvertegenwoordiger in begrijpelijke taal; • cliënt of cliëntvertegenwoordiger heeft toegang tot dossier; • registratie van toestemming van cliënt of cliëntvertegenwoordiger voor toegang tot dossier

¹¹ Aanbieders van langdurige zorg moeten verplicht met elke nieuwe cliënt de doelen van de zorgverlening bespreken. In het ECD moet naast het resulterende plan ook gespreksverslagen vastgelegd kunnen worden.

De volgende aspecten van de wet zijn van belang voor het ECD: • informatie & toestemming¹²; • dossier en bewaartermijnen¹³; • toegang tot patiëntgegevens.	• Dynamisch systeem voor bijhouden wie behandelrelatie heeft tot cliënt • Verschillende onderdelen dossier, waartoe verschillende medewerkers kunnen worden geautoriseerd¹⁴ • Autorisatie toegang tot dossier¹⁵ • Instellen bewaartermijnen¹⁶ en signalering hierop
Wbp (Wet bescherming persoonsgegevens) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Deze wet heeft een relatie met de wet Wgbo. Toegang tot het dossier is alleen voor die medewerkers die een behandelrelatie met de cliënt hebben. Medisch beroepsgeheim is van invloed op bepaalde gegevens. Tijdelijk personeel moet een verklaring tekenen met betrekking tot privacy en mogen alleen voor hun (tijdelijke werkzaamheden) relevante gegevens inzien. Ontoegankelijkheid van het ECD en noodprocedures mogen niet tot schaduw dossiers leiden. Alleen uitzonderingen (bijzondere documenten) mogen ook nog op papier in een kluis worden bewaard. Geen schaduw dossier omdat de instelling snel (directe inzage) aan de cliënt moet kunnen tonen wat ze allemaal aan informatie van/over de cliënt heeft. Bij meerdere aanbieders bij een cliënt is de vraag of er sprake is van onderaannemerschap bewerkssovereenkomst nodig over wat ze	Vanuit deze wet volgen (aanvullend op de eisen voortvloeiend uit de Wgbo) eisen aan het ECD op het gebied van: • registratie van verklaring tijdelijk personeel dat zij de privacy van de gegevens zullen waarborgen; • toegankelijkheid dossier (overal toegankelijk zodat geen schaduw dossier ontstaat); • noodprocedures die een procedure buiten het ECD ('een kopie van gegevens op harde schijf' of papieren afdruk) overbodig maken; • compleet overzicht van welke gegevens van een cliënt worden bijgehouden en wie deze gegevens kan inzien; • vastleggen bewerkersovereenkomst in geval van onderaannemerschap; • logging informatieverstrekking aan derden (bijvoorbeeld bij onderaannemer¹⁷). • Beveiligingseisen:

¹² Informatie nodig voor een goede ondersteuning en behandeling dient te worden uitgewisseld (cliënt mag dit niet tegenhouden).

¹³ Niet alle gegevens waarover de instelling beschikt, maar wel die gegevens die de directe zorgverlening betreffen (gezondheid van de cliënt): 15 jaar bewaren. Wij houden daarbij aan 15 jaar na einde datum behandeling. Daarbij geldt wel dat dit langer kan zijn uit oogpunt van goed hulpverlenerschap.

¹⁴ Indien persoonlijke werkaantekeningen opgenomen worden in het ECD moeten deze gescheiden zijn van "Dossier" (geen onderdeel van het dossier van de cliënt). Ze mogen slechts tijdelijk in het afgeschermd deel van het dossier aanwezig zijn. Ook moeten cliëntverklaringen kunnen worden toegevoegd aan dossier op verzoek van cliënt (bijv. andere zienswijze van cliënt).

¹⁵ Het moet mogelijk zijn bepaalde gegevens af te schermen voor de cliënt (wanneer hij daartoe verzoekt).

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

¹⁷ Als geen sprake is van onderaannemerschap -beide zorgverleners werken los van elkaar- dan twee verklaringen over privacy met cliënt of cliëntvertegenwoordiger.

mogen doen met gegevens). Aandachtspunt hierbij is cliënten die bij een instelling zowel dagbesteding als woon/zorg ontvangen. Strikt genomen is hier een Bewerkersovereenkomst nodig. Bij verzoek van cliënt of cliëntvertegenwoordiger dat gegevens vernietigd moeten worden, moet de instelling ook anderen die zij gegevens hebben verschaft, aangeven dat het vernietigd moet worden. Daarnaast is er een nieuwe norm ten aanzien van medische gegevens in de maak: NEN7521 (Toegang tot en uitwisseling van patiëntgegevens). Vandaar dat deze wet als 'Herzien' is aangemerkt. Aandachtspunt is wat de privacy-eisen zijn als een cliënt nog niet in zorg is (status oriëntatie).	○ informatie opslag in het ECD; ○ toegang tot informatie in het ECD (denk ook aan web-toegang en toegang op mobile devices); ○ informatieverstrekking aan derden (systemen).
AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Intramuraal De financiering die een instelling ontvangt voor de zorg en dienstverlening die zij een <u>intramurale</u> cliënt leveren, wordt (gekoppeld aan een indicatie van het CIZ) geduid in een zorgzwaartepakket. Het zorgzwaartepakket is opgebouwd uit een aantal AWBZ-functies. Voor elke functie is een specifiek budget aangegeven door de Nza; de tariefsopbouw van het zorgzwaartepakket. De instelling heeft vrijheid om te substitueren tussen de functies, zolang er 'goede zorg' wordt geleverd. De tariefsopbouw is openbaar. VWS en de Zorgkantoren (die de juiste besteding van zzp-gelden moeten vaststellen) zien een relatie tussen 'goede zorg' en de inzet van mensen en middelen volgens de Nza-tariefsopbouw. De systematiek van indicatiestelling en levering van bijbehorende zorg- en dienstverlening met een duidelijke relatie met de Nza-tariefsopbouw wordt door het ministerie heroverwogen. Vandaar dat deze wet als 'Herzien' is aangemerkt. Zie ook bij voorgenomen wettelijk kader onderdeel 'Wet LIZ'. De financiering die een instelling ontvangt voor de zorg- en dienstverlening die zij een extramurale cliënt moeten leveren wordt (gekoppeld aan een indicatie van het CIZ) geduid in uren/dagdelen (tijd) en functies. Deze extramurale functies verdwijnen uit de AWBZ en	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • arrangementen: mogelijkheid tot het beschrijven van mogelijke soorten van zorg en dienstverlening in termen van soort activiteit, duur van activiteit en uitvoerder (niveau) van activiteit; • cliëntagenda: mogelijkheid tot het maken van concrete (geduid in activiteiten met frequentie, duur en uitvoerder) afspraken met cliënten of cliëntvertegenwoordigers; • vaststellen instemming cliënt of cliënt vertegenwoordiger over gemaakt afspraken op activiteiten niveau over invulling 'goede zorg'; • verantwoording door rapportage op activiteiten per cliënt; • verantwoording door rapportage op activiteiten of inzet personeel per afdeling, locatie en instelling. Voor extramurale zorg en dienstverlening is relevant: • planning; • tijdregistratie; • mobiele toegang tot ECD.

gaan naar de Wmo, Jeugdwet of Zvw. Vandaar dat deze wet als ‘Herzien’ is aangemerkt. Zie ook bij voorgenomen wettelijk kader onderdeel ‘Wetswijziging Wmo’, ‘Jeugwet’ en ‘Zvw’.	
Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Momenteel heeft de Wmo alleen betrekking op huishoudelijke hulp. In de nabije toekomst worden ook de functies begeleiding, dagbesteding, vervoer en persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf van cliënten vanaf 18 jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Dit geldt voor cliënten met ‘lichtere zorg’; alleen zware cliënten krijgen een verblijfsindicatie en blijven onder de AWBZ vallen. Vandaar dat deze wet als ‘Herzien’ is aangemerkt	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • planning; • tijdsregistratie; • mobiele toegang tot het ECD.
Wet Big (Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Volgens de wet mogen voorbehouden verpleegtechnische handelingen alleen worden uitgevoerd door een zelfstandig bevoegd (tand-) arts of verloskundige, of een persoon die hiervoor bekwaam is. In dit laatste geval moet de mogelijkheid van tussenkomst van de zelfstandig bevoegde zijn geregeld. Voor een beperkt aantal handelingen is dit bij de verpleegkundige niet nodig en wordt uitgegaan van functionele zelfstandigheid. Het bekwaamheidsvereiste blijft echter altijd gelden. Voor niet verpleegkundige is autorisatie van de arts wel nodig.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • inzichtelijk maken in persoonlijk ondersteuningsplan of cliëntagenda dat een bepaalde activiteit een voorbehouden handeling bevat en een duiding welke Big-registratie vereist is voor de medewerker die de handeling uitvoert; • registratie dat een bepaalde handeling door een bevoegde medewerker is uitgevoerd; • mogelijkheid tot het raadplegen van protocollen die op de voorbehouden handeling van toepassing zijn.
Administratieve Organisatie en Interne controle AWBZ zorgaanbieders (2011, Regeling NR/CA-300-009) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Deze regeling borgt de juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie en interne controle van de zorgaanbieder en van de door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor te verstrekken (productie)gegevens, mede voor de formele en materiële controles van zorgkantoren.	Vanuit deze regelingen volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • registratie stamgegevens (inclusief actuele zvp) van cliënt; • logging van wie wat heeft gewijzigd in de (administratieve) gegevens van een cliënt (zie NEN norm 7513: Logging – vastleggen van acties op elektronische patiëntendossiers); • systeem van registratie van geleverde zorg en dienstverlening op cliëntniveau; • registratie van onderaanneming; • audit trail van registratie van geleverde zorg en dienstverlening.

Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (januari 2007, Regeling VA/NR-100.048) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Doel van deze Regeling is het bevorderen van een goede uitvoering van de AWBZ. De AWBZ-verzekeraar is er voor verantwoordelijk dat personen die aanspraak maken op de AWBZ-zorg en daarop volgens de wettelijke bepalingen recht hebben, deze zorg daadwerkelijk kunnen ontvangen.	Zie Administratieve Organisatie en Interne controle AWBZ zorgaanbieders.
Wbsn-z (Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Een zorgaanbieder gebruikt het Burgerservicenummer van een cliënt met het doel te waarborgen dat de in het kader van de verlening van zorg te verwerken persoonsgegevens op die cliënt betrekking hebben. In het bijzonder in verband met de elektronische uitwisseling van informatie in de zorg (in werking per 1 juni 2008). Er is een wet gebruik BSN in de Jeugdzorg in voorbereiding.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • Verificatie van het BSN • Registratie BSN moet als identificeerbaar item (bij voorkeur key) worden opgenomen bij alle gegevens van de cliënt.
Zvw (Zorgverzekeringswet) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien De financiering van de zorg en dienstverlening die onder de Zvw valt buiten de AWBZ (zpp financiering). Verpleging wordt naar de Zvw kan worden overgeheveld voor extramurale cliënten. Vandaar dat de wet als 'Herzien' is aangemerkt. Daarnaast wordt overwogen om ook (Cvz advies) –delen van– behandeling naar de Zvw over te hevelen.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD op het gebied van: • registratie geleverde zorg- en dienstverlening die onder de Zvw valt volgens de systematiek van de Zvw; • declaratie geleverde zorg- en dienstverlening die onder de Zvw valt volgens de systematiek van de Zvw.

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

5.2 Voldoen aan voorgenomen Wettelijk kader

Ter voorbereiding op aankomende wet en regelgeving worden bepaalde eisen aan het ECD voorzien.

Per voorgenomen wet of regeling is de status per 1 september 2013 aangegeven.

Ontwerp	2e kamer	1e kamer	Wet	Herzien
---------	----------	----------	-----	---------

: betekent dat de wet of regeling van kracht in ontwerp zijn bij het ministerie.

Ontwerp	2e kamer	1e kamer	Wet	Herzien
---------	-----------------	----------	-----	---------

: betekent dat de wet of regeling aan de 2e kamer is gestuurd om te behandelen.

Ontwerp	2e kamer	1e kamer	Wet	Herzien
---------	----------	-----------------	-----	---------

: betekent dat de wet is goedgekeurd in de 2^e kamer en is gestuurd aan de 1^e kamer ter behandeling.

Beginselenwet AWBZ-zorg Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Doel van de wet was het versterken van de positie van de cliënt. Cliënten in de AWBZ-zorg hebben recht op bespreking, actualisatie en evaluatie van het zorgplan. Deze wet is ingetrokken en wordt opgenomen in het wetsvoorstel dat de wet LIZ regelt. Dit wetsvoorstel wordt aan het eind van 2013 aan de 2^e kamer gezonden.	Vanuit deze wetsonderwerpen volgen eisen aan het op het gebied van: • registratie bespreking, actualisatie en evaluatie van het zorgplan; • inzage in het persoonlijk ondersteuningsplan ('leesrechten'); • toegang tot het geven van commentaar op het persoonlijk ondersteuningsplan ('schrijfrechten').
Wetsvoorstel cliëntrechten verwerken elektronische gegevens Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Was onderdeel van Wcz. Heeft betrekking op zowel de verwerking als de elektronische inzage. Vraag is of inzage ook realtime moet zijn of dat een rapport in PDF-vorm opgestuurd via email ook voldoet. Uitwisseling van cliëntinformatie tussen zorgaanbieders is een belangrijk punt; cliënt moet zelf bepalen welke informatie tussen aanbieders wordt uitgewisseld (zie ook Wbp). Informatie moet versleuteld worden uitgewisseld. De vraag is hierbij welke versleuteling en/of dubbele autorisatie moet. Ander belangrijk punt is het vernietigen van (gegevens uit) het dossier op verzoek van de cliënt. Die heeft ook te maken met bewaartermijnen. De huidige aansluiting van de VGN bij wgbo (met 15 jaar voor sommige gegevens en 2 jaar voor medicatie) staat ter discussie (zie Wgbo).	Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • zie eisen bij Wbp; • zie eisen bij Wgbo; • inzage Cliënt of cliëntvertegenwoordiger in zowel administratieve als zorg en dienstverlening gerelateerde gegevens ('leesrechten'). Wellicht 'dubbele autorisatie' bij toegang tot het ECD (denk ook aan web-toegang en gebruik van mobiele devices).

Nieuwe wetgeving ter vervanging van de wet Bopz (=wet Zorg&Dwang) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Deze wet biedt een afwegingskader (specifiek ontworpen voor de GZ en de V&V) om verantwoord met de toepassing van vrijheidsbeperkingen om te gaan. Uitgangspunt is dat er geen vrijheidsbeperkende maatregelen mogen worden toegepast. Is de toepassing onvermijdelijk dan kan dit alleen als dit via een bepaalde zorgvuldige procedure zoals omschreven in de wet, in het zorgplan is opgenomen (opschalingsmodel van toepassing: (1) bespreken in zorgplan, (2) na periode weer bespreken met iemand niet betrokken bij zorg, (3) dan weer met iemand van buiten de instelling (bijvoorbeeld CCE). De wet en zorg en dwang is na de zomer 2013 plenair behandeld, verwachting is in 2015 inwerkingtreding.	Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • zie eisen bij Bopz; • zeer gedetailleerde registratie (inclusief onderbouwing en met bijvoeging documenten) van toepassing; • signalering op termijnen; • rapportage over toepassing en evaluatie; • registratie betrokkenheid cliënt.
Wetsvoorstel ‘Meldplicht data lekken’ Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Dit wetsvoorstel heeft tot doel het lekken van cliëntgegevens te voorkomen en, indien een lek toch is voorgevallen de (mogelijke) gevolgen inzichtelijk te krijgen. Waarschijnlijk moet een instelling ook actief ‘op zoek’ naar mogelijke datalekken. In het geval van het constateren van een datalek moeten alle relevante (cliënten) worden geïnformeerd. Dit wetsvoorstel loopt vooruit op Europese regelgeving.	Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • zie eisen bij Wpb.
Wetsvoorstel Wmo (uitbreiding met overheveling extramurale) Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Het wetsvoorstel is om naast huishoudelijke verzorging ook begeleiding, dagbesteding, vervoer en persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf van cliënten vanaf 18 jaar, over te hevelen naar Wmo. Het wetsvoorstel is nog in ontwikkeling. De afspraken en verantwoording zal worden gedaan op basis van ‘Het resultaat’. Het kan per gemeente (erg) verschillen. Startpunt is het zogenaamde keukentafelgesprek wat door (in ieder geval onder verantwoordelijkheid van) de gemeente wordt gevoerd. Per ‘Compensatieaanvraag’ is van belang: (1) wat kan cliënt zelf? Als dit onvoldoende is (2) wat kan systeem? Als dit onvoldoende is (3) algemene voorzieningen? Als dit onvoldoende is (4) maatwerk. Bij Maatwerk kan het groepszorg of individuele zorg zijn, maar ook hier wordt resultaat afgesproken. Resultaat op: (A) participatieladder en (B) zelfredzaamheidsmatrix.	Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • als gemeente het resultaat wil meten op output: ○ SMART vastleggen van startsituatie en doelstelling/beoogde resultaten in de tijd (per voorziening en per cliënt); ○ SMART rapportage van resultaten in de tijd en eventuele onderbouwing van afwijkingen; • als de gemeente het ‘resultaat’ wil meten op input: ○ zie eisen AWBZ; ○ zie eisen Wmo.

Wet (Langdurige Intensieve Zorg)				
Ontwerp	2e kamer	1e kamer	Wet	Herzien
VWS is bezig met een heroverweging van het deel van de AWBZ dat overblijft na de overheveling van de zorg- en dienstverlening naar de Wmo/Jeugdwet voor cliënten met lichtere zorg. Dit deel wordt de wet LIZ genoemd. Het betreft voor de GZ de volgende huidige ZZP's: • ZZP VG 3 (deels), VG 4-8 • ZZP LG 2 en 4-7 • ZZP ZG aud 2-4 en vis 2-5 • ZZP LVG 1-5 voor cliënten vanaf 18 jaar De denkrichting lijkt te zijn om de AWBZ zorg minder in een veelheid van AWBZ functies met normen (in geld en uren) te definiëren. Ook hier lijkt het maken van afspraken met cliënten en de verantwoording naar cliënten en financier (zorgkantoor) op basis van resultaat te zijn. Naar verwachting zal het niet leiden tot een lumpsum financiering en zal er een aantoonbare relatie blijven bestaan tussen indicatie (zorgvraag cliënt), beoogd resultaat, soort zorg en dienstverlening en inzet middelen (personeel en materieel). De afspraak en daaruit voortvloeiende zorg en dienstverlening zal waarschijnlijk veel cliënt specifiek worden. Ook met het oog op aanvulling van zorg en dienstverlening op basis van andere financieringsbronnen (mantelzorg, eigen verzekering en private gelden). Om deze redenen, stellen we dat het ECD een instelling in staat moet stellen zowel output op resultaat als input (materieel en personeel) inzichtelijk te hebben. Het laatste ook voor de interne bedrijfsvoering. Het aantal toelatingen is belangrijk (WTZi) omdat ook al heeft een cliënt een indicatie, de instelling de zorg niet vergoed krijgt als de instelling geen toelating (meer) heeft.				
Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • zie eisen Wetsvoorstel Wmo.				
Jeugdwet				
Ontwerp	2e kamer	1e kamer	Wet	Herzien
De volgende zorg- en dienstverlening komt onder de Jeugdwet te vallen en wordt overgeheveld naar de gemeente: • de Jeugdzorg die nu onder verantwoordelijkheid van provincies valt; • de jeugd-GGZ die nu onder de ZVW/Zorgverzekeraars valt; • de Gehandicaptenzorg voor jeugdigen tot 18 jaar die nu onder de AWBZ/Zorgkantoren valt. Dit betekent dat de Jeugdwet voor de GZ sector betrekking heeft op: • begeleiding, dagbesteding, vervoer en persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf van cliënten tot 18 jaar (alle grondslagen); • alle zorg voor VG cliënten tot 18 jaar m.u.v. de pakketten die in de kern-AWBZ blijven;				
Vanuit wetsvoorstel volgen eisen aan het op het gebied van: • zie eisen wetsvoorstel Wmo; • signalering dat cliënt binnenkort 18 jaar wordt en er dus een wijziging aankomt; • rapportage/verantwoording volgens bredere 'jeugd' systematiek; • flexibiliteit voor maken van afspraken en verantwoording doordat gemeenten (georganiseerd in 41 regio's) redelijke vrijheid krijgen ten aanzien van invulling.				

