

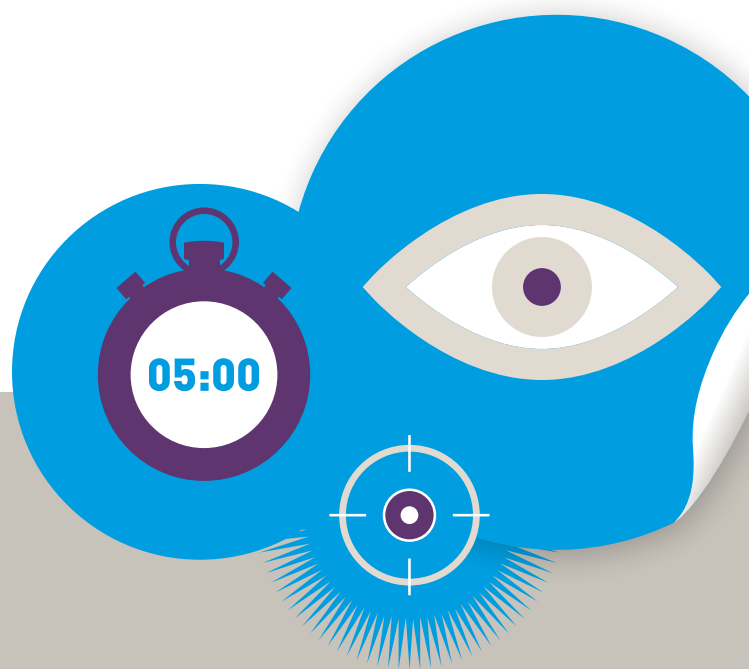


Factchecker

Registreren in de **wijkverpleging** **Hoe** kun je dit **verminderen?**



16 januari 2018



Registreren in de wijkverpleging Hoe kun je dit verminderen?

INHOUD

PAG 3 |	VOORWOORD	.....
PAG 4 |	DILEMMA #1 'Is het verplicht om de cliënt het zorgplan te laten onder- tekenen?'	.....
PAG 5 |	DILEMMA #2 'Als de zorg is verleend in overeenstemming met het zorg- plan, moet daar dan ook nog over gerapporteerd worden?'	.....
PAG 6 |	DILEMMA #3 'Is het werken met doelen in het zorgplan verplicht?'	.....
PAG 7 |	DILEMMA #4 'Is 5-minuten-registratie verplicht?'	.....
PAG 8 |	DILEMMA #5 'Is een handtekening van de huisarts bij de aanvraag voor hulpmiddelen verplicht?'	.....
PAG 9 |	DILEMMA #6 'Is dubbele controle op risicovolle losse medicatie verplicht?'	.....
PAG 10 |	DILEMMA #7 'Is het doen van een checklist risicosignalering verplicht?'	.....
PAG 11 |	DILEMMA #8 'Is het verplicht om standaard een arbochecklist te gebruiken?'	.....
PAG 12 |	COLOFON	.....

Registreren in de wijkverpleging Hoe kun je dit verminderen?

Als wijkverpleegkundige ben je steeds meer tijd kwijt met het invullen van formulieren en checklists. Kostbare tijd die je liever met cliënten doorbrengt. De registratiedruk lijkt alleen maar toe te nemen en roept vragen op.

In dit document gaan we in op een aantal dilemma's die spelen bij registraties die voorkomen in het werk van wijkverpleegkundigen. We laten zien waar de registratie vandaan komt en wat de achterliggende reden is. Hiermee willen we helderheid bieden, een discussie op gang brengen over nut en noodzaak en handvatten bieden om registratielast terug te dringen. Zodat de professionaliteit van verzorgenden en verpleegkundigen weer centraal komt te staan, en niet de registratie.



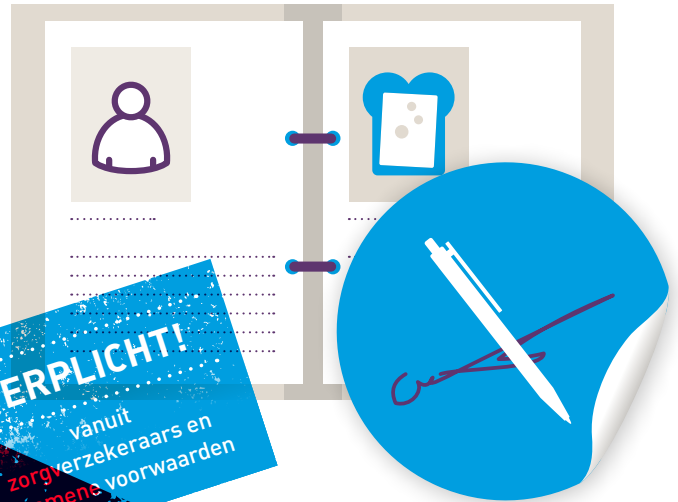
AFBAKENING

Aangezien het grootste deel van de wijkverpleging¹⁾ vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt verleend is deze wet als basisbron gekozen. Daarnaast zijn de volgende bronnen geraadpleegd:

- **Relevante wetgeving, zoals:**
 - Zorgverzekeringswet (Zvw)
 - WGBO
 - Wkkgz
 - Wet BIG
 - Wet bescherming persoonsgegevens en arbeidsomstandighedenwet
 - Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)
- **De professionele standaard, zoals:**
 - V&VN de professionele standaard, een uitwerking
 - V&VN richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging, 2011
 - V&VN normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving
 - Veilige Principes in de Medicatieketen, 2016
- **Algemene voorwaarden zoals opgesteld door BTN, ActiZ, LOC Zeggenschap in Zorg, NPCF en de Consumentenbond.**
- **Toetsingskader op zorg thuis, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).**
- **Inkoopbeleid van de vier grootste zorgverzekeraars (Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis).**
- **Standaard overeenkomsten van de vier grootste zorgverzekeraars, op basis van zorg in natura en op basis van restitutie.**
- **Beleidsregels van de NZa.**
- **Oproep stoppen met standaard risicosignalering, Werkgroep administratieve lasten wijkverpleging mei 2016.**
- **Kamerbrief bekostiging wijkverpleging, 2015.**
- **www.arbocatalogusvvt.nl**

¹⁾ Het grootste deel van de wijkverpleging wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet, het overige deel vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).

‘Is het verplicht om de cliënt het zorgplan te laten ondertekenen?’



VERPLICHT!

vánuit
zorgverzekeraars en
algemene voorwaarden

DEZE REGISTRATIE IS NIET MEER VERPLICHT!

Wijkverpleegkundigen ervaren registratie van de cliënt als een zorgplan moet worden ondertekend door de cliënt. Dit hebben zorgverzekeraars verplicht gesteld en is opgenomen in de Algemene Leveringsvoorwaarden (in vervolg Algemene voorwaarden), die voor leden van ActiZ en BTN een lidmaatschapsverplichting zijn. Elke keer als het zorgplan wordt bijgesteld, wordt het uitgeprint op kantoor, meegenomen naar de cliënt voor ondertekening, teruggebracht naar kantoor, gescand en ‘ingehangen’ in het digitale dossier.

Dit moet met een handtekening van de cliënt worden aangevuld. (Benieuwd hoe dit zit? Bekijk dan pagina tien van de Algemene Leveringsvoorwaarden).

Wat zegt de richtlijn voor zorgverzekeraars hierover?

In de overeenkomst van de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder en in de voorwaarden beschrijven zorgverzekeraars dat zorgaanbidders het zorgplan moeten laten ondertekenen door de cliënt. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een indicatie en een zorgplan dat is ondertekend door de verzekeraar en de aanbieder. Zij zien het zorgplan als een document waar de rechtmatigheid van de aanspraak wijkverpleging in wordt vastgelegd en de aard, inhoud en omvang van de zorg, na afstemming en bekrachtiging met de cliënt. Zorgverzekeraars volgen hiermee de algemene voorwaarden van ActiZ en BTN.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Wat zegt de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging hierover?

De richtlijn ‘Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging’ zegt hier niets over, behalve dat op verzoek van de cliënt een zorgprofessional moet vastleggen voor welke ingrijpende handelingen de cliënt toestemming geeft.

Wel is het steeds gebruikelijker dat het zorgplan samen met de cliënt en eventueel mantelzorgers wordt opgesteld. Dit is ook een van de uitgangspunten van het normenkader voor indiceren.

De handtekening kan worden gezien als een bewijs daarvoor. Ook de vorm waarin afspraken worden vastgelegd kan echter de betrokkenheid aantonen, bijvoorbeeld: ‘In overleg met cliënte is besloten om...’; ‘Aan cliënt is het advies gegeven om..., echter cliënt ziet hiervan af’, en zo verder.

Wat zeggen de Algemene voorwaarden hierover?

BTN, ActiZ, LOC Zeggenschap in Zorg, Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond hebben de Algemene voorwaarden onder andere opgesteld om een bepaalde kwaliteit van zorg te garanderen aan de cliënt. De Algemene voorwaarden volgen in deze de wetgeving (Wkkgz en WGB0). In de voorwaarden is vastgelegd dat er altijd een zorgplan aanwezig dient te zijn, dat samen met de cliënt moet worden opgesteld. Er staat beschreven dat er altijd overeenstemming moet worden gezocht over het zorgplan.

