

Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	5
Samenstelling stuurgroep en expertgroep	8
Voorwoord	9
Hoofdstuk 1 Inleiding	11
1.1 Begrippen	11
1.2 Aanleiding.....	11
1.3 Totstandkoming	11
1.4 Doelgroep en zorgsectoren.....	12
1.5 Doel en inhoud.....	12
1.6 Verspreiding en implementatie.....	12
1.7 Eigenaarschap en herziening.....	12
1.8 Juridische status van de richtlijn.....	12
Hoofdstuk 2 De verpleegkundige en verzorgende verslaglegging	15
2.1 Doel van verslaglegging.....	15
2.2 Uitgangspunten.....	15
2.3 De onderdelen van de verslaglegging	16
2.3.1 Gegevensverzameling	16
2.3.2 Ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses	16
2.3.3 Zorgplan	17
2.3.4 Voortgangsrapportages	17
2.3.5 Evaluaties.....	18
2.3.6 Overdracht	18
2.4 De verslaglegging	18
2.4.1 Te noteren en op te nemen gegevens	18
2.4.2. Gegevens die niet in het dossier horen.....	19
2.4.3 Wijze van noteren.....	19
2.4.4 Verslaglegging in het EPD.....	19
2.5 Classificaties en eenduidig taalgebruik	19
Hoofdstuk 3 Rechten en plichten	21
3.1 Rechten cliënt.....	21
3.1.1 Inzage en afschrift.....	21
3.1.2 Toevoegen verklaring patiënt	21
3.1.3 Vastleggen toestemming patiënt	21
3.1.4 Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming.....	21
3.1.5 Geheimhouding	22
3.1.6 Informatie over verwerking persoonsgegevens.....	23
3.1.7 Informeren cliënt.....	23
3.2 Plichten hulpverlener	24
3.2.1 Dossierplicht.....	24

3.2.2 Bewaarplicht en bewaartermijnen.....	24
3.2.3 Verwerking van persoonsgegevens.....	25
3.2.4 Bewaarplaats dossier	25
3.3 Regels zorginstelling.....	25
Hoofdstuk 4 verantwoordelijkheden	27
4.1 Verantwoordelijkheden zorginstellingen	27
4.2 Verantwoordelijkheden zorgprofessionals.....	27
Afkortingen	29
Documentatie	31
Bijlage 1 Te noteren gegevens op grond van landelijke regels en afspraken.....	35
Bijlage 2 Juridische status van de normen en regels.....	43

SAMENVATTING

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 of 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: geeft 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 tijdsaanduiding.

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 schermen. 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.

SAMENSTELLING STUURGROEP EN EXPERTGROEP

Stuurgroep

Mw. prof. dr. A.L.(Anneke) Francke, RN (voorzitter), programmaleider Verpleging & Verzorging NIVEL en bijzonder hoogleraar VUMC
Drs. A. (Aart) Eliens, docent specialist MANP Hogeschool Inholland, coördinator buitenschools leren HBOV Amsterdam Alkmaar, Hogeschool Inholland
Mw. T.I. (Tini) Bakker, Bedrijfsmanager Orthopedie/Reumatologie Amphia Ziekenhuis - namens NU91
Mw. C. (Christina) Woudhuizen, coördinator verzorging V&VN

Expertgroep

Drs. A. (Aart) Eliens, docent specialist MANP Hogeschool Inholland, coördinator buitenschools leren HBOV Amsterdam Alkmaar, Hogeschool Inholland, voorzitter
Mw. E. (Emmy) van den Berg, Ambulant psychiatrische verpleegkundige, GGZ Noord Holland-Noord - namens NU91 (tot 1 september 2010)
Mw. drs. J.C.M. (Miek) van den Boogaard, verpleegkundige en interimmanager, adviesbureau Cheops - op persoonlijke titel
Mw. I.M.C. (Irene) van den Heuvel, verpleegkundige, Verpleeghuis Zevenaar en UMC St. Radboud - op persoonlijke titel
Mw. S.Y. (Sylvia) Hoekstra, MScN, docent en onderzoeker, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) - namens V&VN
Mw. C.J. (Carina) Hofman-Bakker, ziekenverzorgende, St Voorzieningen Ouderen Noord-Nederland - namens Sting (tot 22 oktober 2010)
S. (Sietze) Ketelaar, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, projectleider methodisch deelplan EPD, GGZ Friesland - namens V&VN (tot 12 oktober 2010)
Mw. J. (Janny) Kuperus MSc, beleidsmedewerker Stichting voor Regionale zorgverlening - namens NU91
Mw. E. (Els) Masseurs-Samsom, IC-verpleegkundige, AMC - namens NU91
H. (Hans) Springer, teammanager MANP en MPA, Hogeschool INHolland - namens V&VN
Mw. E. (Emanuëlle) Overeem-Dees, seniorverpleegkundige cardiologie, Tergooiziekenhuizen - op persoonlijke titel
Mw. R. (Renee) Verwey, MSc, seniordocent verpleegkunde Hogeschool Zuyd en promovenda Maastricht University - namens V&VN
Mw. I. (Ina) Voskuil, Eerst Verantwoordelijk Verzorgende, Driezorg locatie de "Venus" - op persoonlijke titel

Met ondersteuning van

Mw. drs. E. (Else) Poot (projectleider), senior adviseur – Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), tot december 2011
Mw. mr. A.M. (Rian) Buijse (auteur), adviseur – Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), tot december 2011
Dr. T. (Ton) Kuijpers, senior adviseur, CBO, vanaf juni 2011

VOORWOORD

Voor u ligt de nieuwe richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Deze richtlijn is een geactualiseerde versie van de Herziening Consensus Verpleegkundige Verslaglegging die in 1999 uitgebracht werd door de toenmalige Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad van het CBO. De consensusrichtlijn bevatte algemene voorwaarden voor de verpleegkundige verslaglegging en voorwaarden voor specifieke onderdelen van die verslaglegging. Het verpleegkundig proces stond hierbij centraal.

De nieuwe richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is, zoals blijkt uit de naam, gericht op verpleegkundigen én verzorgenden. Hij biedt verpleegkundigen en verzorgenden houvast bij het in praktijk brengen van hun beroepsinhoudelijke en juridische verantwoordelijkheid voor een goede verslaglegging en een juiste omgang met het dossier, met als uiteindelijk doel een kwalitatief hoogwaardige zorgverlening.

De richtlijn bevat de actuele normen en voorwaarden die van belang zijn voor de verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden. De normen uit de consensus richtlijn uit 1999 zijn voor een groot deel in de nieuwe richtlijn verwerkt en aangevuld met actuele inzichten en met aspecten die voor de verzorgende praktijk van belang zijn. De richtlijn besteedt verder aandacht aan de gegevens die verpleegkundigen en verzorgenden in het dossier dienen te noteren en gaat in op mogelijke consequenties van het gebruik van elektronische dossiers, daar waar een duidelijk verschil is met het hanteren van een papieren dossier. Tenslotte worden, uitgebreider dan in de oude richtlijn, de plichten van zorgverleners en de rechten van de cliënt met betrekking tot het dossier beschreven.

De richtlijn is na een consultatieronde in het veld in september 2011 vastgesteld door de Expertgroep richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden verslaglegging.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Begrippen

Hieronder wordt aangegeven wat met een aantal in deze richtlijn gebruikte begrippen bedoeld wordt.

- *Cliënt*: overkoepelende term voor patiënten, cliënten, zorgvragers, hulpvragers, bewoners etc. Hieronder valt ook de vertegenwoordiger van de cliënt.
- *Dossier*: het middel of het systeem waarin gegevens over de cliënt vastgelegd zijn. Dit kan zowel een papieren als een elektronisch systeem zijn.
- *Verslaglegging*: het proces van het vastleggen van gegevens en het resultaat van dat proces: de vastgelegde gegevens.
- *Zorgplan*: overkoepelende term voor onder andere het verpleegplan, zorgleefplan en behandelplan.
- *Zorgprobleem*: overkoepelende term; betreft ook verpleegproblemen.
- *Zorgprofessional*: verpleegkundigen en verzorgenden
- Het voorvoegsel 'verpleeg' in bijvoorbeeld 'verpleegplan' of het bijvoeglijk naamwoord 'verpleegkundig' in bijvoorbeeld 'verpleegkundig proces' is waar mogelijk vervangen door 'zorg'.