de LVG ZZPs voor cliënten tot 18 jaar. Het 'regime' dat van toepassing zal zijn op deze GZ-clieënten, zal vergelijkbaar zijn met dat van de toekomstige Wmo (overheveling functie begeleiding voor lagere ZZP's naar Wmo), hoewel de Jeugdwet meer kwaliteitseisen aan de gemeentelijke verantwoordelijkheid stelt dan de Wmo. Ook de Participatiewet is hier van belang: gegevens met bijvoorbeeld school of werkgever moeten kunnen worden uitgewisseld. Omdat de wet een 'bredere' scope heeft (Jeugd GGZ, jeugd GZ, provinciale jeugd zorg, OTS en kindbescherming) zal er een meer standaardverantwoording (niet GZ-specifiek) worden vereist.	
Wet Forensische zorg Ontwerp 2e kamer 1e kamer Wet Herzien Is nog in behandeling bij de 1e Kamer. Gaat naar verwachting in op 1-1-2014. De zorg en dienstverlening die de GZ-sector aan forensische cliënten levert is zeer beperkt. Er zijn specifieke SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt) instellingen samenwerkend in Borg-instellingen en daarnaast nog 11 instellingen die een contract hebben met Justitie voor het leveren van forensische zorg (deze instellingen hebben een beperkt aantal forensische cliënten). De declaratie van zorg en dienstverlening van forensische behandelzorg (wordt geleverd door de Borg instellingen) gaat op basis van DBBC's. Declaratie van forensische zorg (verblijf en/of begeleiding) van de 11 regulier VG aanbieders vindt plaats via ZZP's en NZA-parameters. De instellingen hebben naast algemene kwaliteitseisen, het GZ-kwaliteitskader ook te maken met specifieke kwaliteitseisen.	Vanuit deze wet volgen eisen aan het ECD (voor een beperkt aantal instellingen!) op het gebied van: - registratie DBBC's; - registratie toepassing specifieke kwaliteitseisen.

5.3 Voldoen aan functionele kaders

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

Argus VGN ontwikkelt zelf een standaard dataset (in GGZ verplicht). Op grond van wet zorg en dwang is het straks vereist om halfjaarlijks alle vrijheidsbeperkende maatregelen te rapporteren aan IGZ. Het gaat hier dus niet om acute meldingen meer. De invoering hiervan voor de GZ sector wordt niet voor medio 2014 verwacht.	Vanuit het functionele kader volgen eisen aan het op het gebied van: - zie eisen Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. - gegevensuitwisseling met Argis.
---	--

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording¹⁸ Jaardocument bestond uit 3 delen: Maatschappelijk verslag (kwalitatieve gegevens) is geen eis meer vanuit VWS (DigiMV en jaarrekening wel).	Vanuit het functionele kader volgen eisen op het gebied van: • inrichting van structuur voor maken van plannen, (diagnose) vragenlijsten en rapportage • koppeling van structuur met coderingsstandaarden
Kwaliteitskader gehandicaptenzorg, visiedocument 2.0 (februari 2013)	
Handreiking Ondersteuningsplan voor de gehandicaptenzorg, 2013	
Certificering: • certificering HKZ¹⁹, certificering NIAZ²⁰; • ICD-10²¹ en DSM 5 (per 1 mei 2013)²²; International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): Geneva (2001) WHO.	Vanuit het functionele kader volgen eisen aan het op het gebied van: • bijvoegen van ingescande documenten.
Wettelijke basis voor handelen Het handelen of juist niet handelen op basis van uitspraken over zaken als 'Wilsbeschikking' en 'Reanimeren'. Zorgkantoren eisen momenteel ook een bewijs van de ondertekening van het zorgplan.	

5.4 Voldoen aan technische kaders

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

5.4.1 De rol van de gebruikende organisatie

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

¹⁸ ECD moet informatie kunnen aanleveren voor DigiMV (voor zover het om cliënt-gerelateerde in ECD opgeslagen informatie betreft).

¹⁹ Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg

²⁰ Voor instellingen in de GZ die ook een cure component hebben (zoals instellingen aangesloten bij SEIN). Hoewel de 'Z' in NIAZ staat voor 'Ziekenhuizen', biedt het NIAZ ook andere zorginstellingen de mogelijkheid zich aan te sluiten bij het NIAZ-accreditatieprogramma.

²¹ De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie

²² Een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association. De DSM-5 zal worden gepresenteerd op de jaarlijkse bijeenkomst van de American Psychiatric Association in San Francisco van 18 tot 22 mei 2013.

5.4.2 Waar twee partijen nodig zijn

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

5.4.3 NictiZ

AORTA-infrastructuur 2012 (v6.11) Voor het digitaal uitwisselen van gegevens is standaardisatie nodig. Zowel standaardisatie van de techniek als van de inhoud van het bericht. Daarom heeft NictiZ de infrastructuur voor zorgcommunicatie ontworpen. Deze ICT-infrastructuur, inclusief de benodigde inhoudelijke specificaties en technische standaarden, heet AORTA. De inhoudelijke specificaties van AORTA zijn op te splitsen in: • algemene specificaties over de infrastructuur; • behandelingsspecifieke specificaties voor de zorgtoepassingen. De volgende (eerdere) standaarden/handboeken zijn (in aangepaste vorm) opgenomen in AORTA: • NICTIZ: Programma van Eisen voor een goed beheerd zorgsysteem v6.0.5.0, 24 maart 2010 <i>In AORTA specificaties: PvE infrastructuurle systeemrollen en PvE Organisatie GBx;</i> • NICTIZ: Specificatie van de basisinfrastructuur in de zorg v2.4, 11 augustus 2006 <i>in de AORTA specificaties: Architectuur AORTA;</i> • NICTIZ: Handboek invoering en gebruik BSN in de Zorg v2.2, april 2009 <i>in de AORTA specificaties: PvE Infrastructurele systeemrollen;</i> • NICTIZ: Implementatiehandleidingen HL7 v3, vanaf 2009 <i>in AORTA specificaties: hier zijn er verschillende van te vinden: voor verschillende infrastructuurle zaken en voor iedere zorgtoepassing (medicatie en huisartswaarnemgegevens).</i>	Vanuit het technische kader volgen eisen aan het op het gebied van: • Externe gegevensuitwisseling volgens AORTA-standaarden (het ECD met systemen die ook voldoen aan AORTA-standaarden): ○ Export van gegevens; ○ Import van gegevens; ○ Real-time synchronisatie van gegevens. Te denken valt hierbij aan: • medicatiegegevens uitwisseling (EVS) met apothekerssystemen; • zorg en behandel verzoeken (verwijzingen) met ziekenhuissystemen (EPD); • zorg en behandel verslagen (rapportage) met ECD-systemen van andere instellingen; • agenda gegevens (afspraken, contactgegevens) met systemen ter ondersteuning van het sociale netwerk.
--	--

De Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg. Gedragscode EGiZ bevat praktische richtlijnen voor zorgaanbieders en samenwerkingsverbanden om aan geldende regelgeving te voldoen. Op dit moment (oktober 2013) is een conceptversie van de gedragscode beschikbaar. De ondertekenaars van de gedragscode zijn voornemens om op korte termijn een definitieve versie te publiceren. De ondertekenaars zijn daarnaast van plan om de gedragscode ter toetsing voor te leggen aan het College bescherming persoonsgegevens (CBP). • Bewaking van de rechtmatigheid van de verwerking van persoonsgegevens (alleen persoonsgegevens uitwisselen wanneer dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de cliënt). • Waarborgen rechten van de cliënt: de cliënt heeft recht op informatie over de gegevensverwerking en het recht om toestemming te geven en in te trekken bij informatie-uitwisseling. • Autorisatiebeleid: iedere verantwoordelijke voor gegevensverwerking dient een autorisatiebeleid vast te stellen (wie mag wat zien) en dit openbaar te maken. • Vastlegging en toetsing behandelrelatie: een voorbeeld hiervan is de duur van de behandelrelatie. • Beveiliging: bijvoorbeeld het gebruik van de UZI-pas of middelen met een vergelijkbaar beveiligingsniveau. • Logging: het vastleggen van de acties in het systeem, datum en tijdstip van de actie, de identiteit van de betrokkene, de registratie van de zorgverlener en van de zorgaanbieder onder wiens verantwoordelijkheid de actie heeft plaatsgevonden.	Vanuit het technische kader volgen eisen aan het op het gebied van: • Mogelijkheid om te kunnen differentiëren tussen cliënten welke gegevens met wie worden uitgewisseld; • Rapportage mogelijkheid over wie (ook dus externen waarmee gegevens worden uitgewisseld) toegang heeft tot de gegevens per cliënt; • Rapportage mogelijkheid van autorisatie matrix; • Mogelijkheid om zorgplan te kunnen vastleggen en rapportage (op voortgang behandeling) te kunnen vastleggen en te rapporteren; • Dubbele autorisatie (naast login-code ook een bijvoorbeeld een pas); • Logging in agenda wie welke actie wanneer (met welk gevolg) heeft uitgevoerd.
--	---

5.4.4 AZR

Vektis Zorgregistratie AWBZ, digitaal berichtenverkeer in de keten (maart 2004)	Vanuit het technische kader volgen eisen aan het op het gebied van AZR gegevensuitwisseling volgens de verschillende standaarden.
AZR, versie 3.1	
VECOZO Ten behoeve van COV-check.	

5.4.5 Overig (standaard) berichten verkeer

Vergelijkbaar met de AZR is er indicatie berichtenverkeer met Justitie en met Gemeenten. Het gaat hierbij om standaardberichten (wel nu nog op papier). De eis is dat deze standaardberichten in het ECD verwerkt kunnen worden op eenzelfde wijze als AZR indicatieberichten en als op termijn deze berichten elektronisch worden aangeboden door Justitie en/of Gemeenten deze ingelezen kunnen worden.

5.4.6 NEN 7510 (7512 en 7513) informatiebeveiliging

NEN 7510 De norm voor informatiebeveiliging in de zorg, gepubliceerd op 1 oktober 2011. NEN7510 is de algemene norm, NEN7512 en NEN7513 werken deze norm verder uit. NEN 7512 Doel van deze norm is het bieden van zekerheid bij partijen die onderling medische gegevens uitwisselen. Het gaat hierbij om: • de bron van de gegevens; • het transportkanaal; • de ontvanger van de gegevens. NEN 7513 De norm voorziet in eisen voor stelselmatige registratie van acties op elektronische patiëntdossiers. Deze registratie maakt het mogelijk de rechtmatigheid van de toegang tot het patiëntdossier te controleren. Daarnaast kan analyse van de logging ondersteuning bieden bij het verbeteren van het proces van de toegangscontrole tot patiëntgegevens.	Vanuit het technische kader volgen eisen aan het op het gebied van informatiebeveiliging: • Bij externe gegevensuitwisseling moet via beveiligingscertificaten worden ondersteund (ECD moet beveiligingscertificaten kunnen uitsturen en kunnen controleren). • Logging wie, wat, wanneer heeft gewijzigd in het ECD. • Rapportage van de mutaties (wie, wat, wanneer) per cliënt.
---	---

5.5 Laagdrempelig gebruik

Bij het ontwerp van het systeem dient het laagdrempelig gebruik een belangrijk aandachtspunt te zijn. De succesfactor van het systeem is immers de mate van acceptatie en gebruik.

