

Een assessment op basis van het Omaha System

Visiedocument

24 november 2014

Inleiding

Vanaf 1 januari 2015 valt extramurale verpleging en verzorging niet meer onder de AWBZ, maar onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor alle beroepsbeoefenaren binnen het domein van de Zvw geldt dat het 'indiceren' van zorg een onlosmakelijk onderdeel vormt van hun professionele handelen. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten vanaf 2015 meer dan voorheen inzichtelijk maken welke zorg zij leveren, waarom zij deze zorg leveren en of de zorg ook de gewenste resultaten heeft opgeleverd (bron: Normenkader V&VN, juli 2014).

Een groeiende groep zorgaanbieders in de VVT gebruikt het Omaha System als classificatiesysteem en gecodeerde terminologie voor de dossiervoering. Het zorgleefplan en de verslaglegging vindt 'gecodeerd' plaats volgens Omaha System termen. Om de zorg uit te kunnen uitvoeren is het van belang dat, samen met cliënten, snel en effectief tot goede plannen kan worden gekomen die houvast geven gedurende het hele zorgverleningstraject.

Als tegelijkertijd bij het maken van de plannen en het opstarten van de zorg ook een eerste inzicht kan worden verschaft in de te verwachten zorgkosten dan is ook direct een alternatief gevonden voor de huidige indicatiestelling.

In deze notitie wordt weergegeven hoe bij de start en bij heroverwegingen rondom de inzet van zorg een assessment kan worden uitgevoerd op basis van het Omaha System. De notitie is het resultaat van gesprekken met diverse stakeholders en een ontwikkeltraject met meerdere zorgorganisaties.

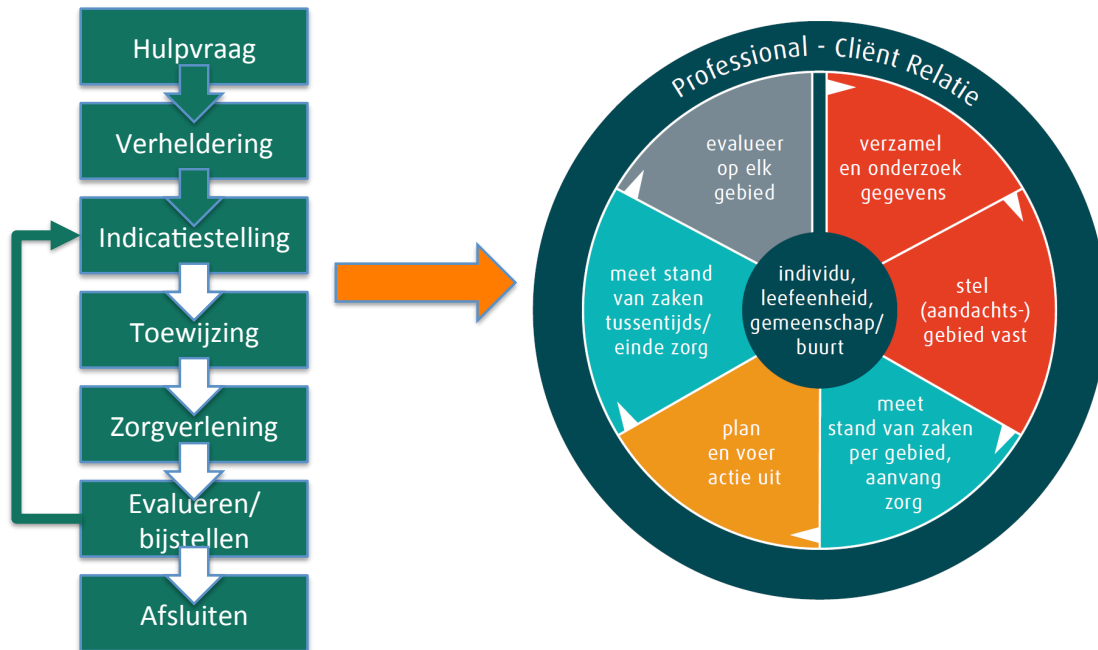
Anders denken

Van lineair naar cyclisch redeneren

Het zorgverleningsproces is in het denken, organiseren (CIZ/ZK) en automatiseren (AZR) de laatste jaren teveel beschouwd als een lineair proces (van hulpvraag tot afsluiting) waarbij een steeds zwaarder gewicht werd toegekend aan het eerste gesprek

waarin de indicatie werd gesteld. Dit lineaire proces denken doet geen recht aan de werkwijze van de wijkverpleging. De indicatiestelling is een proces dat – afhankelijk van de clientsituatie - tijd vergt.

Van lineair naar cyclisch redeneren



Wanneer we uitgaan van de cyclische benadering dan is het eerste gesprek vooral een assessment waarin een zo goed mogelijke inschatting wordt gegeven door een bevoegd en bekwame professional. Het vormt een eerste stap in het proces van indiceren.