1.2 Aanleiding

Een adequate verslaglegging en een juiste omgang met het dossier is een belangrijke voorwaarde voor het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg, voor de communicatie over en de coördinatie van die zorg, en voor het waarborgen van de continuïteit in de zorgverlening.

In de tien jaar na het verschijnen van de Herziening Consensus Verpleegkundige Verslaglegging is de complexiteit van de zorg toegenomen, er zijn nieuwe specialisaties en professionals bijgekomen, het belang van een goede coördinatie van de zorgverlening in met name de ketenzorg wordt steeds meer benadrukt, cliënten zijn kritischer en er wordt een groter beroep gedaan op het zelfmanagement van cliënten. Daarnaast hebben de ontwikkelingen in de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep evenmin stilgestaan. Een en ander leidde tot een nog grotere nadruk op het belang van een adequate verslaglegging en tot nieuwe eisen en voorwaarden in wet- en regelgeving, IGZ rapporten en landelijke afspraken, richtlijnen, handreikingen etc. van zorgkoepels en branche- en beroepsorganisaties. Dit alles was aanleiding om de consensusrichtlijn te actualiseren. De verpleegkundige en verzorgende beroepsorganisaties hebben daarbij gekozen voor een richtlijn die zowel voor verpleegkundigen als voor verzorgenden geldt.

1.3 Totstandkoming

Ten behoeve van de totstandkoming van de nieuwe richtlijn is een stuurgroep ingesteld bestaande uit vertegenwoordigers van V&VN, NU91 en het toenmalige Sting. Daarnaast is een expertgroep gevormd van verpleegkundigen en verzorgenden waaronder vertegenwoordigers van V&VN, NU91 en Sting. In de expertgroep waren vrijwel alle zorgsectoren vertegenwoordigd.

Om inzicht te krijgen in de huidige eisen en voorwaarden heeft het (toenmalige) LEVV een literatuuronderzoek uitgevoerd naar normen en regels waaraan de verslaglegging en het

omgaan met het patiëntdossier zou moeten voldoen. Het literatuuronderzoek vormde met de input van de expertgroepleden de basis voor de inhoud van de richtlijn.

De expertgroep heeft in drie bijeenkomsten een conceptrichtlijn vastgesteld. Deze is vervolgens op bruikbaarheid getoetst. De richtlijn werd positief geëvalueerd, naar aanleiding van de binnengekomen opmerkingen werd het document op onderdelen aangepast of aangevuld. De expertgroep heeft vervolgens in september de definitieve richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging vastgesteld.

1.4 Doelgroep en zorgsectoren

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden. Hieronder vallen ook alle specialisaties binnen deze beroepsgroepen en de Verpleegkundig Specialist ex artikel 14 Wet BIG. Waar nodig en zinvol maakt de richtlijn onderscheid tussen zorgsectoren en tussen normen die alleen van toepassing zijn op een van beide beroepsgroepen of een categorie daarbinnen.

1.5 Doel en inhoud

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging biedt verpleegkundigen en verzorgenden houvast bij het in praktijk brengen van hun beroepsinhoudelijke en juridische verantwoordelijkheid voor een goede verslaglegging en een juiste omgang met het dossier met als uiteindelijk doel een effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening. De richtlijn bevat normen en voorwaarden die van belang zijn voor een adequate verslaglegging en een verantwoorde omgang met het dossier door zorgprofessionals. Zo nodig wordt verwezen naar een bijlage of naar elders beschreven eisen.

1.6 Verspreiding en implementatie

De richtlijn kan worden gedownload via www.venvn.nl, www.nu91-leden.nl en www.cbo.nl. Van beroepsorganisaties en zorgprofessionals wordt verwacht dat zij de verspreiding, de implementatie en het gebruik van de richtlijn stimuleren en ondersteunen en dat zij activiteiten ontplooiën waarmee bereikt wordt dat cliëntendossiers voldoen aan de eisen uit deze richtlijn.

1.7 Eigenaarschap en herziening

De richtlijn is eigendom van V&VN en NU91. V&VN zal tenminste iedere vijf jaar het initiatief nemen voor een herziening van de richtlijn.

1.8 Juridische status van de richtlijn

Een richtlijn is een document dat beroepsbeoefenaren ondersteunt bij de zorgverlening aan de cliënt. Een richtlijn biedt houvast bij het nemen van beslissingen en het leveren van goede zorg. Breed gedragen en landelijk erkende richtlijnen zoals deze richtlijn verslaglegging maken deel uit van de professionele standaard van beroepsbeoefenaren. Dit betekent dat van verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat zij deze richtlijn toepassen. Afwijken van een richtlijn is toegestaan maar dit zal altijd goed moet worden gemotiveerd en gerapporteerd. Voor een richtlijn als deze geldt dat de toepasbaarheid mede bepaald wordt door keuzes van de instelling. In die situaties is het van belang dat verpleegkundigen en

verzorgenden er naar streven zoveel mogelijk recht te doen aan de inhoud van deze richtlijn verslaglegging.

HOOFDSTUK 2 DE VERPLEEGKUNDIGE EN VERZORGENDE VERSLAGLEGGING

De verpleegkundige en verzorgende verslaglegging vormt een onderdeel van het totale papieren en/of digitale zorgdossier van de cliënt. In dit hoofdstuk komen eerst het doel van en de uitgangspunten voor de verpleegkundige en verzorgende verslaglegging aan de orde (§ 1 en 2). Vervolgens worden de verschillende onderdelen van deze verslaglegging beschreven (§3). Daarna wordt aandacht besteedt aan de vraag welke gegevens zorgprofessionals in het dossier moeten noteren en welke methoden en begrippenkaders daarbij gebruikt kunnen worden (§ 4 en 5).

2.1 Doel van verslaglegging

Verslaglegging is van belang voor het:

- vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg
- waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en een goede samenwerking en afstemming met collega's en andere disciplines
- kunnen reconstrueren van een gang van zaken
- voorkomen van fouten
- ontstaan van een scherper bewustzijn voor de risico's en consequenties van bepaalde handelingen zoals het beperken van de vrijheid van een cliënt
- honoreren van de rechten van de cliënt en zijn vertegenwoordigers
- afleggen van verantwoording over het handelen, zo nodig in een juridische procedure.

2.2 Uitgangspunten

- Zorgprofessionals leggen voor iedere cliënt een dossier aan waarin de individuele cliëntgerichte zorg vastgelegd wordt. Er worden geen verzamelmappen gebruikt waarin gegevens van meerdere cliënten vastgelegd worden. Het gebruik van schaduw dossiers moet vermeden worden.
- Het cliëntendossier is bij voorkeur een geïntegreerd dossier, dat door alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan moeten samenwerkende zorgverleners afspraken maken over de wijze waarop zij informatie uit een dossier kunnen krijgen.
- Alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt moeten zo nodig beschikken over een gezamenlijk en up-to-date zorgplan voor de cliënt.
- Van zorgprofessionals in dienstverband, die wat betreft de inrichting van het dossier doorgaans afhankelijk zijn van het beleid van de instelling, wordt verwacht dat zij binnen de door de instelling vastgestelde kaders zoveel mogelijk recht doen aan de eisen die deze richtlijn aan de verslaglegging stelt. Ook wordt van hen verwacht dat zij zo nodig activiteiten ontplooiën om te bewerkstelligen dat het in de instelling gebruikte dossier voldoet aan de eisen uit deze richtlijn. Zelfstandig gevestigde zorgprofessionals die geen gebruik kunnen maken van een instellingsdossier zijn zelf verantwoordelijk voor het aanleggen van een cliëntendossier dat recht doet aan deze richtlijn.
- Zorgprofessionals honoreren de rechten van de cliënt of diens vertegenwoordiger met betrekking tot het dossier.