Bij het ontwerp moet worden uitgegaan van basale ICT-vaardigheden bij de beoogde gebruikers, die zich beperken tot eenvoudig PC-werk. Het systeem zal voor de reguliere functionaliteit ter ondersteuning van het operationele proces qua benodigde vaardigheden aan moeten sluiten bij deze doelgroep. Voor het ondersteunen van het tactische proces (rapportage en sturing) dient te worden uitgegaan van enige ervaring met eenvoudige kantoorautomatiseringshulpmiddelen.

Het gebruik van het systeem moet eenvoudig aan te leren zijn. Gezien de omvang en diversiteit van de gebruikersgroep is het wenselijk dat een 'train de trainer' principe kan worden aangehouden. Een en ander stelt eisen aan de intuïtieve werking van het systeem.

Voor een hoge acceptatiegraad zal is belang dat het systeem een gebruiksvriendelijke user interface heeft. Gebruik van een muis is mogelijk in combinatie met functietoetsen (om risico op bijvoorbeeld RSI te verminderen).

Ook moet het systeem er rekening mee houden dat het invoerwerk (daadwerkelijk typen) zo beperkt mogelijk wordt gehouden. Voorbeeld hiervan is ook het één keer invullen met een automatische kopie naar andere delen van het ECD, zoals bij een melding van onvrijwillige zorg. De meldingsgegevens dienen ook op een formulier/rapport vrijheidsbeperking te komen en op de dagrapportage.

Voor gebruikers moet de wijze van bevestigen van keuzes binnen het ECD op een eenvoudige, maar ook eenduidige en consequente manier worden vormgegeven.

Het taalgebruik is de Nederlandse taal (spellingcontrole en eventueel grammaticaconrole).

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

5.6 Gelaagde en flexibele autorisatie

Om de juiste informatie aan de juiste persoon beschikbaar te stellen is het van belang een goede gelaagde autorisatiestructuur te kunnen aangeven. Instellingen dienen zelf de verschillende rollen en bijbehorende autorisatie te definiëren. Belangrijk hierbij is dat het mogelijk moet zijn ook cliënten/wettelijke vertegenwoordigers en anderen in het cliëntsysteem toegang te geven tot het systeem en alleen de voor hen relevante gegevens te tonen. Als een ECD een goed systeem heeft van gelaagde en flexibele autorisatie is privacy te waarborgen ook bij toegang van het cliëntsysteem tot het ECD. Belangrijk hierbij is dat toegang van het cliëntsysteem tot cliëntgegevens alleen de gegevens van deze cliënt betreft en dat cliënt/wettelijk vertegenwoordiger bepaald tot welke lagen wie toegang heeft.

Een juiste en flexibele autorisatiestructuur zal bijdragen aan het ‘doseren’ van de informatie. Doelstelling is om gebruikers niet te overspoelen met informatie, maar de voor hen relevante informatie op de juiste plek beschikbaar te stellen.

Ook voor de rapportagefunctionaliteit moet een juiste en flexibele autorisatie instelbaar zijn op gebruikersniveau.

Voor nadere informatie hierover; zie ook de eisen van Goed Beheerd Zorgsysteem van NICTIZ die onderdeel zijn van het PvE voor het ECD.

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

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

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

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

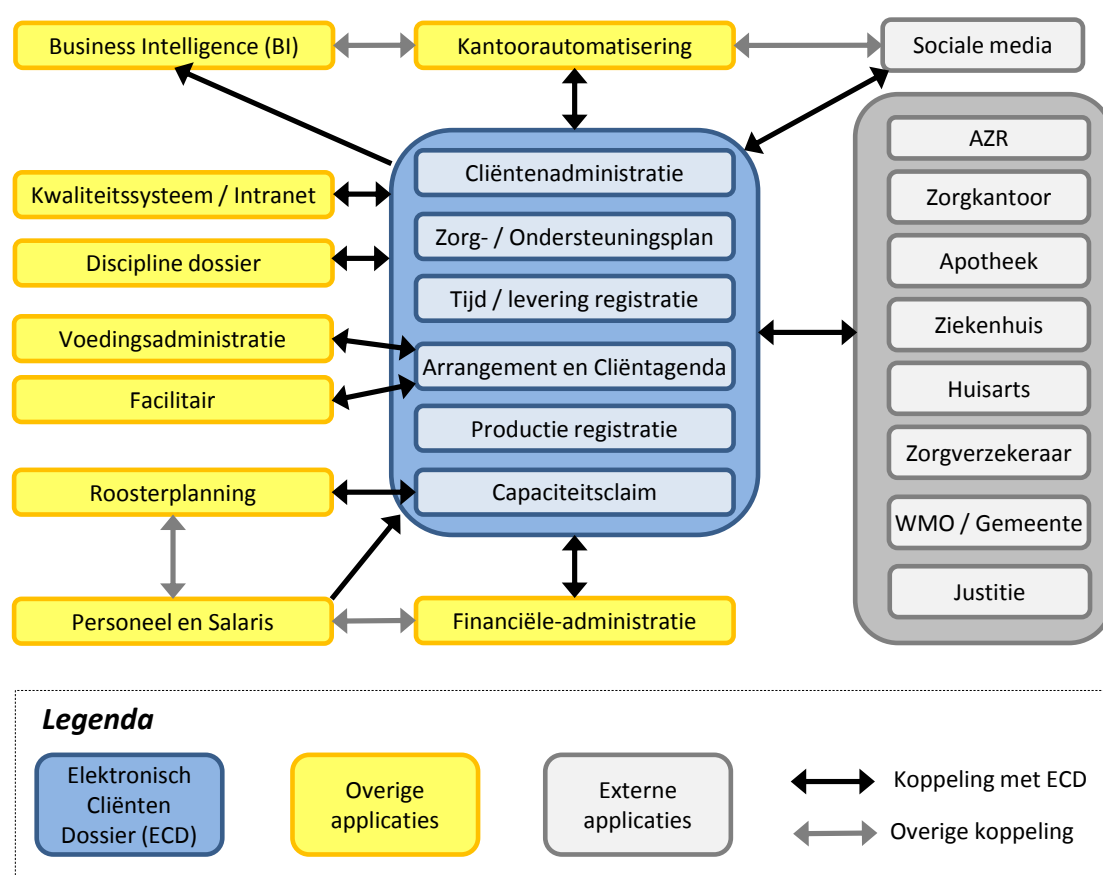
5.7 Open architectuur (i.v.m. gegevensuitwisseling in andere systemen)

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

5.7.1 Interne gegevensuitwisseling

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

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



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

- gegevensuitwisseling naar een declaratie c.q. financieel systeem (productieafspraken, declaratie en facturatie):
 - stamgegevens cliënt (BSN, NAW1, NAW2, Telefoon1, Telefoon2, Bankrekening);
 - incasso (BSN, Incasso j/n);
 - productie AWBZ (Periode, Functie, volume) of andere financieringsbron met desbetreffende declaratie parameters;

- factuurregel (Periode, BSN, Product, Volume, Financieringsbron²³);
- gegevensuitwisseling met roosterpakket om de capaciteitsberekening (in volume en deskundigheidsmix) uit het ECD door te geven aan het roosterpakket en het rooster terug te geven aan ECD:
 - capaciteitsvraag (Datum, Tijd begin, Tijd eind, Eenheid²⁴, Volume, Organisatorische eenheid, Deskundigheidsniveau);
 - rooster (Datum, Tijd begin, Tijd eind, Eenheid, Organisatorische eenheid, Medewerker ID);
- Gegevensuitwisseling vanuit het personeelspakket ten aanzien van gebruikte deskundigheidsniveaus of overige medewerkersinformatie:
 - Medewerker gegevens (Medewerker ID, Organisatorische eenheid, dienstverband volgnummer, Deskundigheidsniveau).

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

- gegevensuitwisseling vanuit een Kwaliteitssysteem (ten behoeve van de contract administratie en protocollen/werkinstructies): documenten (Document ID);
- gegevens uitwisseling naar Facilitaire pakket en Voedingspakket (met name de cliëntgebonden afspraken over wasverzorging, telefoon, voeding/dieet, taxivervoer ed.);
- gegevensuitwisseling met een kantoorautomatiseringsomgeving;
- gegevensuitwisseling met een Discipline dossier wanneer dit niet geïntegreerd is in het ECD. Met name de 'algemene' informatie vanuit de disciplines naar de zorg;
- gegevens uitwisseling naar BI (Business Intelligence) systeem, waar geaggregeerde kwantitatieve informatie samen met gegevens uit andere systemen wordt gepresenteerd.

5.7.2 Externe gegevensuitwisseling

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

De volgende potentiële externe communicatie of koppelingen zijn onderdeel van het Collectief PvE:

- zorgkantoor:
 - maandelijkse productiegegevens,
 - aan-, afmeldings- en mutatieberichten;

²³ Bijvoorbeeld: WMO, privaat, andere instelling (hoofdaannemer en indicatie houder)

²⁴ Eenheid = zelfstandig planbare eenheid (kan bijvoorbeeld een lokatie zijn, een groep woningen of school)

- AZR:
 - Indicatieberichten;
- Justitie:
 - inzage in het hebben van een Rechterlijke Machtiging (RM) van cliënt,
 - maandelijkse productiegegevens op basis van DBBC²⁵,
 - (toekomst) indicatieberichten,
 - (toekomst) aan-, afmeldings- en mutatieberichten;
- gemeenten (aan-, afmeldings- en mutatieberichten)
 - maandelijkse productiegegevens,
 - (toekomst) indicatieberichten,
 - (toekomst) aan-, afmeldings- en mutatieberichten;
- gegevensuitwisseling met Apothekers Informatie Systeem (m.n. medicatiebewaking en medicatiegebruik);
- gegevensuitwisseling met Huisartsen Informatie Systeem (huisartsendossier met raakvlak naar de EMD ontwikkelingen);
- gegevensuitwisseling met Ziekenhuissysteem (met name de transfer naar ziekenhuis en visa versa, labuitslagen en de koppeling via het Landelijk Schakelpunt (LSP) naar landelijke ontwikkelingen van het EMD en EPD).