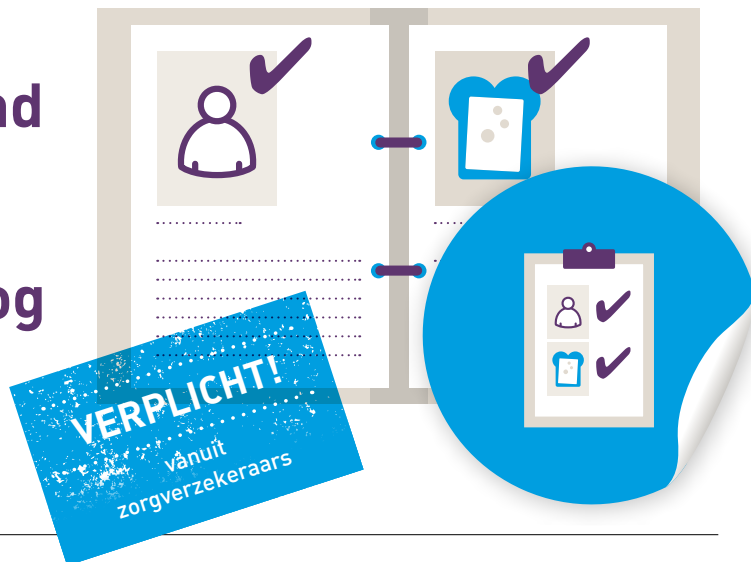


HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Het zorgplan moet een levend document zijn. Dit betekent dat er altijd zaken in gewijzigd kunnen worden voor de continuïteit van de zorg. Geadviseerd wordt om het zorgplan alleen te laten ondertekenen bij:

- Formele (evaluatie)momenten: bij de start van de zorg en daarnaast één keer per jaar of half jaar bij de evaluatie van het zorgplan.
- Als er met cliënt en familie besluiten worden genomen, waarbij bijvoorbeeld iets belangrijks als veiligheid in het geding is.

‘Als de zorg is verleend in overeenstemming met het zorgplan, moet daar dan ook nog over gerapporteerd worden?’



Denk hierbij bijvoorbeeld aan een wond, die precies volgens het plan is verzorgd en er zijn geen bijzonderheden te melden. Of aan werkzaamheden bij de cliënt waarbij niets afwijkends is geconstateerd, zoals het helpen van een cliënt met douchen.

Het rapporteren is verplicht vanuit zorgverzekeraars. Uit de richtlijn ‘Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging’ valt op te maken dat voortgangsrapportage in ieder geval nodig is bij veranderingen.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Wat zegt de richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging over voortgangsrapportages?

Rapportage draagt bij aan kwaliteit van zorg. In de richtlijn ‘Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging’ staat dat een voortgangsrapportage een belangrijk communicatiemiddel is tussen zorgprofessionals onderling en tussen andere disciplines. Opvolgende beroepsbeoefenaren moeten aan de hand van de voortgangsrapportage de zorgverlening kunnen continueren. Daarnaast is voortgangsrapportage belangrijk voor het bijsturen van de zorg op grond van de actuele situatie van de cliënt.

In voortgangsrapportages moet de professional aandacht besteden aan:

- vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses, aanpassingen daarin en redenen voor aanpassing;
- afwijkende en nieuwe interventies en handelingen en de redenen daarvoor;
- bijstelling van beoogde resultaten en de redenen daarvoor;
- informatie die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling;
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden.

Uit de richtlijn valt op te maken dat voortgangsrapportage in ieder geval nodig is bij veranderingen. Woorden als bijsturen,

aanpassingen, redenen voor aanpassingen, afwijkende en nieuwe interventies, bijstelling, enzovoort wijzen hierop. Als er geen bijzonderheden zijn, is rapporteren dus niet per se nodig. Iedere zorgorganisatie maakt hierin zijn eigen keuzes. Een organisatie kan het bijvoorbeeld prettig vinden om te weten dat iemand ter plekke is geweest en ‘de wond heeft gezien’ of geconstateerd heeft dat ‘met de cliënt alles in orde was’, ook als er geen bijzonderheden te melden zijn.

Wat zeggen zorgverzekeraars hierover?

Zorgverzekeraars eisen van zorgaanbieders dat zij de handelingen die zij hebben geleverd, rapporteren in het zorgplan van de cliënt. Voor hen is dit een waarborg dat de zorg waarvoor betaald wordt, ook daadwerkelijk is geleverd.