2.3 De onderdelen van de verslaglegging

Zorgprofessionals horen systematisch te handelen. Dit handelen bestaat uit de volgende stappen of fasen¹:

1. verzamelen van gegevens
2. vaststellen van ondersteuningsvragen, zorgproblemen en zo mogelijk verpleegkundige diagnoses
3. opstellen van een zorgplan
4. uitvoeren van de zorg
5. evaluatie en bijstelling van de verleende zorg
6. afsluiten en zo nodig overdragen van de zorg

Het doorlopen van deze fasen moet tot uitdrukking komen in het dossier. Dit betekent dat het dossier in ieder geval de volgende onderdelen moet bevatten:

1. gegevensverzameling
2. ondersteuningsvragen, zorgproblemen en zo mogelijk verpleegkundige diagnoses
3. zorgplan
4. voortgangsrapportages
5. evaluaties
6. overdracht

Bij de invulling van deze onderdelen kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen zoals standaard zorgplannen, klinische paden en classificaties zoals de NANDA, NOC, NIC, ICF en Gordon.

Nb: Een onderdeel is niet hetzelfde als een formulier. De inrichting van een dossier en de naam en inhoud van de benodigde formulieren hangt af van de keuzes die instellingen en beroepsbeoefenaren daarin maken.

Hieronder worden de onderdelen toegelicht.

2.3.1 Gegevensverzameling

Om zorg te kunnen leveren die aansluit bij de zorgvraag van de cliënt moet de zorgprofessional gegevens verzamelen. Dit gebeurt op verschillende momenten van het zorgproces. Het verzamelen van gegevens tijdens het eerste gesprek met de cliënt wordt ook wel aangeduid met 'het afnemen van een anamnese'. Een anamnese is een systematische verzameling van gegevens over de zorgvraag van de cliënt en de relevante omstandigheden en voorgeschiedenis van de zorgvraag. De zorgprofessional verkrijgt de gegevens door het stellen van gerichte vragen aan de cliënt of zijn naasten, door informatie van andere hulpverleners en via eigen observaties.

De anamnesegegevens vormen de basis voor het vaststellen en beschrijven van ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses.

Nb: in de praktijk kan een anamnese ook gebruikt worden als een dynamisch document dat tijdens het zorgproces regelmatig geactualiseerd wordt.

2.3.2 Ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses

Ondersteuningsvragen en zorgproblemen

Ondersteuningsvragen en zorgproblemen vormen de basis voor het zorgplan en de planning van de zorg. Het zijn verschijnselen waarop zorgprofessionals zich richten. Het betreft

¹ door de verpleegkundige beroepsgroep aangeduid met 'het verpleegkundig proces' of 'het verpleegproces'

gezondheidsvragen en problemen en daarmee verbandhoudend bestaansproblemen die feitelijk optreden of die een zorgprofessional op basis van haar deskundigheid voorziet.

Zorgprobleem

Een zorgprobleem wordt bij voorkeur omschreven met behulp van de PES-structuur:

- een omschrijving van het eigenlijke probleem (P)
- de mogelijke etiologie (oorzaken) van het probleem of daaraan gerelateerde factoren (E)
- de symptomen/verschijnselen waaraan het probleem herkend wordt (S)

Verpleegkundigen die verpleegkundige diagnoses willen formuleren kunnen hiervoor gebruik maken van internationale classificaties voor diagnoses zoals bijvoorbeeld de NANDA.

2.3.3 Zorgplan

Het zorgplan vormt de basis voor de te verlenen zorg. Een zorgprofessional moet voor elke cliënt een zorgplan opstellen.

Een zorgplan wordt zo mogelijk in overleg met de cliënt opgesteld (in de AWBZ sector is dit verplicht). Het bevat de volgende 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 a. en b.

Bij handelingen gaat het om alle werkzaamheden die een zorgprofessional in het kader van haar beroepsuitoefening verricht. Bij interventies gaat het om cliëntgebonden handelingen die gekozen zijn op basis van besluitvorming door zorgprofessionals.²

- de beoogde resultaten/doelen
- de termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn
- de wijze waarop nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is (evaluatiecriteria) en wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert.

2.3.4 Voortgangsrapportages

De voortgangsrapportage is een belangrijk communicatiemiddel tussen zorgprofessionals onderling en tussen hen en andere disciplines. Opvolgende beroepsbeoefenaren moeten aan de hand van de voortgangsrapportage de zorgverlening kunnen continueren. Daarnaast is de voortgangsrapportage van belang voor het bijsturen van de zorg op grond van de actuele situatie van de patiënt.

In de voortgangsrapportage moet de zorgprofessional aandacht besteden aan:

- de vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses;
- omstandigheden of gebeurtenissen die aanleiding waren om ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses aan te passen
- interventies en handelingen die niet volgens het zorgplan uitgevoerd zijn en de reden(en) daarvoor
- interventies en handelingen die niet in het zorgplan opgenomen waren en de reden(en) daarvoor
- beoogde resultaten die bijgesteld zijn 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.

² zie Mostert en Kruijswijk Jansen 1997 p. 145

2.3.5 Evaluaties

In een evaluatie beoordeelt de zorgprofessional zo mogelijk in overleg met de cliënt de verleende zorg en stelt zij vast of de in het zorgplan beoogde resultaten behaald zijn. De evaluatie kan aanleiding zijn om het zorgplan bij te stellen.

In de AWBZ sector moet in het zorgplan opgenomen worden hoe vaak het zorgplan geëvalueerd en geactualiseerd wordt; de expertgroep beveelt aan het zorgplan in de langdurige zorg minimaal twee maal per jaar te evalueren.

Er is een onderscheid tussen een eindevaluatie en tussenevaluaties. In de voortgangsrapportage worden tussenevaluaties vastgelegd. Een eindevaluatie vindt plaats aan het eind van een zorgtraject. Een eindevaluatie kan ook een (schriftelijk) overdracht van de zorg inhouden zoals bij overplaatsing naar een andere afdeling of zorginstelling.

2.3.6 Overdracht

Een verpleegkundige of verzorgende overdracht is een schriftelijke eindevaluatie van het zorgproces. De zorgprofessional stelt de overdracht op bij overplaatsing van de cliënt naar een andere afdeling of zorgsetting, of naar thuiszorgmedewerkers en andere disciplines bij ontslag naar huis. De overdracht moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg waarborgen door dié informatie door te geven die nodig is om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten. Bij het opstellen van een schriftelijke overdracht moet een zorgprofessional rekening houden met de kennis en kunde van de ontvanger.

Met het oog op een goede overdracht wordt het dossier afgesloten met het beantwoorden van de volgende vragen:

- Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van de overdracht?
- Zijn de beoogde en vastgelegde resultaten bereikt?
- Heeft de cliënt nog zorg nodig?
- Zo ja, wat houdt die zorg in?

De overdracht wordt zo mogelijk in overleg met de cliënt opgesteld en bevat tenminste de volgende elementen:

- de verleende zorg
- aan wie de zorg wordt overgedragen
- door wie de zorg wordt overgedragen
- 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.

2.4 De verslaglegging

2.4.1 Te noteren en op te nemen gegevens

Zorgprofessionals moeten in principe zelf vast stellen welke gegevens in het cliëntendossier genoteerd en opgenomen moeten worden. De in § 2.3 beschreven onderdelen van de verslaglegging bevatten hiervoor aanknopingspunten. Voor het beantwoorden van de vraag of bepaalde gegevens wel of niet genoteerd moeten worden kunnen zorgprofessionals verder te rade gaan bij de in § 2.1 beschreven doelen van de verslaglegging. Daarnaast worden in uiteenlopende landelijke documenten gegevens genoemd die

beroepsbeoefenaren in het dossier dienen te noteren. Een zo compleet mogelijk overzicht hiervan is opgenomen in bijlage 1.

Bij het noteren en opnemen van gegevens moeten dubbele registraties voorkomen worden.

2.4.2. Gegevens die niet in het dossier horen

De volgende gegevens horen niet in het dossier (KNMG e.a. 2004, deel 3):

- gegevens die niet van belang zijn voor een goede zorgverlening
- persoonlijke werkaantekeningen.

Dit zijn tijdelijke aantekeningen: geheugensteuntjes voor de eigen gedachtevorming, indrukken, vermoedens of vragen. Maar: als persoonlijke werkaantekeningen van belang zijn of worden voor de zorgverlening, dan moeten ze opgenomen worden in het dossier.

Nb: Dossiers of formulieren met cliëntgegevens en kopieën daarvan voor persoonlijk gebruik of gebruik door het team vallen niet in de categorie 'persoonlijke werkaantekeningen' maar maken deel uit van het cliëntendossier.