5.8 Schaalbaar

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

5.9 Stabiliteit

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

5.10 Ondersteunt decentrale uitvoering en mobiel gebruik

In de Gehandicaptenzorg is veelal sprake van een groot aantal locaties, verschillende woonvormen en zorg- en ondersteuningsvormen. Een combinatie van decentrale invoer en

²⁵ Diagnose behandeling en beveiliging combinatie

centrale verwerking zal worden gehanteerd. Het systeem moet een dergelijke geografisch verspreide opzet van locaties en zorgvormen ondersteunen. Hierbij moet ook worden meegenomen dat de volgende externe instanties ook (waar nodig met volledige lees en schrijf²⁶ mogelijkheden) toegang hebben tot het ECD:

- cliënten;
- ouders/wettelijke vertegenwoordigers;
- anderen in cliëntsysteem;
- docenten/begeleiders op scholen;
- managers/begeleiders op het werk.

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

Mobiel gebruik: Veel instellingen stellen de eis dat een dossier op de locatie van de cliënt raadpleegbaar en muteerbaar moet zijn, zowel voor hulpverlener als de cliënt/familie. De keuze om te werken met een digitaal dossier ondersteund met mobiele digitale hulpmiddelen (bijvoorbeeld tablet, smartphone) dan wel een combinatie van digitaal dossier aangevuld met een decentraal papieren dossier is een instelling specifieke keuze.

Mobiel gebruik is tevens aan de orde in het kader van inzagerecht van de cliënt. Een van de uitdagingen bij gebruik van een ECD is de wijze waarop de cliënt inzage heeft en houdt in zijn of haar gegevens. Voorbeeldoplossingen hiervoor zijn het beschikbaar stellen van cliëntgegevens via werkstations op de gang, zusterpost, tablet's of bijvoorbeeld via internet bij medewerkers thuis.

5.11 Flexibiliteit systeem (ruimte voor aanpassing zonder programmeerwerk)

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

5.12 Eenvoudig beheer

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

- organisatie-eenheden;
- autorisatie rollen;

²⁶ Dit is bedoeld als inclusief wijzigen van gegevens.

- handelingsgroepen;
- normtijden;
- functies en behandelingsgroepen;
- kostprijzen (AWBZ) functies;
- arrangementen/diensten/producten.

5.13 Historie en archivering

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

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

5.14 Correspondentiefunctie

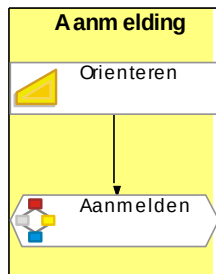
Het ECD zal in toenemende mate het proces van overdracht en de communicatiestroom tussen medewerkers over gegevens en gebeurtenissen van de cliënt moeten kunnen faciliteren. Dit is een wezenlijk onderdeel, wat geïntegreerd dan wel via een gekoppelde functionaliteit onderdeel zal moeten zijn van het ECD. Ten eerste omdat daarmee de vertrouwelijke informatie veiliger wordt verzonden dan via een mailprogramma. En ten tweede omdat zonder deze informatie het dossier in feite niet compleet is.

5.15 Cliëntportaal

Daarnaast zal de communicatie binnen het cliëntsysteem en tussen medewerkers en cliënt/vertegenwoordiger en cliëntsysteem steeds belangrijker worden. Een vorm van een 'cliëntportaal' is daarvoor vereist. Een cliëntportaal kan verschillende scope hebben. Het kan een communicatieplatform zijn voor het cliëntsysteem los van het ECD en het kan

6 Aanmelden

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



6.1 Oriëntatie

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

- registratie (basis van) stamgegevens;
- inhoud van het contact (bijv. welke informatie is verstrekt, wat is voor follow-up afgesproken);
- signalering aanzetten voor follow-up.

6.2 Wachtlijstbeheer

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

- (aanvullende) registratie stamgegevens²⁷;
- indicatie (of inschatting indien nog geen officiële indicatie beschikbaar is);
- cliëntprofiel (beschrijving basis cliënt behoefte en beschrijving cliëntstelsysteem);
- koppeling aan zorgarrangement;
- additionele wensen cliënt (bijvoorbeeld locatie);
- koppeling en signalering vrijgekomen en/of vrijkomende plekken die voldoen aan zorgarrangement en locaties.

6.3 Cliëntregistratie

6.3.1 Informatie uitwisseling met Indicatiestellende instanties:

- AZR:
 - het inlezen van AZR-berichten en daarmee direct de basale gegevens van de cliënt vast te leggen, brengt direct een efficiencywinst met zich mee. Het moet

²⁷ Zie het Procesmodel voor een overzicht van stamgegevens

- mogelijk zijn binnen het systeem om de data van het AZR-bericht in te lezen en te verwerken,
 - het aanleveren van AZR-berichten (herindicaties, mutatieberichten) aan de AZR vanuit het ECD. Het moet mogelijk zijn om binnen het systeem (de data voor) informatieberichten voor de ARZ aan te maken. Hierbij moet worden aangesloten op de nieuwe ontwikkelingen rondom mandatering bij de AZR;
- Invoeren niet-AZR-indicaties (bijvoorbeeld van gemeenten of Justitie) indien het een cliënt via Justitie of gemeente betreft;
- Invoeren eventuele aanvullende behoefte (naast indicatie) en financiering;
- Matchen met Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en verankeren in de keten, bij voorkeur vooraan, dus bij het CIZ (BSN is hierbij de sleutel).

6.3.2 Uitwisseling gegevens met overige instanties

- In geval van overplaatsing, met collega (vorige) zorgaanbieder:
 - stamgegevens²⁸,
 - zorg- en ondersteuningsplan,
 - (para) medisch dossier,
 - agogisch dossier/agogische onderzoeksgegevens,
 - agenda.
- Vanuit disciplines betrokken bij behandeling cliënt, zoals huisartsen (verwijzing via huisarts), ziekenhuizen (verwijzing via ziekenhuis), therapeuten, gedragsdeskundigen, agogen:
 - (para) medische gegevens;
 - agogisch dossier/agogische onderzoeksgegevens.

6.3.3 Waarborgen eenduidige en eenmalige vastlegging van cliëntgegevens

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

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

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

²⁸ Inclusief geboortedatum van cliënt; dit is van belang om te bepalen of het om een kind gaat of om een volwassene (andere wetgeving op van toepassing).

6.3.5 Registratie BOPZ-status

De BOPZ-status van de cliënt moet kunnen worden aangegeven.

6.4 Aanmaken disciplinedossier

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

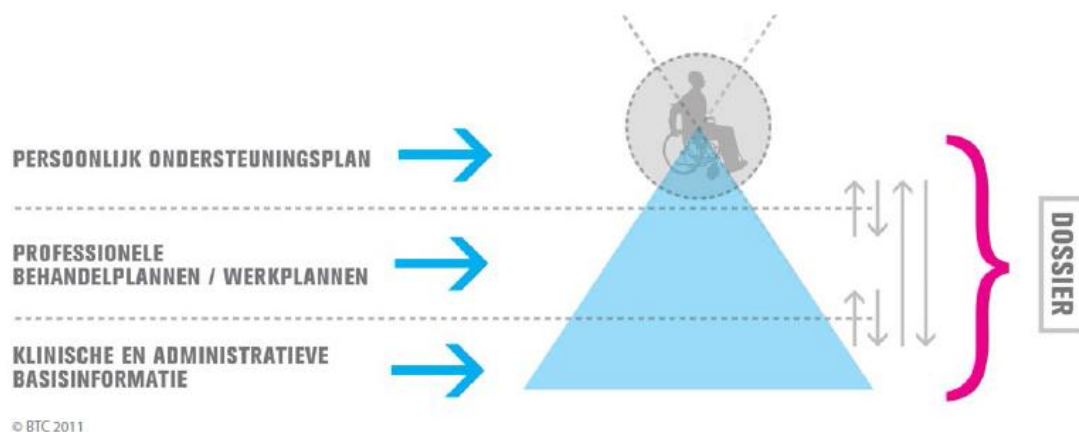
Elke discipline moet voor die discipline relevante informatie verkregen vanuit eerdere instellingen, ouders, verwijzende instanties (bijvoorbeeld justitie, gemeenten) en ketenpartners (bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis) gestructureerd kunnen onderbrengen in hun deel van het dossier.

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

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

6.4.1 Disciplines

Het disciplinedossier bestaat uit Professionele behandelplannen, Werkplannen en Klinische informatie. Zie paragraaf 4.2 voor de verdere definitie van de inhoud van het disciplinedossier en de aansluiting bij de Handreiking ondersteuningsplan.



Hieronder worden de disciplines weergegeven waarvoor disciplinedossiers moeten kunnen worden aangelegd. Met name bij de tweede laag van het desbetreffende disciplinedossier (zie bijlage A voor voorbeelden) kan het zo zijn dat bepaalde meetschalen (de meetschalen zelf en de resultaten van metingen) door meer dan één discipline wordt gebruikt binnen een instelling. In bijlage A zijn slechts voorbeelden opgenomen. Op basis van discussie binnen en tussen de disciplines worden deze voorbeelden wellicht in volgende versies verder uitgewerkt. Het zal altijd blijven gelden dat een instelling specifieke keuzes moet maken ten

aanzien van de inhoud van de disciplinedossiers, hoewel in het kader van informatie-uitwisseling (voor onderzoek en bij overdracht) een collectieve indeling noodzakelijk is.