Naar een passende functionele indeling

Toen functies werden geïntroduceerd in 'de thuiszorg' (wijkverpleging en gezinsverzorging) werden de volgende functies onderscheiden:

- Huishoudelijke Verzorging
- Persoonlijke Verzorging
- Verpleging
- Begeleiding

Veel aspecten van het wijkverpleegkundig vak komen niet tot uitdrukking in deze indeling. (Bijv. Advies, Instructie en Casemanagement). Vanuit Omaha System wordt gekozen voor de volgende soorten acties:

- Adviseren, Instrueren en Begeleiden (AIB)
- Behandelen (B)
- Case-managen (CM)
- Monitoren en Bewaken (MB)

Van interventienormen naar een professionele inschatting

Een belangrijk probleem in het huidige stelsel vormt de 'urenprikkel': Het loont om productie te draaien. Als reactie hierop is er een steeds fijnmaziger systeem ontstaan om tijd te kunnen verantwoorden en controleren. Voor 'interventie a' geldt een normtijd van 15 minuten voor 'interventie b' geldt een normtijd van 35 minuten. Door de verschillende normtijden die horen bij de geplande interventies bij elkaar op te tellen ontstaat dan een indicatie in 'tijd' die kan worden toegekend en die kan worden gecontroleerd. Deze productieprikkel wordt, naar verwachting, in 2016 gerepareerd. Voor 2015 (het transitiejaar) moet het systeem nog worden ingericht rondom 'minutenproductie'.

In onze opzet is niet gekozen voor een tijdsnormering op interventieniveau:

- er zijn teveel interventies (ruim 10.000)
- veel 'zachtere' interventies kunnen niet worden genormeerd.
- het vormt slechts een voorlopige inschatting van de benodigde zorg.
- gemiddeldes op interventieniveau staan te ver af van maatwerk.

Er is wel gekozen voor een inschatting van de benodigde tijd op cliëntniveau. Deze inschatting is een professionele inschatting van degene die het assessment uitvoert. Er liggen geen rekenregels onder met normtijden per interventie. Gedurende het transitiejaar zal dit nader worden uitgewerkt met de belangrijke stakeholders.

Naar een nieuwe werkwijze

Visie

Bij het opstarten en het (her)overwegen van de benodigde zorg willen we de professionals faciliteren door doelgericht een invulling te geven aan het zorg- leefplan. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een classificatie en gecodeerde terminologie (Omaha System) die ook in de verdere zorgverlening wordt gebruikt. Het assessment dat wordt uitgevoerd is primair vakmanschap en wordt ondersteund door een tool. De tool vervangt geen vakmanschap. We gaan er vanuit dat het assessment wordt uitgevoerd in samenspraak, overleg en gesprek met de cliënt. Vanuit een visie op zelfredzaamheid en met kennis van zaken en verpleegkundig redeneren. Sluitstuk van het assessment vormt de inschatting van de te verwachten zorgkosten. Deze inschatting wordt primair vastgesteld op basis van het professionele oordeel.

Proces en specificatie

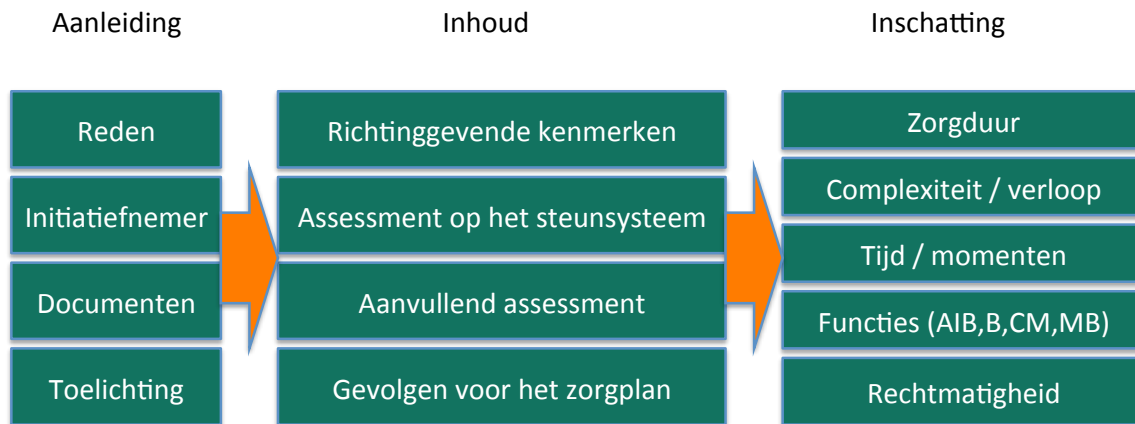
Het assessment instrument op basis van het Omaha System kent de volgende processtappen:

- Aanleiding (Waarom wordt assessment uitgevoerd?)
- Inhoud (Welke zorg is nodig?)