- MIP en FONA meldingen
- keuringsgegevens
- correspondentie over schadeclaims en klachten.

2.4.3 Wijze van noteren

De verslaglegging moet aan de volgende criteria voldoen:

- Zorgvuldig, juist, controleerbaar, systematisch, volledig
- Bondig: de verslaglegging moet ter zake doende informatie bevatten. Hoofd- en bijzaken moeten onderscheiden worden.
- Eenduidig: de verslaglegging moet waar mogelijk voor de gebruiker bekende begrippen bevatten. Onbekende terminologie, afkortingen, jargon en woorden of zinnen die verschillend geïnterpreteerd kunnen worden moeten vermeden worden. Een zorg(leef)plan moet voor cliënten goed te lezen en te begrijpen zijn.
- Objectief: als sprake is van een interpretatie van objectieve observaties en gegevens dan moet dat aangegeven worden. Oordelen moeten deugdelijk onderbouwd zijn. In de verslaglegging mag geen persoonlijke vooringenomenheid doorklinken.
- Concreet, bijvoorbeeld door het gedrag van de cliënt te beschrijven.
- Duidelijk: het handschrift moet leesbaar zijn.
- Herleidbaar: genoteerde gegevens moeten voorzien zijn van een naam of een op de persoon herleidbare paraaf of code, van een datum en zo nodig van een tijdsaanduiding.

2.4.4 Verslaglegging in het EPD

en elektronisch patiëntendossier (EPD) is een zorginformatiesysteem waarin patiëntgegevens op lokaal of regionaal niveau elektronisch opgeslagen worden. Deze richtlijn is ook van toepassing op de verslaglegging in een EPD. Van zorgprofessionals die ook betrokken zijn bij de ontwikkeling en inrichting van een EPD wordt verwacht dat zij daarbij uitgaan van de normen en regels in deze richtlijn.

De geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens moet voldoen aan eisen die vastgelegd zijn in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp); zie § 3.2.6. Nb: de wijze waarop zorginstellingen en zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren de *beveiliging* van elektronisch opgeslagen gegevens moeten regelen is geen onderwerp van deze richtlijn.

2.5 Classificaties en eenduidig taalgebruik

Voor het ordenen (classificeren) van verpleegkundige diagnoses en gegevens in de diverse onderdelen van de verslaglegging bestaat in Nederland nog geen algemeen aanvaard

systeem. Hetzelfde geldt voor het gebruiken van eenduidige begrippen. De expertgroep beveelt aan gebruik te maken van gangbare classificatiesystemen en begrippenkaders zoals de ICF, de gezondheidspatronen van Gordon, NANDA classificaties en de NIC en NOC. Gebruik van deze classificaties kan de communicatie tussen verpleegkundigen en verzorgenden verbeteren.

HOOFDSTUK 3 RECHTEN EN PLICHTEN

In dit hoofdstuk komen de juridische normen en regels aan de orde die betrekking hebben op het dossier en de verslaglegging. De belangrijkste wettelijke regeling in dit verband is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarnaast zijn juridische normen en regels te vinden in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp), , de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ en in rechterlijke uitspraken.

In de WGBO zijn de rechten van de cliënt en een aantal plichten van de hulpverlener vastgelegd. Volgens de letter van de wet is de WGBO niet op alle zorgsituaties van toepassing. Uitgangspunt in deze richtlijn is echter dat alle zorgprofessionals de in de WGBO vastgelegde rechten van de cliënt dienen te honoreren. Daarnaast gelden voor specifieke zorgsectoren aanvullende regels.

De rechten en plichten gelden zowel voor papieren als voor (lokale en regionale) elektronische dossiers³.

3.1 Rechten cliënt

3.1.1 Inzage en afschrift

Een cliënt heeft recht op inzage in zijn dossier en op een afschrift van (onderdelen van) het dossier. De hulpverlener mag voor afschriften een redelijke vergoeding vragen. Een verzoek om inzage of afschrift mag alleen geweigerd worden als dat noodzakelijk is voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander (WGBO art. 7.456). Een zorgprofessional mag niet eisen dat zij (of een arts) aanwezig moet zijn bij de inzage. Ze mag het uiteraard wel aanbieden.

Een 'schaduw dossier' ten behoeve van persoonlijk gebruik of gebruik door het team maakt deel uit van het dossier; een cliënt heeft dus ook recht op inzage in en afschrift van een dergelijk dossier.

3.1.2 Toevoegen verklaring patiënt

Op verzoek van de patiënt moet een zorgprofessional een verklaring van de patiënt toevoegen aan het dossier (WGBO art. 7.454). Bijvoorbeeld een afwijkende of aanvullende visie van de cliënt.

Een cliënt kan ook verzoeken om gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen als ze feitelijk onjuist zijn of als ze, gelet op het doel van de gegevensverzameling, onvolledig of niet van belang zijn (Wbp art. 36).

3.1.3 Vastleggen toestemming patiënt

Een zorgprofessional is niet verplicht om de toestemming van de cliënt voor een behandeling en het uitvoeren van handelingen vast te leggen. Echter, op verzoek van de patiënt moet ze in ieder geval vastleggen voor welke ingrijpende handelingen de patiënt toestemming heeft gegeven. (WGBO art. 7.451)

3.1.4 Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming

Een cliënt kan vragen om (onderdelen van) het dossier te vernietigen. De hulpverlener moet een dergelijk verzoek binnen drie maanden honoreren tenzij aannemelijk is dat het bewaren van de gegevens van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt of vernietiging

³ Uitgebreide informatie over rechten en plichten is te vinden in het literatuuronderzoek en de daarbij opgenomen literatuurlijst.

niet toegestaan is op grond van een wettelijke regel (WGBO art. 7.455). Het vernietigen van informatie in een EPD is lastiger dan het vernietigen van papieren informatie. Het is de verantwoordelijkheid van de zorginstelling om dit goed te regelen (KNMG e.a. 2004, deel 3). In het kader van gehele of geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens kan een cliënt vragen om verbetering, aanvulling, verwijdering of afscherming van gegevens (WBP art. 36).

3.1.5 Geheimhouding

De cliënt heeft recht op geheimhouding. Dit betekent dat een zorgprofessional die aan anderen informatie over een cliënt wil verstrekken daarvoor eerst toestemming moet vragen aan de cliënt of diens vertegenwoordiger. Toestemming vragen is ook vereist als ze anderen inzage in het dossier of een afschrift van (onderdelen van) het dossier wil geven. De informatie, de inzage of een afschrift mag niet gegeven worden als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad (WGBO art. 7.457).

Uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht

Rechtstreeks betrokkenen bij de behandeling

Een zorgprofessional mag zonder toestemming van de cliënt gegevens verstrekken of inzage geven in het dossier aan degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en aan de vervanger van de hulpverlener. Als de verpleegkundige en verzorgende verslaglegging deel uit maakt van een multidisciplinair dossier moeten zorgprofessionals bij het uitwisselen van gegevens en het verlenen van inzage extra voorzichtig zijn als het privacygevoelige gegevens betreft zoals mishandeling of incest.

De zorgprofessional moet het verstrekken van gegevens of het geven van inzage beperken tot de gegevens die de rechtstreeks betrokkene of vervanger nodig heeft voor zijn aandeel in de behandeling of zorgverlening (WGBO art. 7.457). Wie rechtstreeks betrokken is bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst hangt af van de omstandigheden.⁴

Als gewerkt wordt met een EPD hoeft een zorgprofessional de gegevens die andere zorgverleners ingevoerd hebben niet bij hen op te vragen maar kan zij de gegevens rechtstreeks raadplegen. De zorgprofessional moet zich daarbij beperken tot het raadplegen van gegevens die zij nodig heeft voor zijn/haar eigen aandeel in de zorgverlening (KNMG e.a. 2004, deel 4)

Ketenzorg

Bij ketenzorg is sprake van opeenvolging van verschillende soorten zorg die diverse zorgaanbieders aanbieden aan een cliënt die lijdt aan een bepaalde aandoening. Daarbij kunnen meerdere behandelingsovereenkomsten ontstaan. Juridisch gezien zou een zorgverlener in zo'n situatie opnieuw expliciet toestemming moeten vragen aan de cliënt voor het verstrekken van gegevens. Echter: Een zorgprofessional die in het kader van ketenzorg gegevens wil of moet verstrekken aan een opvolgende zorgverlener mag er vanuit gaan dat de cliënt hier toestemming voor heeft gegeven onder de volgende voorwaarden (KNMG e.a. 2004, deel 4):

- de patiënt moet van tevoren goed zijn geïnformeerd over de reikwijdte van de keten en over de hulpverleners die over zijn gegevens moeten kunnen beschikken wanneer dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging
- het moet gaan om concrete situaties

⁴ Criteria voor het bepalen van de kring van rechtstreeks betrokkenen staan beschreven in KNMG e.a. 2004, deel 4.