Voor de volgende disciplines moet het mogelijk zijn disciplinedossiers aan te leggen (dit overzicht is niet uitputtend):

- Persoonlijk begeleider
- Gedragsdeskundige (orthopedagoog of (GZ-)psycholoog)
- Medisch (AVG)
- Ergotherapie
- Fysiotherapie
- Logopedie
- Tandheelkunde
- Bewegingsagogie
- Diëtetiek
- Logopedie
- Maatschappelijk werk
- Therapie (Spel, Creatieve, Muziek)

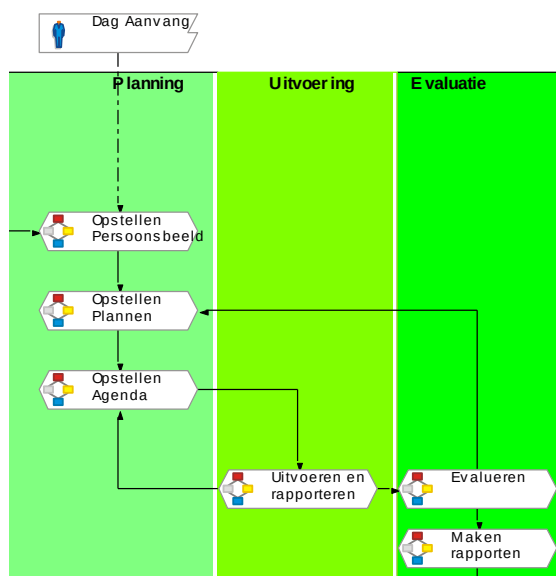
6.5 Zorg- en dienstverleningsovereenkomst

- Automatisch genereren basisovereenkomst (vertaling indicatie naar arrangement) op basis van de cliëntenregistratiegegevens.
- Kunnen aangeven dat overeenstemming is bereikt met de cliënt over de overeenkomst.
- Ondertekende (ingescande) versie kunnen toevoegen aan het dossier²⁹.

²⁹ De wettelijke eis is dat moet kunnen worden aangetoond dat overeenstemming is bereikt met cliënt. Dit kan door een geprinte versie van de overeenkomst te laten ondertekenen. Andere mogelijkheden zijn verslaglegging in het ECD van aanmelding gesprekken met cliënt en vertegenwoordigers.

7 Zorgen en ondersteunen

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



7.1 Opstellen persoonsbeeld

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

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

7.1.1 Registreren persoonsgegevens

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

7.1.2 Rubrieken aanmaken voor aanvullende cliëntgegevens

- Het systeem zal minimaal de meest gehanteerde systematieken (zoals Schalock) ondersteunen voor het rubriceren van cliëntgegevens, hoofdgebieden (domeinen), doelen en acties;
- Wenselijk is dat een instelling zelf de rubricering kan invullen en derhalve verschillende data-elementen aan zelf ingestelde rubrieken kan aangeven (optioneel instelbaar voor instellingen die een andere rubricering willen aanbrengen);

- Starten vanuit verschillende disciplines en het vormen van uiteindelijk een dossier (inclusief communicatie).

7.1.3 Voorselectie relevante (en/of verplichte) datavelden op basis van cliënttypering

- Mogelijkheid om bepaalde velden zichtbaar of onzichtbaar te maken op basis van cliënttypering (op basis van invoer zorgzwaarte en/of zorg- en ondersteuningsvorm en/of arrangement);
- Mogelijkheid om bepaalde velden al dan niet verplicht te maken op basis van cliënttypering (op basis van invoer zorgzwaarte en/of zorg- en ondersteuningsvorm en/of arrangement).

7.1.4 Ondersteuning meetschalen

- Indicatoren van het Kwaliteitskader (zie “Opvolging signalering op basis van relevante velden uit het Kwaliteitskader”);
- Mogelijkheid om minimale dataset te definiëren en te gebruiken in verschillende meetschalen, ofwel een koppeling te leggen met een andere gebruikte toepassing voor het volgen van meetschalen;
- Ondersteuning ICPC³⁰, ICD10³¹, DSMIV³², SIS³³, CEP³⁴, AAMR³⁵, ZZP³⁶.

7.1.5 Documenten koppelen

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

7.1.6 Client input

De cliënt en/of vertegenwoordiger wordt indien mogelijk actief bij het opstellen van het persoonsbeeld betrokken. Het systeem moet de mogelijkheid bieden voor het vastleggen

³⁰ International Classification of Primary Care; internationaal geaccepteerde standaard voor het coderen en classificeren van (registratie)gegevens in de eerstelijnszorg.

³¹ De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten.

³² Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.

³³ De Supports Intensity Scale is een instrument om de ondersteuningsbehoefte van mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag precies en objectief te meten. Het instrument is ontwikkeld door de AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disorders) en is compatibel met het nieuwe AAIDD model van verstandelijke beperkingen.

³⁴ Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag: systematisch beschrijven probleemsituatie en vaststellen ernst (4 niveaus) van deze situatie.

³⁵ American Association on Mental Retardation: definitie van de verstandelijke handicap naar de volgende gebieden: communicatie, zelfbepaling, samenleving, gezondheid en veiligheid, sociale vaardigheden, wonen, dagbesteding, vrije tijd, schoolse vaardigheden en zelfverzorging.

³⁶ Zorgzwaarte Pakket: bepaling van de zorgzwaarte van een cliënt met behulp van het ZZP-scoreprogramma.

van input van de cliënt in een aanvulling/apart persoonsbeeld en eventueel een toekomstvisie/verwachting.

7.1.7 Cliënttevredenheidsscores

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

7.2 Opstellen Persoonlijk ondersteuningsplan

Bij het opstellen van het persoonlijk ondersteuningsplan betreft de kernfunctionaliteit van het ECD de mogelijkheid om gestructureerd een inhoudelijk kader te schetsen voor de cliënt. Minimaal dienen Schalock en de systematiek gebaseerd op de 12 domeinen (1^e 8 overeenkomstig Schalock) van het Kwaliteitskader ondersteund te worden.

Er dient rekening gehouden te worden met het bestaan van meerdere soorten zorg- en ondersteuningsplannen binnen de sector (bijvoorbeeld verblijf +/- behandeling, behandelplan, arbeidstherapie/dagbesteding, Vlaskamp, EVMB³⁷). De mogelijkheid van integratie tot een totaal plan moet aanwezig zijn. Zie ook hoofdstuk 6.4 voor de disciplinedossier gedachte.

7.2.1 Mogelijkheid tot printen Persoonlijk ondersteuningsplan

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

7.3 Opstellen actieplannen

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

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

³⁷ Ernstige Verstandelijke en Meervoudige Beperkingen

7.3.1 Ondersteunt opstellen van actieplan van de cliënt op handelingsniveau

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

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

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

7.3.3 Bewaking op aansluiting bij doelen uit het Zorg- en ondersteuningsplan

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

7.3.4 Mogelijkheid tot uitdraaien actieplan van de cliënt

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

7.3.5 Mogelijkheid tot uitdraaien zorgroutes (waar relevant)

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

7.3.6 Mogelijkheid tot uitdraaien medicijnlijsten (medicatielijsten)

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

7.3.7 Mogelijkheid tot export van capaciteitsbehoefte naar roosterapplicatie

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

7.4 Invullen Agenda

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

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

7.5 Uitvoeren

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

Het gaat hier niet alleen om AWBZ gefinancierde zorg, maar ook over zorg met andere financieringsbronnen (zoals Zvw). Registratie van geleverde zorg volgens de systematieken van deze andere financieringsbronnen moet mogelijk zijn.

7.5.1 Registratie geleverde zorg en ondersteuning

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

7.5.2 Registratie aanwezigheid/deelname dagactiviteiten

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

7.5.3 Faciliteren invullen diverse controle lijsten

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

7.5.4 Registratie incidenten

Incidenten registreren en opvolgen. Voor het opvolgen is het van belang dat de relevante protocollen en formulieren beschikbaar zijn in het ECD (bij registratie van het incident). Zo moeten bepaalde incidenten bij de MIC-commissie worden gemeld en calamiteiten en seksueel misbruik bij de IGZ.

7.5.5 Registratie maatregelen

Registratie van toestemming, toepassing en evaluatie moment van maatregelen. Voor het opvolgen is het van belang dat de relevante protocollen en formulieren beschikbaar zijn in het ECD (bij registratie van de maatregel). Zo moeten alle toepassingen van maatregel worden gemeld bij IGZ.

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

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

7.5.7 Inzage in protocollen en richtlijnen

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

7.5.8 Inzage in medicatielijsten/ ligplannen (decubitus)

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

7.5.9 Registratie gebruikte materialen

Voor een goed inzicht in de gebruikte materialen, de redenen hiervoor (bijvoorbeeld in het kader van zorg en dwang) en de daaraan gerelateerde kosten is het wenselijk dat geplande en daadwerkelijk gebruikte materialen, gesplitst naar AWBZ en niet-AWBZ, kunnen worden

vastgelegd. Het systeem biedt voorts inzicht in het verbruik per cliënt/groep/afdeling over een bepaalde periode.

7.5.10 Mogelijkheid tot uitdraaien rapportages voor gebruikers van het ECD

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

7.5.11 Ondersteunen rapportage omtrent Kwaliteitskader

De 12 domeinen van het Kwaliteitskader moeten worden ondersteund. Voor een opsomming van de indicatoren wordt verwezen naar het hoofdstuk opvolging signalering op basis van relevante velden uit Kwaliteitskader.

7.5.12 Ondersteunen dag-, maand- en doelenrapportage

De wijze van rapporteren is instelling specifiek en kan ook binnen een instelling per doelgroep verschillen (bijvoorbeeld kortdurende behandeling ten opzichte van wonen). Eis voor het ECD is een flexibele vorm om dag-, maand- of doelenrapportages te kunnen maken, met eigen unieke rapportnaamgeving, vanuit verschillende doelgroepen/gebruikers en datavelden van het ECD.

Over het geheel genomen wordt een onderscheid gemaakt tussen informatieve velden en telvelden. Informatieve velden bevatten data die niet geaggregeerd of gegroepeerd hoeft te worden, maar simpelweg een eigenschap of waarde weergeeft. De input op telvelden is echter te manipuleren (wat wil zeggen dat de data gebruikt kunnen worden om overzicht of inzicht op andere niveaus te krijgen). Het onderscheid tussen deze typen is wezenlijk om te voorkomen dat het ECD verwordt tot een digitaal kladblok.

7.6 Evalueren Zorg en Ondersteuning

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

7.6.1 Trigger op verlopen zorg- en ondersteuningsplan

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

7.6.2 Evaluatie cliënttevredenheidsscore

- Voor een goede evaluatie van de beleving van de zorg en ondersteuning zou inzicht (huidige score en trends) in de cliënttevredenheidsscore een indicator kunnen zijn als geheel of op verschillende onderdelen. Het gaat hier om een niet-anonieme bepaling van cliënttevredenheid. De vraag die in de werkgroepen moet worden beantwoord is welke mate de cliënt en/of vertegenwoordigers in staat zijn hun tevredenheid aan te

geven. Indien dit mogelijk is kunnen desgewenst doelstellingen omtrent cliënttevredenheid met specifieke acties in de zorg- en ondersteuningsplannen worden opgenomen. Reden voor de opname van cliënttevredenheidsscores in het ECD is de mogelijkheid voor instellingen om kort-cyclisch te sturen op relevante tevredenheidsscores van cliënten;

- Deze cliënttevredenheidsscore is niet hetzelfde en moet niet verward worden met de instrumenten uit het kwaliteitskader;
- Er is niet 1 soort cliënttevredenheidsscore, maar er bestaan verschillende vragen voor wonen en dagbesteding. Tevens kunnen verschillende onderwerpen jaarlijks wijzigen. Dit is meer dynamisch dan ieder jaar dezelfde vragen stellen.