- Inschatting (Hoe worden de zorgkosten ingeschat?)



Globaal proces



De aanleiding

De aanleiding heeft een onderwerp (vrije tekst) en een tijd- en gebruikersstempel.

Naast een toelichting (vrije tekst) en de mogelijkheid voor het uploaden van eventuele documenten kent de aanleiding **twee** verplichte keuzes:

De reden waarom een assessment wordt opgestart:

- Er is sprake van een nieuwe cliënt
- Er is een wijziging in de zorgvraag (initiatief professional of andere stakeholder)
- Er is sprake van een periodiek assessment (bijv. halfjaarlijks bij chronische zorg)

De volgende initiatiefnemers worden onderscheiden:

- Wijkverpleegkundige (zorgprofessional)
- Overig, zorgprofessional
 - o Wanneer de initiatiefnemer een zorgprofessional is dan wordt – aan de hand van de Vektis registers – nader gespecificeerd en geïdentificeerd om welke professional het gaat.
- Overig, niet zorgprofessional

- Overige initiatiefnemers worden geïdentificeerd op basis van een 'soort' en een vrije aanduiding (vrije tekst). We onderscheiden vooralsnog de volgende soorten¹:
 - Client
 - Mantelzorg
 - Buurtbewoner
 - AMW
 - Welzijn
 - Wijkcentrum
 - Wijkagent
 - Woningbouw
 - WMO-loket
 - Medewerker gemeentelijk wijkteam (sociaal wijkteam)
 - Gezinslid
 - Ouder
 - Partner / Echtgenoot
 - Pleegouder
 - Voogd

De inhoud

De basis voor het inhoudelijke gedeelte wordt gevormd door de terminologie uit de User Guide van het Omaha System boek (ref.:) . Aan de hand van de 42 Omaha System gebieden en de bijbehorende Signalen/Symptomen wordt een assessment gedaan. Per gebied worden aanvangsmetingen op de Omaha System schaal-scores gedaan. Hiermee wordt in feite een assessment gemaakt met het maken van het zorg- leefplan.

Er kunnen vier stappen worden onderscheiden:

1. Toelichten en richting geven
2. Assessment van het steunsysteem
3. Assessment op de overige gebieden
4. Keuzes voor het zorg- leefplan

Ad 1. Toelichten en richting geven

Via een toelichting (vrije tekst) kan de situatie van het cliëntsysteem globaal worden gedeut.

Naast de vrije toelichting kan gekozen worden voor richtinggevende kenmerken. De basis daarvoor vormt *Appendix C* uit het Omaha System boek.

Wanneer bijv. 'Cirrose / Leveraandoening' als medisch kenmerk wordt meegegeven dan leidt dit tot de volgende voorgesorteerde aandachtsgebieden:

- Fysiologisch domein:
 - Pijn
 - Huid
 - Circulatie
 - Spijsvertering-vochthuishouding
- Gezondheidsgerelateerd gedragsdomein
 - Voeding
 - Gebruik van verslavende middelen

¹ Deze lijst is gebaseerd op de gegevenshuishouding in Zichtbare Schakel projecten

- Medicatieregime

Ook kunnen Richtinggevende kenmerken worden uitgebreid met bijbehorende interventies. In de Omaha System literatuur wordt dan gesproken over *Careplans* of *Pathways*. Op dit moment zijn er in Nederland door zorgorganisaties *Pathways* gemaakt op basis van Omaha System termen. Voorbeelden zijn Richtlijnen voor Dementie, Herstelzorg na OK, Diabetes, Zorg in de stervensfase en Stomazorg. In samenwerking met de Stichting Omaha System Support zullen Richtlijnen op basis van Omaha System termen nader worden uitgewerkt.

Ad 2. Assessment van het steunsysteem

Het assessment kan betrekking hebben op de 42 aandachtsgebieden uit het Omaha System die – al dan niet – worden voorgesorteerd vanuit kenmerken (Appendix C) of Richtlijnen. Daarnaast kan wordt de assessment gedaan op het steunsysteem.

Het betreft de volgende vijf aandachtsgebieden die sterk van invloed kunnen zijn op een goed functionerend steunsysteem:

- Communicatie met maatschappelijke voorzieningen
- Inkomen
- Interpersoonlijke relaties
- Mantelzorg / Zorg voor kind, huisgenoot
- Sociaal contact

Elk gebied wordt als eerste getypeerd:

- Er is een actueel probleem / aandachtsgebied
- Er is een potentieel probleem / aandachtsgebied
- Er is sprake van gezondheidsbevordering op dit gebied

Kant het gebied niet worden getypeerd dan is er sprake van de volgende twee mogelijke situaties:

- Geen aandachtsgebied / (nog) geen actie nodig
- (Nog) niet bekend

Wanneer er sprake is van een actueel probleem dan worden de bijbehorende signalen vastgelegd en worden de Omaha System schaalscores gebruikt: Status (5-puntsschaal), Kennis (5-puntsschaal) en Gedrag (5-puntsschaal). Het betreft hier alleen een aanvangsscore die wordt 'meegenomen' naar het zorg- leefplan.