- het moet voor de patiënt duidelijk zijn dat gegevens voor zorgdoeleinden worden verstrekt
- de patiënt heeft geen bezwaar gemaakt
- de gegevensverstrekking blijft beperkt tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de ontvanger.

NB: voor het verstrekken van gegevens aan een andere hulpverlener in verband met een nieuwe hulpvraag buiten de keten moet de cliënt expliciet toestemming geven.

Vertegenwoordiger

Een zorgprofessional mag informatie verstrekken en inzage geven aan degene die als vertegenwoordiger van de cliënt toestemming moet geven voor de behandeling of verzorging (WGBO art. 7.457). De volgende personen kunnen volgens de WGBO de cliënt vertegenwoordigen: 1. de curator of mentor; 2. een schriftelijk door de patiënt gemachtigde; 3. de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel; 4. een ouder, kind, broer of zus. (WGBO art. 7.465)

Wettelijke verplichting

De toestemming voor het verstrekken van gegevens is niet vereist als sprake is van een wettelijke verplichting (bijvoorbeeld op grond van de Wet Infectieziekten) om gegevens te verstrekken (WGBO art. 7.457).

Wetenschappelijk onderzoek

Onder bepaalde in de WGBO genoemde voorwaarden mag een zorgprofessional zonder toestemming van de patiënt informatie verstrekken ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid. (WGBO art. 7.458)

Conflict van plichten

Een zorgprofessional mag haar beroepsgeheim doorbreken als zij een conflict van plichten ervaart (zie KNMG e.a. 2004, deel 4).

3.1.6 Informatie over verwerking persoonsgegevens

De Wbp benoemt de rechten van degene wiens persoonsgegevens worden verwerkt. Zorgprofessionals mogen niet meer gegevens verwerken dan strikt noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze zijn verzameld (Wbp art. 7 e.v.). Een cliënt moet voor de verwerking ondubbelzinnig toestemming geven (Wbp art. 8) en hij heeft recht op informatie over de gegevensverwerking (Wbp art. 35).

3.1.7 Informeren cliënt

Zorgprofessionals moeten de cliënt informeren over zijn rechten met betrekking tot het dossier en de omgang met zijn gegevens (Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2007).

3.2 Plichten hulpverlener

3.2.1 Dossierplicht

Op grond van de WGBO moeten zorginstellingen en zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren voor iedere cliënt een dossier aanleggen. De WGBO maakt geen onderscheid tussen dossiers. De verpleegkundige of verzorgende verslaglegging maakt deel uit van het in de WGBO genoemde dossier. Dit kan een papieren of een elektronisch dossier zijn.

In het dossier moeten zorgverleners alle gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde handelingen noteren die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening (WGBO art. 7.454). De dossierplicht is in de WGBO globaal geformuleerd. Zorgprofessionals moeten in principe zelf vast stellen welke concrete gegevens genoteerd moeten worden (zie § 2.4).

In het Besluit Patiëntendossier Bopz is vastgelegd dat het dossier in Bopz instellingen een duidelijk inzicht in het ziekteverloop moet bieden. Het Bopz behandelingsplan moet zo opgesteld worden dat de opgenomen middelen (inclusief interventies) regelmatig getoetst kunnen worden aan de bereikte resultaten.

Volgens het Besluit zorgplanbespreking AWBZ moet de zorgverlener die AWBZ zorg aanbiedt zo spoedig mogelijk na de start van de zorgverlening het volgende met de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) bespreken:

- de doelen van de zorgverlening, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
- hoe de zorgaanbieder en de cliënt de doelen zullen proberen te bereiken
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is, hoe de afstemming tussen de zorgverleners geregeld is en wie de cliënt aan kan spreken op de afstemming;
- de frequentie en omstandigheden waaronder de zorgaanbieder met de cliënt de zorg gaat evalueren en acclimatiseren
- de zorgaanbieder moet de resultaten van het overleg binnen zes weken na het overleg met de cliënt in het zorgplan vastleggen. De cliënt moet zo nodig ondersteuning krijgen bij het opstellen van het zorgplan en hij moet met het zorgplan instemmen.

Nb: De IGZ heeft aanvullende normen geformuleerd voor thuiszorgdossiers (zie IGZ. 2009).

3.2.2 Bewaarplicht en bewaartermijnen

Gegevens die opgenomen zijn in het dossier moeten na opname minimaal 15 jaar bewaard worden (WGBO art. 7.454). Dit betreft ook de door verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegde gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt en de uitgevoerde handelingen.

Na afronding van een behandeling of een zorgtraject kan een samenvatting gemaakt worden waarin alle relevante informatie weergegeven wordt. De onderliggende informatie mag echter gedurende de bewaartermijn niet weggegooid worden. Een dossier kan ook geschoond worden door overtollige informatie en gegevens (zoals identieke documenten en voorlopige uitslagen als de definitieve uitslagen in het dossier zitten) te verwijderen. Als daarbij echter ook niet-overtollige informatie verloren gaat is in feite sprake van vernietiging van gegevens. Dit is gedurende de bewaartermijn niet toegestaan (KNMG e.a. 2004, deel 3).

Nb: In Bopz instellingen gelden naast deze WGBO regels aanvullende regels voor de bewaartermijn en het vernietigingsrecht. Verder is in de op de archiefwet gebaseerde 'lijst van archiefbescheiden van de academische ziekenhuizen' vastgelegd dat bepaalde documenten tot 115 jaar na de geboorte(datum) van de patiënt bewaard moeten worden vanwege het (bewijs) belang van de overheid.

3.2.3 Verwerking van persoonsgegevens

De Wbp stelt eisen aan de verwerking van persoonsgegevens. De wet is van toepassing op de geheel of gedeeltelijk geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens⁵ zoals een elektronisch dossier en op bestanden zoals een kaartenbak (een papieren patiëntendossier valt als zodanig dus niet onder de Wbp).

Degene die het doel van en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt is verantwoordelijk voor de gegevensverwerking. Doorgaans zal dat de zorginstelling zijn, maar het kan ook een zelfstandig gevestigde verpleegkundig of verzorgende zijn. De 'verantwoordelijke' moet

- bepalen wat er met de gegevens gebeurt
- vaststellen hoe het informatienetwerk en de gegevensbestanden beheerd moeten worden; dit betreft ook de wijze van dossiervoering vanaf het vastleggen van gegevens tot de vernietiging
- zorgen voor goede beveiliging en duidelijk maken wie toegang heeft tot de gegevens (KNMG 2004 deel 3 p. 26/27).

3.2.4 Bewaarplaats dossier

De expertgroep beveelt aan het dossier bij voorkeur in de buurt van de cliënt te bewaren. De zorgprofessional moet met de cliënt (of diens vertegenwoordiger) bespreken hoe voorkomen kan worden dat anderen het dossier zonder toestemming in kunnen zien.

3.3 Regels zorginstelling

Zorginstellingen hebben doorgaans regels opgesteld voor de wijze waarop zorgverleners en andere medewerkers om moeten gaan met bepaalde plichten en rechten zoals de bewaarplicht, de vergoeding voor afschriften, de gegevens verwerking, het recht op vernietiging en aanvulling, de beveiliging etc. Zorgprofessionals moeten rekening houden met deze regels.

⁵ Verwerken betreft alle handelingen met patiëntengegevens: verzamelen, vastleggen, ordenen, bewaren, bijwerken, wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, doorsturen, verspreiden, samenbrengen, met elkaar in verband brengen, afschermen, uitwissen, vernietigen.

HOOFDSTUK 4 VERANTWOORDELIJKHEDEN

4.1 Verantwoordelijkheden zorginstellingen

Zorginstellingen moeten voor iedere cliënt een dossier aanleggen. Bij de inrichting van het dossier is van belang dat zorginstellingen rekening houden met voor beroepsbeoefenaren geldende richtlijnen zoals deze richtlijn verslaglegging.