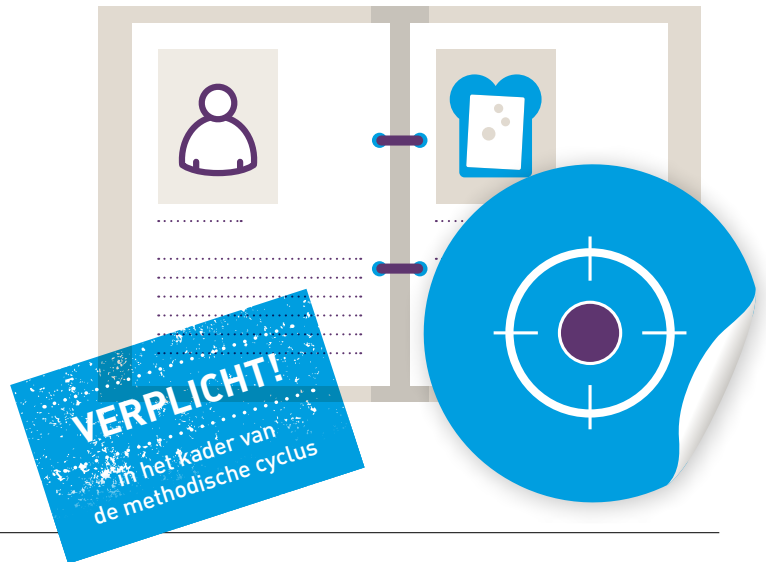
De Zvw helpt zorgverzekeraars om kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt dat een zorgverzekeraar alleen prestaties (zorg) mag vergoeden die daadwerkelijk geleverd zijn. Om dit te controleren zijn zorgverzekeraars dan ook verplicht om diverse vormen van controles uit te voeren. De check op de rapportage van de zorg die verleend is in overeenstemming met het zorgplan, is een van de vormen van controle. Deze controle door zorgverzekeraars is verplicht gesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).



HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Er bestaat discussie over of het zorgplan als waarborg voor financiën moet worden gebruikt. In dit verband wordt ook wel over ‘zorgplan = realisatie = declaratie’ gesproken. Met andere woorden: je mag ervan uitgaan dat als bepaalde zorg door een wijkverpleegkundige is geïndiceerd, dat die ook volgens plan zal worden uitgevoerd. Als de zorg niet volgens plan is geleverd, moet de reden daarvoor in de rapportage terug te vinden zijn. Sommige zorgaanbieders maken met zorgverzekeraars de afspraak om te werken volgens het principe zorgplan = realisatie = declaratie. Wijs je manager, teamleider of beleidsmedewerker op deze mogelijkheid.

‘Is het werken met doelen in het zorgplan verplicht?’



Het moeten formuleren van doelen voor je cliënt is vaak lastig. Hoe formuleer je het doel op een goede manier? Alleen nadenken hierover, kost al veel tijd.

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging geeft aan dat zorgplannen de methodische cyclus van het zorgproces moeten volgen. De richtlijn stelt een rubriek 'doelen' daarin niet verplicht.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Het zorgplan vormt, volgens de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging', de basis voor de te verlenen zorg (pagina 17). Een zorgprofessional moet voor elke cliënt een zorgplan opstellen. Een zorgplan wordt zo mogelijk in overleg met de cliënt opgesteld en bevat daarbij onderstaande elementen:

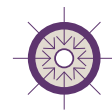
- de bij de cliënt vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en/of verpleegkundige diagnoses;
- gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines;
- de interventies en andere handelingen die voortvloeien uit voorgaande;
- de beoogde resultaten dan wel doelen;
- de termijn waarbinnen een resultaat dan wel doel behaald moet zijn
- de wijze waarop nagegaan wordt of het resultaat dan wel doel behaald is (evaluatiecriteria) en wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert.

Verplegen en verzorgen is niet doelloos. Je wilt met je handelen resultaten boeken en dus ook kunnen terugblikken of je acties tot het verbeteren of behoud van de gezondheid, of kwaliteit van het sterfproces hebben geleid. Het werken met doelen of resultaten is dan ook onderdeel van het cyclisch verpleegkundig proces. Je doet niet zomaar iets, maar werkt met een vooropgezet plan. Op basis hiervan kan een verpleegkundige of verzorgende samen met de cliënt bepalen welke interventies worden ingezet.

Zorgplannen zijn opgebouwd om dit methodische, procesmatige werken te ondersteunen. Ze volgen bijvoorbeeld de logica probleem-doel-interventie-evaluatie, of behoefte-afspraken-evaluatie. In deze laatste logica ontbreekt de letterlijke rubriek doelen, maar wordt wel duidelijk dat de gemaakte afspraken (mevrouw dagelijks ondersteunen bij het wassen aan de wastafel) samenhangen met een zorgbehoefte (hulp bij het wassen vanwege ernstige benauwdheid) en dat die afspraken ook geëvalueerd kunnen worden (bereiken we het doel dat mevrouw hierdoor meer energie over heeft voor de zorg voor haar echtgenoot).