Voor elk van de gebieden dient te worden aangegeven wat het bereik is:

- individu
- leefeenheid
- gemeenschap

Ad 3. Assessment op de overige aandachtsgebieden

Na het assessment op het steunsysteem kunnen, afhankelijk van het professionele inzicht, de overige gebieden nader worden gescreend. De werkwijze is hetzelfde:

- Typering van het aandachtsgebied
- Eventueel relevante signalen
- Aangeven van het bereik
- Aanvangsscores op Status, Kennis en Gedrag

Ad 4. Keuzes voor het zorg- leefplan

Tenslotte wordt voor elk van de gebieden die in overweging zijn genomen vastgelegd of er opvolging plaatsvindt. De volgende keuzes kunnen daarbij worden gemaakt:

1. Geen vervolgacties
2. Opnemen in het zorgplan
3. Doorverwijzen
4. Zelfzorg

Als een assessment op een gebied leidt tot een vervolg (2 t/m 4) dan kunnen meerdere keuzes relevant zijn.

De inschatting

Na het inhoudelijke onderzoek wordt een inschatting gegeven van de benodigde zorgcapaciteit. Daarbij wordt een inschatting afgegeven op een aantal parameters.

Als eerste wordt een inschatting gegeven over de zorgduur:

- tot 3 maanden
- 3 – 6 maanden
- meer dan 6 maanden
- onbekend

Vervolgens wordt, indien mogelijk, een inschatting gegeven van het verloop van de zorg gedurende de periode:

- Een toenemende zorgvraag
- Een afnemende zorgvraag
- Stabiele zorgvraag
- Onbekend

Als derde wordt aandacht besteed aan de complexiteit. Op dit moment is er onder de bevrageden nog geen eensluitend en praktisch werkbare standaard afgesproken. Dit onderdeel zal gedurende het transitiejaar verder worden uitgewerkt. Vooralsnog wordt de complexiteit beschreven in vrije tekst.

Tevens wordt het soort acties aangeduid (meerkeuze in de nieuwe functies):

- Adviseren, Instrueren en Begeleiden (AIB)
- Behandelen (B)
- Case-managen (CM)
- Monitoren en Bewaken (MB)

Tenslotte wordt ingeschat om hoeveel zorgmomenten en zorgtijd het naar verwachting gaat.

- Aantal zorgmomenten per week
- Benodigde tijd per week

De rechtmatigheid

In 2015 zal er nog veel onduidelijk zijn over de rechtmatigheidstoets. In essentie is het van belang dat een bevoegd professional indiceert dan wel de zorg opstart. Daarnaast is het van belang dat, voor zover mogelijk, wordt getoetst of de cliënt geen andere indicaties heeft (WLZ, WMO).

Implementatie en doorontwikkeling

Het assessment

We hebben nadrukkelijk gekozen voor een instrumentarium ter ondersteuning van een assessment. Er wordt een inschatting gegeven van de benodigde zorg maar ook niet meer dan dat. De echte bron is en blijft het zorg- leefplan. Het instrument zoals dat in deze notitie is beschreven moet niet het zorg- leefplan gaan vervangen. Het helpt bij het maken van het plan en geeft een eerste richting aan het indiceren.

De status van het instrumentarium

De visie op het assessment en de uitwerking daarvan staan in principe los van het Omaha System. Het instrumentarium is een handreiking om in het transitiejaar een werkwijze te realiseren die logisch aansluit bij het verdere zorgverleningsproces en die kan uitgroeien tot een gestandaardiseerde werkwijze.

Gedurende 2015 zal het een en ander verder worden uitgewerkt in overleg met stakeholders.

Het instrumentarium is software onafhankelijk

Het instrumentarium is software onafhankelijk. Met andere woorden: elke software leverancier die 'opgaat' voor certificering voor het Omaha System kan gebruik maken van de inzichten zoals die in deze notitie zijn beschreven.

Hoe verder?

Een aantal zorgaanbieders heeft gekozen voor het vormgeven van het assessment zoals dat in deze notitie is beschreven. (zie website voor een actueel overzicht). Daartoe richten zij hun eigen processen in.

Deze organisaties trekken, in het transitiejaar 2015, samen verder op bij de doorontwikkeling van het instrumentarium. Daartoe zullen gesprekken worden gevoerd met de diverse stakeholders.