De zorginstelling moet er op toezien dat de medewerkers de rechten van de cliënt met betrekking tot zijn dossier (kunnen) honoreren. Ook moeten zij er voor zorgen dat zorgverleners de eisen en voorwaarden die gesteld worden aan de dossiervoering en de verslaglegging na (kunnen) leven. Van belang is verder dat zorginstellingen zorgen voor duidelijke procedures voor onder andere het bewaren en vernietigen van gegevens, de toegang tot en beveiliging van elektronische systemen, en voor voorlichtingsmateriaal voor cliënten.

4.2 Verantwoordelijkheden zorgprofessionals

Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij bij de zorgverlening aan de cliënt hun professionele standaard in acht nemen. Deze richtlijn maakt daar deel van uit.

AFKORTINGEN

Actiz	Organisatie van zorgondernemers
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
FONA	Fouten, ongevallen, near accidents
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSP	Landelijk schakelpunt
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIC	Nursing Intervention Classification
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NPI	Nederlands Paramedisch Instituut
NOC	Nursing Outcomes Classification
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NU91	Beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
OMS	Orde van Medisch Specialisten
Sting	Landelijke beroepsvereniging thuiszorg
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

DOCUMENTATIE

1. Verpleegkundige en verzorgende beroepsinhoud

- Albersnagel, E. en vd Brug, I. Diagnosen, resultaten en interventies. Groningen: Wolters/Noordhoff; 1997
- CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging. Utrecht: CBO; 1999.
- CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg. Een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in een multidisciplinaire omgeving. Utrecht: CBO/Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad; 2001
- Colo. Landelijke kwalificaties MBO verpleegkunde cohort 2009-2010
- Colo. Landelijke kwalificaties MBO verzorgende IG cohort 2009-2010
- Commissie kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor verpleging en verzorging. juni 1996
- Leistra E. e.a. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Maarssen/Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg/LEV; 1999
- Haterd J. et.al. Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden. Maarssen/Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg/LEV; 2000
- Mostert, H en Kruijswijk jansen, J. Methodisch verplegen. Een modelmatige benadering van de praktijk. Utrecht: De tijdstroom; 1997
- NU91 en V&VN. Nationale beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. NU91 en V&VN; 2007
- Pool A. et.al. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW; 2001
- Wilkinson, J.M. Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV; 2008

2. Medische beroepsinhoud

- KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht: KNMG; 2010
- KNMG. Brochure Arts en patiëntrechten. Utrecht: KNMG; 2004

3. Wet- en regelgeving

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). *Stb.*1994, 838
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). *Stb.* 1992, 669
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). *Stb.* 1993, 665
- Besluit Patiëntendossier Bopz. Besluit van 3 november 1993, houdende regels omtrent het beheer van de patiëntendossiers, de kennisneming van de daarin opgenomen gegevens en de daarbij bewaarde stukken en de verbetering van gegevens. *Stb.*1993,
- Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg. Besluit van 2 maart 2009, houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. *Stb.* 2009,

4. Publicaties n.a.v. wet- en regelgeving

- Berkers PHM. Patiëntenbelangen in Balans. De wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst in de verpleegkundige praktijk. Utrecht: Nieuwe Unie'91; 1997
- Die AC de, Hoorenman EM, Veen, EB van. Recht in de verpleegkundige praktijk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2000

- KNMG e.a. Van wet naar praktijk; implementatie van de WGBO. Deel 3: Dossier en Bewaartermijnen. Deel 4: Toegang tot patiëntengegevens. Utrecht: Samenwerkingsverband implementatieprogramma WGBO; 2004
- Legemaate J. redacteur. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998
- Sluijters B. redacteur. Gezondheidsrecht. Tekst & Commentaar. Deventer: Kluwer; 2008
- Veen EB van. De WGBO. De betekenis voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Koninklijke Vermande; 2002

5. Jurisprudentie

- WWW <<http://www.levv.nl/tuchtrecht/>>
- WWW <<http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/>>
- WWW <<http://tuchtrecht.overheid.nl/>>

6. Inspectie voor de Gezondheidszorg

- Frederiks BJM et al. Kwaliteitskader Campagne 'Zorg voor Vrijheid' in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en bevorderen van good practices. IGZ oktober 2007
- IGZ. Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt. Den Haag; IGZ juni 2009
- IGZ. Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg
- Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen. Den Haag; IGZ december 2008
- IGZ. Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet. Den Haag; IGZ; november 2008
- IGZ Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden. Circulaire d.d. 15 september 2008

7. Landelijke organisaties en samenwerkingsverbanden

- Actiz. Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model zorgleefplan. Actiz; 2006
- Actiz en BTN. Algemene Voorwaarden voor zorg met en zonder verblijf. Actiz en BTN; 2010
- Beleidsdocument Veilig melden, 1 februari 2004. Opstellers: KNMG, OMS, V&VN, NVZ, NFU, NPCF. Gebaseerd op Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, Roode RP de. Het melden van incidenten in de gezondheidszorg. KNMG: Utrecht; 2006
- Concept Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens, 25 april 2008. Opstellers: Actiz, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VWS en ZN.
- Frederiks BJM, Ruitenbeek TA, Zanden MCG van der. Kwaliteitskader Campagne "Zorg voor Vrijheid" in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg. Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en bevorderen van good practices. Utrecht: IGZ; 2007
- KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010. Onderschreven door KNMG, NVZ, NFU, V&VN, KNOV, KNGF, NIP, KNMP, GGZ Nederland, NPCF.

- Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Een operationalisering van de visiedocumenten 'Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis'. 2010. Opstellers: ActiZ, BTN, Verenso, V&VN, Sting, LOC, ZN, IGZ, VWS.
- LOC/Arcares. Toelichting op alle Voorbeeldovereenkomsten Zorglevering. LOC/Arcares; december 2003.
<http://www.clifa.nl/LOCTOELICHTINGOPALLEOVEREENKOMSTEN.doc>
- Nictiz. E-Overdracht in de Care, een inventarisatie. Nictiz i.s.w. met V&VN en Actiz. Den Haag; juli 2010
- Schols G. Handboek signaleringsplannen. Den Dolder: Expertisecentrum De Borg; 2005
- VGN. Toelichting aanpassingen VGN model zorg- en dienstverleningsovereenkomst en algemene voorwaarden. (a.v.w.)
http://www.vgn.org/vgn/uploaddb/download_object.asp?atoom=0&VolgNr=57
- Zweers- de Groot J, Lendemeijer HHGM, e.a. Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis. Utrecht: Arcares; 2004

BIJLAGE 1 TE NOTEREN GEGEVENS OP GROND VAN LANDELIJKE REGELS EN AFSPRAKEN

Hoofdstuk 2.4 van de richtlijn verslaglegging verwijst naar landelijke documenten waarin gegevens genoemd worden die hulpverleners in het cliëntendossier moeten opnemen. Deze bijlage bevat een zo compleet mogelijk overzicht van deze gegevens aan de hand van de volgende onderwerpen:⁶

1. Alle cliëntendossiers
2. Bopzdossier
3. Thuiszorgdossiers
4. Zorg(leef)plan
5. Signaleringsplan
6. Vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen
7. Vrijheidsbeperkende interventies en individueel zorgplan
8. Vrijheidsbeperking in verpleeg- en verzorgingshuizen
9. Separeren
10. Medicatieoverdracht en medicatieoverzicht
11. Verantwoordelijkheden
12. Informatie over incidenten
13. Informatie ten behoeve van kwaliteitskaders en prestatie-indicatoren

Nb: In de hieronder genoemde documenten wordt doorgaans niet aangegeven wie wat dient te noteren of op moet nemen in het dossier. De expertgroep beveelt aan hier binnen de eigen instelling afspraken over te maken.

1. Alle cliëntendossiers

WGBO

Hulpverleners moeten op grond van de WGBO in het cliëntendossier alle gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde handelingen noteren die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening; andere stukken die dergelijke gegevens bevatten moeten ook in het dossier opgenomen worden.