Wat zeggen zorgverzekeraars en de Algemene voorwaarden hierover?

Zorgverzekeraars en de Algemene voorwaarden volgen hierbij de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging'.



HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Het zorgplan moet het methodische proces van verplegen volgen, maar dit hoeft niet per se met een rubriek 'doelen'. De methodische cyclus omvat: anamnese, diagnose, planning, uitvoering en evaluatie.

Belangrijk is wanneer je doelen, afspraken of gewenste resultaten gaat formuleren, op het volgende let:

- dat het begrijpelijk is voor de cliënt. Dat als de cliënt het zorgplan leest, begrijpt dat het over hem gaat
- dat je collega weet wat zij moet doen, dus de zorg kan continueren
- dat de doelen, afspraken of gewenste resultaten goed te evalueren zijn.

'Is 5-minuten-registratie verplicht?'



DEZE REGISTRATIE IS NIET MEER VERPLICHT!

Het is tijdrovend om (gedetailleerd) bij te houden hoeveel de wijkverpleegkundige besteedt aan de zorg die geleverd wordt. Zorgaanbieders zijn vanuit de beleidsregel van de NZa 1801 verplicht om de declaraties in afgeronde eenheden van 5 minuten te doen, wanneer zij met de verzekeraar hier geen andere afspraken over hebben gemaakt. Omdat in veel organisaties de registraties en declaraties direct aan elkaar gekoppeld zijn, betekent dit voor veel wijkverpleegkundigen dat de zorg die zij geleverd hebben geregistreerd moet worden in eenheden van afgerond 5 minuten.

Om te kijken hoeveel een cliënt gemiddeld per week kost, kan een aanbieder dit bedrag per cliënt wekelijks declareren, waarbij de 5 minutenregistratie vervalt.

In de praktijk heerst daarnaast het idee dat alleen de minuten achter de voordeur declarabel zijn. Dit is veranderd sinds 2015 toen het gaat te doel van wijkverpleging onder de Zvw is komen te vallen. Acties ter ondersteuning in het zorgplan zijn gerelateerd en niet direct achter de voordeur plaatsvinden, kunnen nu wel gedeclareerd worden. Als een cliënt bijvoorbeeld niet zelf in staat is om medicijnen te bestellen en in het zorgplan is opgenomen dat de cliënt daar ondersteuning in behoeft, kan een telefoontje van de wijkverpleegkundige naar de apotheek gedeclareerd worden.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Wat zeggen zorgverzekeraars hierover?

Het registreren van de geleverde zorg is verplicht, omdat zorgverzekeraars betalen voor de geleverde zorg. De 5-minutenregistratie komt voort uit een beleidsregel van de NZa. Hierin staat dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vrij zijn om schriftelijke afspraken te maken over de tijdsregistratie. Wanneer ze dit niet doen wordt een declaratie naar vijf minuten afgerond. In de praktijk maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier veelal geen aparte afspraken over. De 5-minutenregistratie is daarmee een verantwoording om de kosten van de geleverde zorg als zorgaanbieder te kunnen declareren bij de zorgverzekeraars.



HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Een ondersteunend systeem kan ervoor zorgen dat je minder hoeft te registreren voor de verantwoording van de geleverde zorg. Bekijk de praktijkvoorbeelden van [Zuwe Zorg](#) en [Florence](#) op [invoorzorg.nl](#).

Een ander voorbeeld uit de praktijk is de weekafspraak die zorgverzekeraar CZ met een aanbieder heeft gemaakt.

'Is een handtekening van de huisarts bij de aanvraag voor hulpmiddelen verplicht?'



Dit is voor een aantal hulpmiddelen verplicht en kan per zorgverzekeraar verschillend geregeld zijn.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Wat zeggen zorgverzekeraars hierover?

Zorgverzekeraars willen van een behandelend arts bevestigd krijgen dat het aangevraagde hulpmiddel noodzakelijk is voor de zorgverlening en dat het hulpmiddel het juiste is.