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

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

7.7 Maken rapportages

7.7.1 Trend/ontwikkeling op meetschalen

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

7.7.2 Vastleggen verbeteracties of veranderingen in zorg- en ondersteuningsplan

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

7.7.3 Evaluatie maatregelen incidenten

Evaluatie proces op basis van gegenereerde rapportages.

7.7.4 Vastleggen resultaat van het MDO

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

7.7.5 Trigger 'Laatste Mutatiedatum'

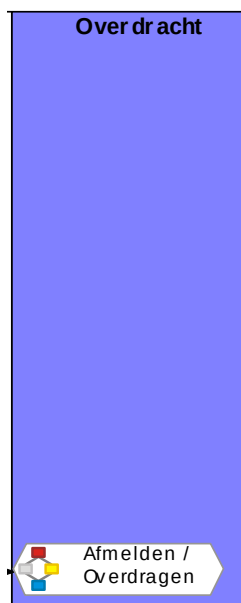
Voor relevante contracten en afspraken in het dossier (in ieder geval de zorg- en ondersteuningsovereenkomst en het zorg- en ondersteuningsplan) is een indicatieveld 'laatste mutatiedatum' noodzakelijk voor verantwoording en actualiteitsbewaking.

7.7.6 Mutatieberichten AZR

Genereren en versturen van mutatieberichten ten behoeve van de AZR.

8 Afmeldingsfase (overplaatsingsfase)

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



8.1 Overplaatsing binnen instelling

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

8.2 Afmeldings- of overplaatsingsbericht AZR

Genereren en versturen van een afmeldings- of overplaatsingsbericht.

8.2.1 Ondersteuning overdracht binnen de keten

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

- overdracht van de cliënt binnen de keten (met name bij opnames in en ontslag uit een ziekenhuis);
- dynamische communicatie met aannemer en onderaannemer indien zij zelf geen gebruikers zijn van het ECD;
- overdracht mantelzorg en ouders/ verzorgers (weekenden thuis, vakanties bij ouders, gezinshuizen en vakantieopvang) indien zij zelf geen gebruikers zijn van het ECD.

8.2.2 Ondersteuning overdracht van ene naar andere instelling

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

9 Managementinformatie

Naast ondersteuning van het primaire proces is een belangrijke functionaliteit van een ECD is de mogelijkheid om managementinformatie te genereren. We willen immers het primaire proces besturen en daar is informatie voor nodig. Van belang is dat dit mogelijk is zonder dat de zorgmedewerker hier hinder van heeft; voorkomen moet worden dat de zorgmedewerker extra registraties moet doen om management informatie mogelijk te maken. Welke managementinformatie te genereren is, grotendeels afhangt van het gehanteerde datamodel binnen het ECD. Door verschillende data-elementen met elkaar te verbinden zijn doorsneden te maken op verschillende niveaus. Er is een grote flexibiliteitswens binnen de branche ten aanzien van management informatie, mede doordat nieuwe wet- en regelgeving kan leiden tot nieuwe kwalitatieve en kwantitatieve sturingskaders en derhalve behoefte aan nieuwe sturingsinformatie.

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

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

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

9.1 Bedrijfsvoering kwantitatief

9.1.1 Capaciteitsbehoefte per periode

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

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

9.1.2 Geplande zorg en ondersteuning

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

9.1.3 Gerealiseerde zorg en ondersteuning

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

9.1.4 Gerealiseerde ongeplande zorg en ondersteuning

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

9.1.5 Leverbetrouwbaarheid totaal en per cliënt

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

9.1.6 Kosten per periode

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

9.1.7 Inkomsten per periode

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

9.1.8 Resultaat per periode

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

9.2 Bedrijfsvoering kwalitatief

9.2.1 Overzicht observaties per cliënt/groep per periode

Medewerkers kunnen observaties bij een cliënt of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment.

Een medewerker of manager moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante cliënten of groepen kunnen inzien over een gegeven periode (voorbeeld):

- de cliënt:
 - in relatie tot zichzelf;
 - in relatie tot huisgenoten;
 - in relatie tot woonsituatie;
 - in relatie tot eventuele behandeling;
 - in relatie tot eventuele avond/nachtsituatie;
 - in relatie tot medewerker(-s);

- rapportage op doelniveau;
- rapportage op activiteitsniveau;
- overdracht in relatie tot cliënt/meerdere cliënten;
- huishoudelijk/technisch (huishoudelijk werk/mankementen in woning/veiligheid).

9.2.2 Behoeftes en trend

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

9.2.3 Interne controle AWBZ

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

9.2.4 Overzicht doelen rapportage

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

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

9.2.5 Overzicht observaties per medewerker/groep per periode

Managers en medewerkers kunnen observaties bij hun medewerkers en zichzelf of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment.

Een manager of medewerker moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante medewerkers of groepen kunnen inzien over een gegeven periode.

9.2.6 Overzicht observaties per cliënt/groep per periode

Medewerkers kunnen observaties bij een cliënt of groep invoeren. Dit kan zowel direct plaatsvinden als hiertoe de mogelijkheid bestaat op locatie of anders op een later moment.

Een medewerker of manager moet eenvoudig de observaties voor de voor hem of haar relevante cliënten of groepen kunnen inzien over een gegeven periode.

9.2.7 Overzicht toepassing onvrijwillige zorg

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

9.2.8 Overzicht incidenten

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

9.2.9 Demografie kenmerken

Kenmerken van de populatie zoals:

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

- gemiddelde verblijfsduur cliënten instelling/locatie/cluster/afdeling/groep
- medicijngebruik per periode per cliënt/groep/afdeling/cluster/instelling

9.3 Bedrijfsvoering koppeling kwantitatief en kwalitatief

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

9.4 Rapportage indicatoren kwaliteitskader

De indicatoren van de 12 domeinen van het KKGZ zijn zowel kwantitatief en kwalitatief. Voor zover de indicatoren cliëntgerelateerd zijn, moeten ze via een rapportage vanuit de in het reguliere proces geregistreerde gegevens te genereren zijn. Niet-clientgerelateerd indicatoren (bijvoorbeeld ziekte verzuim medewerkers) kunnen vanzelfsprekend niet vanuit het ECD worden gerapporteerd. Onderstaande tabel geeft de thema's. Behalve voor het thema "Kwaliteit van medewerkers en organisatie", moet rapportage mogelijk zijn op basis van gegevens die tijdens het reguliere zorgproces in het ECD zijn geregistreerd.

Pijlers	Thema's Visiedocument	Instrument	Informatie	Frequentie
Pijler 1	• Zorgafspraken en ondersteuningsplan • Cliëntveiligheid • Belangen • Kwaliteit van medewerkers en organisatie	Vragenlijst op organisatie-niveau, voor alle instellingen gelijk	Verbeteren, verantwoorden	Jaarlijks
Pijler 2A	• Zorgafspraken en ondersteuningsplan • Cliëntveiligheid	Vragenlijst op cliënt-niveau, voor alle cliënten gelijk	Op cliëntniveau: verbeteren; op geaggregeerd niveau: verantwoorden	Jaarlijks
Pijler 2B	• Kwaliteit van bestaan en kwaliteit van zorg en ondersteuning	Waaier van instrumenten (verbetering) met daaraan mogelijk gekoppeld één ultieme vraag met maximaal vijf subvragen (verantwoording), uit te vragen bij pijler 2A	Verbeteren	Minimaal eens per drie jaar Jaarlijks
Pijler 3	• Kwaliteit van bestaan	Waaier van instrumenten	Verbeteren	Niet vastgesteld

bron: Kwaliteitskader gehandicaptenzorg visiedocument 2.0

Een ECD moet ondersteunen:

- Pijlers 1 en 2A: de exacte vragenlijst wordt extern (niet door instelling zelf) bepaald en zal in de tijd (over de jaren heen) veranderen. De vragen moeten/kunnen beantwoord worden op basis van registraties in het reguliere zorgproces. Het moet mogelijk zijn om telvelden aan te kunnen maken en om via rapportage (geaggregeerde) informatie vanuit het ECD te genereren.
- Pijlers 2B en 3: het ECD moet de registratie van gegevens (in het reguliere zorgproces) en aggregatie van informatie volgens 'erkende' instrumenten mogelijk zijn.
Instrumenten uit de 'Waaier van instrumenten versie april 2013' zijn:
 - Ben ik tevreden? [BIT]
 - Cliënten over Kwaliteit [CoK]

- C-toets OBC
- Dit vind ik ervan!
- Onze cliënten aan het woord
- Personal Outcomes Scale [POS]
- Quality Qube 2013; kwaliteitsservaringen Langdurige Zorg [OKE-LZ]
- Tevredenheidsonderzoek PSW
- Toetsing cliëntwaardering.

Niet alle instrumenten kunnen (ook om auteurtechnische redenen) in het ECD worden ondergebracht.

9.5 Informatie ten behoeve van inhoudelijke kennis en wetenschappelijk onderzoek

De mogelijkheid om geanonimiseerde datasets vanuit het ECD aan te leveren ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. In het kader van het traject van de VGN met hoogleraren om te komen tot een Nationaal (Onderzoeks)Programma Gehandicaptenzorg wordt nu een voorstel ontwikkeld voor een minimale dataset voor mensen met beperkingen. Hierbij wordt aangegeven dat 'De MDS zal worden aangeboden aan leveranciers van ECD-systemen, om binnen het ECD hiervoor modules te ontwikkelen.'

10 Systemsignalering (triggers)

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

10.1 Procestriggers

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

10.1.1 Wachtlijstbeheer Matching signalering

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

10.1.2 Verlopen indicatie in tijd

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

10.1.3 Client wordt 18 jaar

Signalering dat cliënt 18 jaar wordt en er een wijziging van financieringsbron is.