Tuchtrechter

In uitspraken van de verpleegkundige tuchtrechter worden de volgende te noteren gegevens genoemd:

- wie welke handelingen heeft verricht en wie het verslag heeft geschreven
- het verpleegkundige proces en het verloop daarvan, het doel, de reden en de frequentie van de zorgverlening, en (de uitkomsten van) observaties en metingen
- in specifieke situaties zoals triage moeten verpleegkundigen aangegeven hoeveel voorafgaande hulpvragen er geweest zijn.

Beroepscode

Op grond van de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden moeten zorgprofessionals vastleggen welke informatie is gegeven aan de zorgvrager (en/of zijn vertegenwoordiger) en welke afspraken zijn gemaakt.

⁶ Stand van zaken t/m september 2010

2. Bopzdossier

In het Bopz dossier moet de geestelijke en lichamelijke toestand van de patiënt, de toegepaste behandeling en de effecten daarvan vastgelegd worden. Concreet betreft het:

- de volgens de WGBO vereiste gegevens
- de behandeling en de voortgang per maand in de uitvoering van het behandelplan
- de medewerking van de cliënt aan de uitvoering van het behandelplan
- als geen overeenstemming is bereikt over het behandelplan de redenen daarvoor en de gedane voorstellen
- dwangbehandelingen en het toepassen van Middelen en Maatregelen en de redenen daarvoor
- andere beslissingen die op grond van de Bopz genomen zijn en de redenen daarvoor
- de opname en ontslaggegevens
- afschriften van rechterlijke beslissingen en inbewaringstellingen
- geneeskundige verklaringen
- rapporten over de ten uitvoerlegging van een opgelegde tbs maatregel.

Bron: Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en Besluit Patiëntendossier Bopz. Besluit van 3 november 1993, houdende regels omtrent het beheer van de patiëntendossiers, de kennisneming van de daarin opgenomen gegevens en de daarbij bewaarde stukken en de verbetering van gegevens.

3. Thuiszorgdossiers

In thuiszorgdossiers mogen de volgende onderdelen niet ontbreken:

- actuele medicatielijsten
- aftekenlijsten voor het uitzetten en aanreiken/toedienen van medicatie
- uitvoeringsverzoeken van de arts als voorbehouden handelingen uitgevoerd moeten worden
- voor de zorg noodzakelijke protocollen; nb: de expertgroep beveelt aan in een papieren dossier alleen protocollen op te nemen indien ze niet elektronisch oproepbaar zijn
- evaluaties.

In het thuiszorgdossier mogen de volgende gegevens niet ontbreken:

- lichamenlijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden
- de gezondheidssituatie, prognoses, gezondheidsrisico's en eventuele professionele maatregelen
- welke zorg de cliënt krijgt, met welk doel en op welk tijdstip
- het feit dat de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) ingestemd heeft met het zorg-, behandel- of leefplan.
- informatie over uitgevoerde voorbehouden handelingen
- gegevens over het medicatiebeheer van de cliënt
- de medicatietoediening met in ieder geval naam, frequentie en hoeveelheid
- dat bij de totstandkoming van het plan rekening is gehouden met wensen en behoeften van de cliënt
- dat de cliënt of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger ondersteuning is aangeboden ten behoeve van het overleg over het zorg(behandel)-leefplan.

Bron: IGZ. Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt. Den Haag; IGZ juni 2009

4. Zorg(leef)plan

Besluit zorgplanbespreking AWBZ d.d. 2 maart 2009

Te noteren gegevens

- de doelen van de zorgverlening
- de wijze waarop de doelen bereikt moeten worden
- wie waarvoor verantwoordelijk is, de afstemming tussen de zorgverleners en het aanspreekpunt voor de cliënt
- evaluatie en actualisatiemomenten.

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging & Thuiszorg 2010 (uitwerking Besluit zorgplanbespreking AWBZ)

Te noteren gegevens

- de indicatie voor de zorg, de zorgvraag, de reële zorgbehoefte en de afgesproken zorg
- het doel, de inhoud en het moment van de zorgverlening
- actuele verslaglegging van de geleverde zorg, nieuwe afspraken en eventuele wijzigingen in de zorg
- de acties, resultaten, voortgang en bijstellingen op basis van evaluatie
- afspraken met derden, zoals uitvoeringsverzoeken van artsen.

Algemene Voorwaarden voor zorg met en zonder verblijf. Actiz en BTN; 2010 (uitwerking Besluit zorgplanbespreking AWBZ)

Te noteren gegevens

- de gezondheidssituatie van de cliënt, de prognoses en de daarmee samenhangende risico's voor de gezondheid en het welzijn van de cliënt, de met de cliënt afgesproken vormen van zorg en, als er sprake is van geneeskundige handelingen, de uit te voeren verrichtingen
- welke disciplines de verschillende onderdelen van het zorgleefplan uitvoeren en op welke momenten of met welke regelmaat
- wie het vaste aanspreekpunt is voor de cliënt
- welke familieleden van de cliënt of anderen bij de zorgverlening worden betrokken of over de zorgverlening worden geïnformeerd en hoe dat plaatsvindt
- de evaluatie momenten van het zorgleefplan, de evaluatie-uitkomsten en de aanpassingen in het zorgleefplan
- de toestemming van de cliënt voor het verlenen van zorg op afstand
- de afspraken over de informatie-uitwisseling bij verlenen van zorg op afstand en de termijnen waarbinnen de informatie verschaft moet worden.

5. Signaleringsplan

In de signaleringsplannen die gebruikt worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg moeten per fase vijf vroege voortekenen van een crisis met acties beschreven worden. Bij het bepalen van de acties wordt onderscheid gemaakt tussen acties van de cliënt, acties van leden uit zijn het sociaal netwerk en acties van de groepsleider / behandelaar. Verder moet vastgelegd worden met wie de cliënt of sociaal netwerk contact kan opnemen wanneer de vroege voortekenen optreden en wanneer de evaluatie momenten zijn.

Bron: Handboek signaleringsplannen. Den Dolder: Expertisecentrum De Borg; 2005

6. Vrijheidsbeperkende interventies in het algemeen

Te noteren gegevens:

- overleg met, uitleg aan en gegeven toestemming door de cliënt
- afspraken over het beëindigen van vrijheidsbeperkende interventies in noodsituaties
- afspraken over het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in gevaarlijke situaties buiten noodsituaties

Bron: Richtlijn 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de Zorg'

Opsteller: Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad van het CBO; 2001

7. Vrijheidsbeperkende interventies en individueel zorgplan

Algemeen

Te noteren gegevens:

- het besluit
- de indicatie
- de achtergronden en de overwegingen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies
- afspraken over vrijheidsbeperking; in ieder geval:
 - multidisciplinaire besluitvorming over vrijheidsbeperking
 - afweging van alternatieven
 - alle ingezette maatregelen
 - afbouwschema.

De IGZ geeft niet aan wie de vereiste informatie in het dossier op moet nemen. Het ligt echter voor de hand dat zorgprofessionals er voor zorgen dat de betreffende informatie op- of overgenomen wordt in het verpleegkundig en verzorgend dossier.

Bron: Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet. Den Haag: IGZ; november 2008

Toepassen onrustbanden

Te noteren gegevens:

- Voordat gefixeerd wordt met een onrustband moeten alle alternatieven afgewogen zijn. De motivatie voor het toepassen van fixatie moet toetsbaar aanwezig zijn in het patiëntendossier.
- Voor elke toepassing van fixatie met onrustbanden moet een indicatie aanwezig zijn in het patiëntendossier.

Bron: IGZ Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden. Circulaire d.d. 15 september 2008

De circulaire is naar alle zorginstellingen gestuurd.

8. Vrijheidsbeperking in verpleeg- en verzorgingshuizen

Te noteren gegevens:

- de beschrijving van het gevaar of risico en het causale verband met de geestesstoornis
- de informatie en afwegingen bij de keuze van een vrijheidsbeperkende interventie
- de overwegingen en conclusies m.b.t. de inschatting van de bekwaamheid en toestemming van de cliënt en eventuele dwangbehandeling of noodsituatie
- de bekwaamheid en bevoegdheid van hulpverleners t.a.v. de toepassing van de gekozen interventie
- maandelijkse evaluatie.
- afspraken over vrijheidsbeperkende interventies
- dagelijkse rapportages over de uitvoering en de werkzaamheid van de interventie.

