

A. Algemeen

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is van toepassing op papieren en elektronische dossiers. Verpleegkundigen en verzorgenden worden aangeduid met 'zorgprofessionals'.

B. Doel van verslaglegging

Verslaglegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg. Doel is:

- waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en van een goede samenwerking
- kunnen reconstrueren van een gang van zaken
- voorkomen van fouten
- honoreren van de rechten van de cliënt
- afleggen van verantwoording over het handelen

C. De onderdelen van de verslaglegging

Goede verslaglegging bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Gegevensverzameling / anamnese

Is van belang voor het vaststellen en beschrijven van ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses.

2. Ondersteuningsvragen / zorgproblemen / verpleegkundige diagnoses

Is van belang voor het zorgplan en de planning van de zorg.

Beschrijf een zorgprobleem bij voorkeur met behulp van de PES-structuur. Formuleer verpleegkundige diagnoses met behulp van een gangbare classificatie.

3. Zorgplan

Is van belang voor de te verlenen zorg.

Het bevat in ieder geval:

- ondersteuningsvragen, zorgproblemen en/of verpleegkundige diagnoses;
- gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines
- interventies en andere handelingen
- beoogde resultaten/doelen
- de termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn
- hoe nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is
- wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert.

4. Voortgangsrapportages

Zijn van belang voor het bijsturen van de zorg en de continuïteit in de zorgverlening.

Besteed in ieder geval aandacht aan:

- de 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.

5. Evaluaties

Zijn van belang voor het beoordelen van de zorgverlening en de resultaten en voor bijstelling van het zorgplan.

De frequentie van de evaluaties hangt af van de context. Evalueer in de langdurige zorg het zorgplan tenminste twee maal per jaar.

6. Overdracht

Is van belang voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Houd rekening met de kennis en kunde van de ontvanger.

Besteed in ieder geval aandacht aan:

- de verleende zorg
- aan wie, door wie en per wanneer de zorg wordt overgedragen
- de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
- de beoogde resultaten/doelen
- de redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
- de redenen voor de voortzetting van de zorg
- met de cliënt gemaakte afspraken
- bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen.

Stel de onderdelen van de verslaglegging in principe op in overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger. (Zie de richtlijn voor de vraag wie de cliënt kan vertegenwoordigen.)

D. De verslaglegging zelf**1. Te noteren gegevens**

- Noteer in het dossier alle gegevens over de cliënt die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening.
- Aanknopingspunten hiervoor zijn de doelen en de onderdelen van de verslaglegging.
- Afhankelijk van de context moeten specifieke gegevens genoteerd worden. (Zie bijlage 1 bij de richtlijn.)

2. Wijze van noteren

- Noteer zorgvuldig, juist, controleerbaar, systematisch, volledig, begrijpelijk, leesbaar.
- Voorkom verschillende interpretaties en vermijd onbekende begrippen, afkortingen en jargon.
- Wees objectief: geef het aan als sprake is van een interpretatie; onderbouw oordelen; voorkom persoonlijke vooringenomenheid.
- Zorg voor herleidbaarheid: zet bij genoteerde gegevens een naam of een op de persoon herleidbare paraaf of code, een datum en zo nodig een tijds aanduiding.

3. Gegevens die niet in het dossier horen

- gegevens die niet van belang zijn voor een goede zorgverlening
- persoonlijke werkaantekeningen: geheugensteuntjes, indrukken, vermoedens of vragen. Als persoonlijke werkaantekeningen van belang zijn voor de zorgverlening moeten ze wel opgenomen worden in het dossier.
- MIP- en FONA-meldingen
- keuringsgegevens
- correspondentie over schadeclaims en klachten.

E. Classificaties en eenduidig taalgebruik

De expertgroep beveelt aan gebruik te maken van gangbare classificatiesystemen en begrippenkaders zoals de ICF, de gezondheidspatronen van Gordon, de NANDA, de NIC en de NOC.

F. Rechten en plichten**Rechten van de cliënt**

Een cliënt heeft recht op:

1. Inzage en afschrift van het dossier

Dit mag alleen geweigerd worden als dat noodzakelijk is voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. Aanwezigheid van een zorgprofessional bij de inzage is niet verplicht.

2. Toevoegen van een eigen verklaring aan het dossier**3. Vastleggen van toestemming van de cliënt**

Op verzoek van de cliënt moet een zorgprofessional vastleggen voor welke *ingrijpende* handelingen de cliënt toestemming heeft gegeven.

4. Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming

Een cliënt kan verzoeken gegevens te vernietigen, aan te vullen, te verbeteren of af te scherpen. Een hulpverlener moet dit in principe honoreren.

5. Geheimhouding

Een zorgprofessional moet aan de cliënt of diens vertegenwoordiger toestemming vragen als zij aan anderen informatie wil geven over de cliënt of inzage in diens dossier of een kopie daarvan. Ze mag de informatie, inzage of een kopie niet verstrekken als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor geschaad wordt.

Toestemming is niet vereist als het gaat om:

- Rechtstreeks betrokkenen bij de behandeling en de vervanger van de hulpverlener. De zorgprofessional moet het verstrekken van gegevens of het geven van inzage en een afschrift wel beperken tot de gegevens die de rechtstreeks betrokkene of vervanger nodig heeft voor zijn aandeel in de behandeling of zorgverlening.
- Ketenzorg. Bij het verstrekken van gegevens in het kader van ketenzorg aan een opvolgende zorgverlener mag een zorgprofessional er onder bepaalde voorwaarden vanuit gaan dat de cliënt hier mee instemt.
- Vertegenwoordiger van de cliënt.
- Conflict van plichten.

6. Informatie over gegevensverwerking

Zorginstellingen en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals moeten voor de geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens toestemming vragen aan de cliënt. Een cliënt heeft recht op informatie over de gegevensverwerking.

7. Informatie over cliëntenrechten

Zorgprofessionals dienen de cliënt te informeren over zijn rechten met betrekking tot het dossier en de omgang met zijn gegevens.

Plichten van de hulpverlener**1. Dossierplicht**

Zorginstellingen en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals die geen gebruik kunnen maken van instellingsdossiers moeten voor iedere cliënt een eigen dossier aanleggen.

Een zorgprofessional in de AWBZ-sector is verplicht om het zorgplan in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger op te stellen en te evalueren en de cliënt daarbij zo nodig ondersteuning aan te bieden. De cliënt of zijn vertegenwoordiger moet met het zorgplan instemmen.

2. Bewaarplicht en bewaartermijnen

Het dossier, inclusief de door verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegde gegevens, moet minimaal 15 jaar bewaard worden. Een samenvatting maken is toegestaan mits de onderliggende informatie gedurende de bewaartermijn bewaard wordt.

Regels zorginstelling

Houd bij het in praktijk brengen van de rechten en plichten rekening met de regels van de zorginstelling.