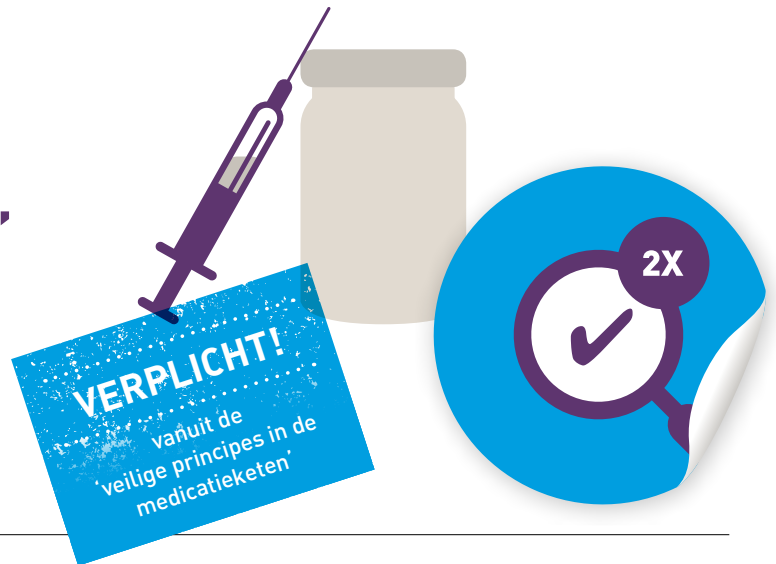
HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Overleg met de huisarts of medewerker van het gezondheidscentrum of er mogelijkheden zijn voor een uniforme werkwijze om versneld aan een handtekening te komen.

In het reglement hulpmiddelen van de verzekeraar staat beschreven voor welke hulpmiddelen een handtekening van de huisarts noodzakelijk is. Doe een beroep op de verzekeraars om een overzicht met de eisen per hulpmiddel van alle verzekeraars aan te bieden.

De handtekening van de huisarts is niet meer nodig voor hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging van cliënten thuis op bed.

'Is dubbele controle op risicovolle losse medicatie verplicht?'



De meeste wijkverpleegkundigen vinden dubbele controle noodzakelijk. Toch wordt dit als registratielast ervaren. Doordat wijkverpleegkundigen vaak alleen werken, is dubbele controle lastig te realiseren.

Dubbele controle is een uitgangspunt van de 'Veilige principes in de medicatieketen'. Je moet altijd zelf nadenken hoe je het toepast in een specifieke situatie.



WAAROM IS DIT VERPLICHT?

Wat zeggen de 'Veilige principes in de medicatieketen' hierover?

Dubbele controle op losse risicovolle medicatie is van belang om veilige zorg te bieden aan de cliënt en om zelf als professional veilig te kunnen werken. Daarom is dit als principe opgenomen in de 'Veilige principes in de medicatieketen'. In de bijbehorende lijst 'Dubbel te paraferen' zijn de risicovolle medicijnen opgenomen, waar je dubbele controle op uitvoert om fouten (verkeerde dosering, verkeerde tijd) en daaruit voortvloeiende gezondheidsrisico's te voorkomen.

Uiteindelijk is de bestuurder van een zorgorganisatie verantwoordelijk voor veilige zorg en veilig werken. Het is dan ook essentieel dat de zorgorganisatie hier beleid op voert. Een zorgmedewerker moet de 'Veilige principes in de medicatieketen' als goed hulpverlener in beginsel naleven, want de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toetst of dubbele controle op risicovolle losse medicatie wordt gedaan. Toch zijn er soms situaties die om een uitzondering vragen. Dan kan de zorgmedewerker naar eigen inzicht van dit principe afwijken, maar moet dit wel gemotiveerd worden vastgelegd in het cliëntdossier, omdat het risico namelijk niet is weggenomen. Ook bestaan er soms situaties waar de dubbele controle niet efficiënt kan worden gedaan (bijvoorbeeld in de thuissituatie). Het is dan belangrijk om te kijken naar andere mogelijkheden.

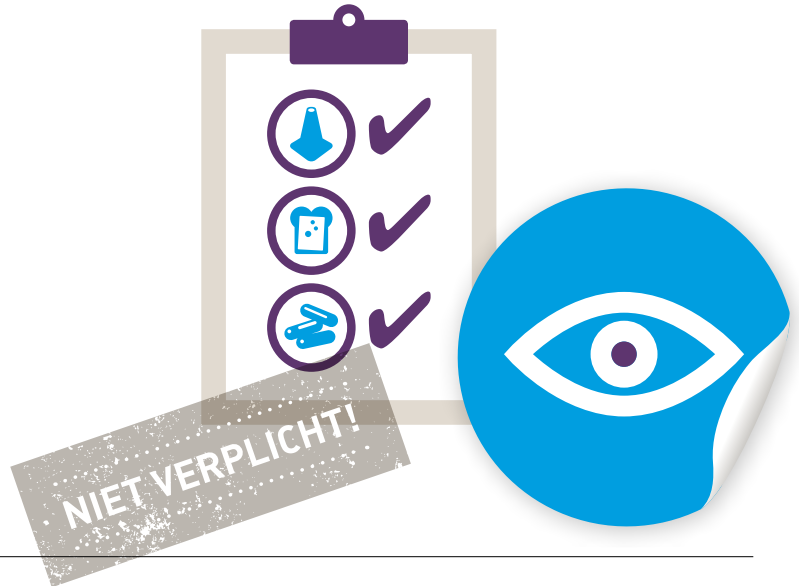


HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Er bestaan meerdere mogelijkheden om de dubbele controle door een bekwaam persoon te laten doen, wanneer je hier duidelijk afspraken over hebt gemaakt:

- Cliënt en mantelzorger – allereerst kan de cliënt zelf of zijn mantelzorger de controle doen. Aan hen moet dan wel worden geleerd wat zij moeten controleren.
- Zorgmedewerker en collega - controle door de zorgmedewerker en een collega die in de buurt is.
- Zorgmedewerker en foto - de zorgmedewerker controleert de medicatie en maakt een foto met de mobiele telefoon. Deel deze met je collega via een app of een beschermd systeem waarbij de foto's binnen de server van de organisatie blijven.
- Zorgmedewerker en een telefonische achterwacht - de zorgmedewerker controleert en neemt telefonisch contact op met een achterwacht en neemt de medicatie door. (Bron: [Zorg voor Beter](#))

‘Is het doen van een checklist risicosignalering verplicht?’



Een deel van de ervaren registratielast komt voort uit het standaard moeten registreren van veel zaken. Zorgaanbieders voegen standaard checklisten toe aan elk zorgdossier (ongeachte zorgzwaarte of relevantie voor de cliënt), alleen om aan te tonen dat er aan risicosignalering gedaan wordt. Dit zorgt niet alleen voor meer administratie, maar is een risicofactor voor de daadwerkelijke kwaliteit en veiligheid. Verpleegkundigen en verzorgenden worden hiermee immers niet aangesproken op hun signaleringsvermogen voor feitelijke risico's. In tegendeel, zij worden gewantrouwd in hun deskundigheid en 'gecontroleerd'.

De Werkgroep Administratieve Lasten Wijkverpleging (Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ, BTN, NZa, V&VN en het ministerie van VWS) roept zorgverleners en zorgaanbieders op om van risicosignalering weer professioneel maatwerk te maken en niet standaard checklijsten in te vullen. Het is dus niet verplicht om een standaard checklist risicosignalering te gebruiken.



HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Het doorlopend alert zijn op de gezondheidsrisico's die een cliënt loopt is onderdeel van het proces van verpleging en verzorging. De verpleegkundigen en verzorgenden weten op basis van opleiding, ervaring en een goede zorgrelatie welke mensen een verhoogd risico hebben op het ontstaan van bepaalde problemen. Maatwerk dus. Checklisten die bij een niet-pluisgevoel nader onderzoek ondersteunen kunnen nuttig zijn, maar verliezen waarde als ze ongeacht de persoon en de situatie op vaste momenten worden ingezet. In het zorgplan legt de verpleegkundige de gesignaleerde persoonlijke risico's en de ingezette interventies vast. Daarin wordt ook de voortgang gemonitord en gerapporteerd.



WAAROM IS DIT NIET VERPLICHT?

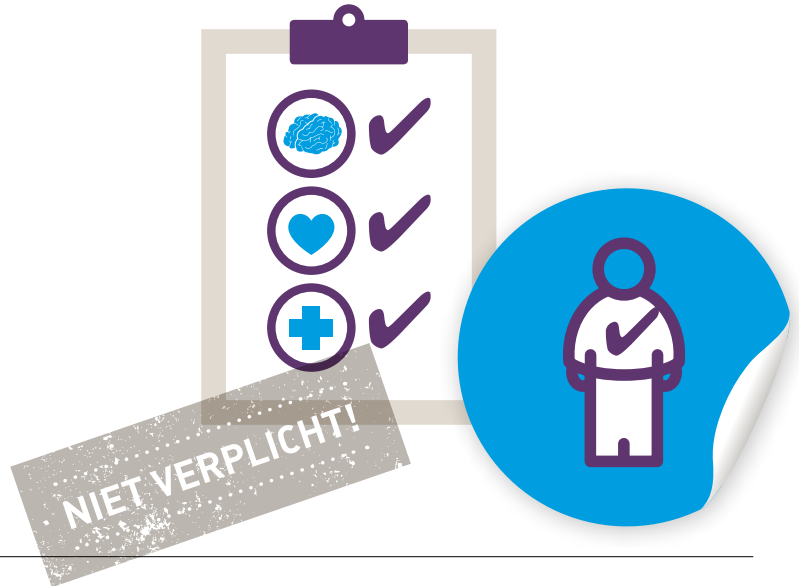
Wat zegt de werkgroep administratieve lasten hierover?