10.1.4 Trigger 'Laatste Mutatiedatum'

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

10.1.5 Overschrijding / onderschrijding indicatie in tijd

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

10.1.6 Overschrijding indicatie in kosten

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

10.2 Bedrijfsvoering triggers

10.2.1 Interne controle (per cliënt)

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

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

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

10.2.2 Overschrijding zorg- en ondersteuningsvraag

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

10.2.3 Overschrijding productie

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

10.3 Diverse werkstroom besturing signaleringen

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

10.4 Opvolgen signalering op basis van relevante velden uit het kwaliteitskader

Een aantal indicatoren van het KKGZ zijn relevant om signalering te laten plaatsvinden. Het moet mogelijk zijn om voor bepaalde indicatoren een norm waarde aan te geven en indien de indicator deze normwaarde bereikt, dat dan signalering plaatsvindt. Niet alle indicatoren van het KKGZ zijn cliëntgerelateerd (zoals ziekteverzuim), voor de niet-clientgerelateerde indicatoren is vanzelfsprekend geen signalering mogelijk.

11 Externe rapportage (verantwoording)

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

11.1 IGZ rapportage

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

11.2 Input voor jaardocument

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

11.3 Overige registraties, en overzichten

De overheid en brancheorganisaties houden registraties bij en publiceren overzichten voor de overheid zelf, de instellingen en de cliënten. Twee belangrijke zijn www.kiesbeter.nl (per 2014 onderdeel kwaliteitsinstituut) en www.zorggegevens.nl.

11.4 Gerealiseerde zorg en ondersteuning (productie staat)

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

11.5 Verantwoording naar cliënt

Van een specifieke cliënt:

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

Het dient mogelijk te zijn een selectie van een of meerdere van de bovenstaande overzichten te tonen (bijvoorbeeld alleen kwalitatieve of juist alleen kwantitatieve gegevens). Deze verantwoording op cliëntniveau (een cliënt) moet ook geaggregeerd worden op verschillende hogere niveaus (zoals per groep, locatie, sector, instelling totaal).

12 Instellingsspecifieke eisen

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

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

12.1 Gebruikersvriendelijkheid

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

12.1.1 Aantal klikken

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

12.1.2 Aantal schermen

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

12.1.3 Muis of toetsen

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

12.1.4 Intuïtief (Icoontjes, scherm aanraken, kleuren, geluid)

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

12.1.5 Leesbaarheid

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

12.1.6 Performance

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

12.1.7 Spelling- en grammaticacontrole

De spellingscontrole en eventueel grammaticacontrole moet werken voor alle velden. Dit moet een direct in het ECD geïntegreerde spelling/grammatica controle zijn en niet een externe (bijvoorbeeld 'google').

12.1.8 Opmaakmogelijkheden

Eenvoudige opmaakmogelijkheden zoals 'onderstrepen' en 'vet'; deze opmaakmogelijkheden moeten minimaal beschikbaar zijn voor velden die betrekking hebben op formulieren, rapporten en plannen.

12.1.9 Knippen en plakken

Het moet mogelijk zijn om bepaalde tekst uit een bepaald veld te 'knippen en plakken' naar een ander veld ook als de velden zich niet op hetzelfde scherm bevinden.

12.2 Apparaat

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

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

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

12.3 Mobiliteit

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

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

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

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

12.4 Officesuite

Een ECD-applicatie is vaak geen applicatie op zich en zal informatie uitwisselen met andere specifieke applicaties (bijvoorbeeld een financieel pakket, of een personeelspakket) en kantoorautomatisering (bijvoorbeeld email³⁸). Het belang van de aansluiting en eventueel integratie van de ECD-applicatie met een Officesuite (zoals MS Office) moet worden overwogen.

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

12.5 Cliëntportaal

Een cliëntportaal kan verschillende scope hebben. Het kan een communicatieplatform zijn voor het cliëntsysteem los van het ECD en het kan een bepaalde mate van integratie met het ECD hebben. Het cliëntportaal kan door verschillende soorten gebruikers gebruikt worden: cliënt, vertegenwoordiger, andere personen (zoals familie, burens, vrienden, kennissen) in het sociale netwerk en medewerkers van andere organisaties (zoals school, werk of andere instellingen). Afhankelijk van de keuze van de instelling wie er gebruiker kan zijn van het cliëntportaal, zijn van belang:

- Gebruikers interface (eisen onder 12.1).
- Functionaliteit met betrekking tot:
 - Gegevens (eisen onder 6.1 [registratie en correctie bepaalde stamgegevens]);
 - plan (eisen onder 7.1.6, 7.1.7, 7.3.1 [als mantelzorgers handelingen gaan uitvoeren] en 7.3.4);
 - agenda (eisen onder 7.4 [afspraken van cliënt zelf en van mantelzorgers]);
 - rapportages (eisen onder 7.5.12 en 11.15).
- Autorisatie (eisen onder 5.6) en bescherming privacy (eisen onder 5.4.6).

12.6 Aanvullende rapportage

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

³⁸ In het kader van de privacy is het beter om cliëntgerelateerde niet via email maar via een correspondentiefunctie binnen het ECD (zie eis 5.14) uit te wisselen.

12.7 Training en opleiding

Naast de inrichting van het ECD is ook de introductie bij de gebruikers van belang. Training en opleiding kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Dit heeft zowel betrekking op de vorm (bijvoorbeeld training door leverancier of door eigen mensen) en het materiaal (standaard van leverancier of instelling specifiek). Het ECD moet voor training de mogelijkheden bieden die de gewenste wijze van training en opleiding mogelijk maken:

- E-learning;
- Opleidingsomgeving;
- Help functies in applicatie.

12.8 Functioneel beheer

Als onderdeel van de implementatie moet het functioneel beheer worden vormgegeven. De benodigde inzet aan functioneel beheer is de mate van standaard van het ECD, de uitgebreidheid van de functionaliteit en de diversiteit aan gebruikers. Als stelregel kan worden gebruikt dat gemiddeld 0,5 FTE per 1000 gebruikers nodig is aan functioneel beheer. Ook hier geldt dat de inspanning voor de instelling afhankelijk is welke rol de leverancier (nog) heeft bij functioneel beheer. Het ECD moet aan de functioneel beheerder de functionaliteit bieden om de noodzakelijke handelingen in het kader van functioneel beheer te kunnen doen (zie eisen op gebied van autorisatie 5.6 en zie eisen op gebied van flexibiliteit 5.11) .

12.9 Communicatie en koppelingen benoemen

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

12.10 Conversie

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

12.11 Details registratie geleverde zorg

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

Mogelijke wijzen van registratie toenemend in mate van detail zijn:

- niet registreren;
- steekproefsgewijs;
- aan-/afwezigheid registreren;

- in blokken (bijvoorbeeld middag, eten);
- in specifieke tijdseenheden (van bijvoorbeeld uur tot minuten).

Natuurlijk kan ook een combinatie een eis zijn.

12.12 Mate van werkstroombesturing

Op een aantal specifieke plaatsen is als collectieve eis werkstroombesturing opgenomen in de voorgaande hoofdstukken. Het gaat hier om besturing van werkstromen die volgen uit wettelijke kaders. Ook op andere (niet-wettelijk verplichte werkstromen) is werkstroombesturing mogelijk. Een instelling dient na te gaan waar verdergaande werkstroombesturing volgens instellingsspecifieke richtlijnen vereist of gewenst is.

Bij werkstroombesturing zijn 3 niveaus te onderscheiden:

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

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

12.13 Pionier of bewezen

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

12.14 Best of breed of ERP³⁹

Zoals eerder aangegeven kan de ECD-functionaliteit worden ingevuld door één of meerdere applicaties. Indien deze applicaties van meer dan één leverancier worden betrokken, wordt van een best of breed oplossing gesproken. Als alle onderdelen/modules van dezelfde leverancier worden betrokken wordt gesproken van een ERP-toepassing. Bij best of breed kan voor elke aandachtsgebied de best passende oplossing worden gekozen; koppeling en integratie is hierbij dan de uitdaging. Bij een ERP is koppeling/integratie volledig de verantwoordelijkheid van één leverancier; de mate waarin de verschillende onderdelen de specifieke (belangrijke eisen) van alle aandachtsgebieden afdekken is hierbij dan de uitdaging. Aan de ene kant zullen naar verwachting de ontwikkelingen op softwaregebied de koppeling/integratie van best of breed oplossingen eenvoudiger maken (er komen ook meer samenwerkingsverbanden van leveranciers met complementaire oplossingen). Aan de

³⁹ Enterprise Resource Planning

andere kant breiden een aantal leveranciers hun oplossingen meer richting ERP uit om zo alle aandachtsgebieden af te dekken.

12.15 Een sector of multisectoraal

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

13 Bijlage A: Voorbeeld onderwerpen voor discipline dossiers

13.1 Voorbeelden vanuit medische discipline

Een aantal van deze onderwerpen is wellicht ook relevant voor een andere discipline. De volgende data-elementen moeten als richtinggevend –naast de data die in het onderliggend HIS via een link met ECD (zie hoofdstuk 4.3)- kunnen worden vastgelegd in het ECD.

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

13.2 Voorbeelden vanuit gedragskundige discipline

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

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

- SGZ/SMZ: SGZ is voor meten ongewenst gedrag en de SMZ voor motorische ontwikkeling.
- Signaalijst Depressie voor zwakzinnigen: Vragenlijst (kopie) voor het snel opsporen van mensen met een depressie.
- SON-R 2½-7 : Non-verbale intelligentietest met leeftijdsbereik van 2-7;11jaar.
- SON-R 5½-17: Non verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 5-17;6 jaar.
- SRK : Sociale redzaamheidsschaal voor kinderdagverblijf bezoekers. Van 3-6jaar.
- SRZ/SRZ-I: Deze schaal meet de mate van zelfstandigheid.
- SRZ-P : Ook deze schaal meet de mate van zelfstandigheid op een hoger niveau.
- TVZ: Temperamentschaal voor zwakzinnigen.
- UCL: Utrechtse copinglijst.
- VABS: Expanded versie van de Vineland. Aan de hand van een interview het bepalen van ontwikkelingsniveau / sociale redzaamheid bij kinderen met een verstandelijke beperking. Leeftijdsbereik 0; 1- 18; 11jaar.
- VAK: Vragenlijst voor angst bij kinderen.
- Vineland-Z: Survey versie, genormeerd voor mensen met een verstandelijke beperking. Ontwikkelingsniveau.
- VPF: invullijst functie probleemgedrag.
- WAIS III: Verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 16-85 jaar.
- WISC III: Verbale intelligentietest met een leeftijdsbereik van 6-17 jaar.
- ZALC: Dit is een zinaanvullijst Curium voor leeftijdsbereik van 8 tot 25 jaar. (sociaal emotioneel niveau).