De Werkgroep Administratieve Lasten Wijkverpleging waarschuwt voor de schijnveiligheid van het aan externe partijen tonen van percentages gescreende cliënten en pleit voor meer ruimte voor de deskundigheid van verpleegkundigen en verzorgenden. In de praktijk betekent dit dat risico's voor de gezondheid en het welzijn van de cliënt opgenomen worden in het zorgplan wanneer deze aan de orde zijn en besproken worden met de cliënt als onderdeel van een zorgplanbespreking.

Wat zegt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hierover?

De IGJ volgt de oproep van de werkgroep en verlangt geen 'standaard risicosignalering', maar ziet er wel op toe dat de wijkverpleging vanuit professionaliteit risico's signaleert en bespreekt voor de cliënt in zijn omgeving.

‘Is het verplicht om standaard een arbochecklist te gebruiken?’



Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg vinden het invullen van de arbochecklist een registratielast, vooral bij kortdurende zorg. Het feit dat de arbochecklist standaard ingevuld zouden moeten worden doet geen recht aan het eigen beoordelingsvermogen van verpleegkundigen en verzorgenden. Het is ook niet verplicht om de standaard arbochecklist te gebruiken, zoals ook aangegeven op www.arbocatalogusvvt.nl. Op deze site staat het officiële toetsingskader, ook voor de arbeidsinspectie, en deze bevat de daarvoor noodzakelijke praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Toch is het niet raadzaam om de arbochecklist los te laten.

Een organisatie kan het standaard gebruik van de arbochecklist verplichten en dan moet je vanuit goed werknemerschap deze gebruiken.



HOE KAN DE REGISTRATIELAST WORDEN BEPERKT?

Gebruik de verkorte arbochecklist om snel de werkomstandigheden bij de cliënt in kaart te brengen. De Arbocatalogus VVT heeft deze verkorte versie gemaakt, van maximaal één A4-tje.



HET NUT VAN DE ARBOCHECKLIST

De arbocheck:

- zorgt voor een betere balans tussen kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn over het algemeen meer gericht op het belang van de cliënt dan op hun eigen belang (bijvoorbeeld rug gezond houden);
- maakt internationaal erkende richtlijnen concreet over bij welke fysieke belasting welk hulpmiddel gewenst is. Dit zijn de ‘Praktijkrichtlijnen’ waarop ook de arbeidsinspectie zich bij haar toezicht baseert;
- is basisvoorwaarde om zorg te kunnen weigeren in situaties waar de organisatie de arbeidsomstandigheden in het huis van de cliënt onverantwoord vindt en waar de cliënt die omstandigheden niet wil verbeteren;
- geeft duidelijkheid en meer eenduidigheid in het handelen bij de cliënt;
- zorgt ervoor dat fysieke belasting een organisatie- of teamprobleem is en niet meer het probleem van één zorgverlener;
- stimuleert bewustwording van risico’s en opbouw van kennis over gezond werken in de organisatie;
- bevordert heldere dossiervorming in conflictsituaties.

Dit overzicht is opgesteld in het kader van het programma 'Aanpak Administratieve lasten in de langdurige zorg'.

Vilans heeft dit overzicht ontwikkeld naar aanleiding van het eerder verschenen rapport 'Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg, november 2014' en de overzichten 'wettelijke verplichte registraties' in de langdurige ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Daaruit bleek dat er veel onduidelijkheid is over waar registraties vandaan komen. De dilemma's zijn aangeleverd door zorgmedewerkers die werkzaam zijn in de wijkverpleging. De juridische inhoud is opgesteld door mr. W. Wickering van de Zorg Zaken Groep.

Bij de ontwikkeling van dit overzicht zijn onderstaande partijen betrokken geweest:

- Ministerie van VWS
- Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland (V&VN)
- Branchevereniging BTN
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is geraadpleegd. Deze stelt het volgende: 'De IGJ houdt toezicht op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Op basis van deze wet is een zorgaanbieder verplicht om goede zorg te leveren. Daaronder wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De nadere invulling hiervan volgt uit normen en standaarden van veldpartijen en beroepsgroepen. Voorbeelden hiervan zijn de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' en de richtlijn 'Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving', van V&VN. De IGJ houdt toezicht op de zorg thuis via het toetsingskader 'Toezicht op de zorg thuis'. Hierin zijn de normen te vinden waaraan de IGZ de zorg thuis toetst.

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Postbus 8228
3503 RE Utrecht
Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht

t 0031 (0)30 789 23 00
f 0031 (0)30 789 25 99

info@vilans.nl
www.vilans.nl
Twitter [#VilansNL] / LinkedIn / Facebook @vilans.nl



Zorg Zaken Groep
Juristen & Adviseurs