Bron: Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis. Utrecht: Arcare, 2004

9. Separeren

In het kader van het voorkomen van separaties vindt de IGZ het van belang dat in de verslaglegging aandacht besteedt wordt aan wat er gebeurde vóór de opname en bij binnenkomst op de afdeling, wat er bij binnenkomst werd gedaan, hoe de patiënt daarop reageerde, hoe het met de patiënt ging en welke interventies om welke reden werden toegepast.

Bron: Voorkomen van separatie van psychiatrische patiënten vereist versterking van patiëntgerichte zorg

Onderzoek naar insluiting in de separeer op de eerste dag van opname in psychiatrische opnameafdelingen van GGZ-instellingen. Den Haag; IGZ december 2008

10. Medicatieoverdracht en medicatieoverzicht

Bij elk contact met een voorschrijver van medicatie moet een actueel medicatieoverzicht beschikbaar zijn waarop het medisch handelen wordt gebaseerd. De voorschrijver -dat kan in de toekomst ook een Verpleegkundig Specialist ex art. 14 Wet BIG of een verpleegkundige zijn die behoort tot een door de minster aangewezen categorie van verpleegkundigen- moet zich ervan vergewissen dat hij tijdens een consult het meest actuele medicatieoverzicht heeft. Hij is ook verantwoordelijk voor het registreren van alle door hem geïnitieerde wijzingen in de medicatie.

Het medicatieoverzicht moet ten minste de volgende gegevens bevatten:

1. Voorgeschreven, ter hand gestelde, toegediende en gebruikte medicatie, de sterkte, dosering en de toedieningsvorm van het geneesmiddel, gebruikperiode, inclusief eventuele vermelding dat het gebruik van een
2. geneesmiddel voortijdig is gestopt.
3. Gebruik van alcohol en/of drugs (aard en duur)
4. De reden van starten/stoppen/wijzigen van medicatie en de initiator hiervan.
5. 1e voorschrijver en actuele voorschrijver.
6. De apotheken die deze geneesmiddelen hebben verstrekt.
7. Basale patiëntkenmerken: Burger Service Nummer, naam, geboortedatum, geslacht en adres van de patiënt.
8. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel co-morbiditeit.
9. Afgeleide of indien beschikbaar contra-indicatie onderdeel geneesmiddelallergie/intolerantie en ADE (ernstige bijwerkingen).
10. Op aanvraag kunnen de volgende gegevens worden verstrekt:
 - laboratoriumgegevens
 - indicatie, indien nodig om de dosering te kunnen beoordelen.

Nb: Uit deze omschrijving kan afgeleid worden dat zorgprofessional de door hen verstrekte en toegediende medicatie moeten registreren.

Bron: Richtlijn Medicatieoverdracht in de Keten

Opstellers: Actiz, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, OMS, V&VN, VWS en ZN; 2008

11. Verantwoordelijkheden

Zorgverleners moeten in de verschillende fasen van de behandeling of de zorgverlening in het dossier noteren wie optreedt als aanspreekpunt, inhoudelijk verantwoordelijke en/of zorgcoördinator.

In het zorg- of behandelplan moet het volgende beschreven worden:

- de doelen van de zorgverlening
- de wijze waarop de doelen bereikt moeten worden
- de momenten waarop de zorgverlener het zorg- of behandelplan in overleg met de cliënt actualiseert en evalueert
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk is
- hoe de zorgverlening wordt afgestemd en wie de cliënt daarop aan kan spreken.

Bron: Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Onderschreven door KNMG, NVZ, NFU, V&VN, KNOV, KNGF, NPI, KNMP, GGZ Nederland, NPCF; 2010.

Nb: De implementatie van de handreiking moet in de tweede helft van 2013 afgerond zijn.

12. Informatie over incidenten

In het kader van het melden van incidenten moeten zorgverleners (waaronder verpleegkundigen en verzorgenden) informatie over incidenten die tot schade aan de patiënt hebben geleid of nog zouden kunnen leiden op nemen in het dossier. Het gaat daarbij om alle gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de patiënt.

Bron: Beleidsdocument Veilig Melden

Ondertekend door: KNMG, OMS, V&VN, NVZ, NFU en NPCF

13. Informatie t.b.v. kwaliteitskaders en prestatie-indicatoren

Op grond van kwaliteitskaders en basissets prestatie-indicatoren moeten zorgprofessionals gegevens registreren over de verleende zorg, de gezondheidssituatie van de patiënt en andere aspecten die van belang zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het bestuur van de zorginstelling moet vaststellen welke gegevens verzameld moeten worden en waar en hoe ze geregistreerd moeten worden. Gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening aan de betreffende patiënt zullen in ieder geval ook opgenomen moeten worden in het patiëntendossier. Omgekeerd horen gegevens die hier niet onder vallen maar wel geregistreerd moeten worden ten behoeve van prestatie-indicatoren niet thuis in een patiëntendossier.

BIJLAGE 2 JURIDISCHE STATUS VAN DE NORMEN EN REGELS

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is door drie beroepsorganisaties ontwikkeld. Hij wordt met andere woorden breed gedragen en maakt daarom deel uit van de professionele standaard van verpleegkundigen en verzorgenden. Zorgprofessionals zijn volgens de WGBO verplicht om te handelen volgens deze standaard.

Bijlage 1 van de richtlijn bevat een overzicht van landelijke documenten waarin gegevens genoemd worden die hulpverleners in het cliëntendossier op dienen te nemen.

Hieronder wordt beschreven wat de juridische status (het verplichtende karakter) is van deze normen.

Wet- en regelgeving

Wettelijke normen en regels zoals de WGBO en het Besluit Zorgplanbespreking AWBZ hebben een dwingendrechtelijk karakter: beroepsbeoefenaren moeten zich hier aan houden.

Jurisprudentie

Rechterlijke uitspraken hebben betrekking op de zaak die aan de rechter voorgelegd is. Rechters formuleren echter ook normen die een bredere strekking hebben. Met name geldt dit voor de normen die de tuchtrechter formuleert. Deze normen zijn niet alleen van belang voor de aangeklaagde beroepsbeoefenaar maar voor diens hele beroepsgroep. Ze maken deel uit van de eigen professionele standaard. Van beroepsbeoefenaren wordt verwacht dat ze de tuchtnormen in praktijk brengen. De normen kunnen ook een rol spelen bij de beoordeling van nieuwe klachten.

Normen en regels IGZ

Normen en regels van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zoals de eisen die de IGZ stelt aan thuiszorgdossiers zijn –i.t.t. wet- en regelgeving- niet formeel bindend. Ze zijn echter wel van belang in het kader van de toezichthoudende functie van de IGZ. De IGZ kan maatregelen nemen als zorginstellingen en zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren de voorschriften niet naleven.

Normen en regels beroepsorganisaties

De normen, regels, codes, richtlijnen etc. van beroepsorganisaties gelden formeel gezien alleen voor de leden van de betreffende organisaties. Ze kunnen echter ook van toepassing verklaard worden op niet-leden: "Zij krijgen echter een bredere werking wanneer de regels worden opgevat als normen waaraan men in beginsel elk lid van de beroepsgroep mag houden, ongeacht de vraag of het lid is van de betreffende beroepsorganisatie. De overtreding van een norm uit een beroepscode of gedragsregel levert niet zonder meer een schending van een civiel-, straf- of tuchtrechtelijke norm op, maar kan zeer wel bijdragen tot de conclusie dat in een bepaald geval van een schending kan worden gesproken. Met name de tuchtrechter blijkt aan beroepscodes en gedragsregels betekenis te hechten zonder daarbij onderscheid te maken tussen leden en niet-leden van de beroepsorganisatie." (Legemaate 1998).

Nb: De bredere werking laat onverlet dat een beroepsbeoefenaar af mag wijken van een richtlijn (of een protocol) en er soms van af *moet* wijken; dit dient men overigens wel goed te motiveren en rapporteren.

Normen en regels landelijke organisaties en samenwerkingsverbanden.

Voor landelijke normen, richtlijnen, handreikingen, kwaliteitskaders etc. die tot stand gebracht zijn door samenwerkingsverbanden van koepels, brancheorganisaties en beroepsorganisaties in de zorg geldt eveneens dat ze gelden voor de leden, maar een bredere werking kunnen krijgen. Dat zal onder andere afhangen van het draagvlak, de totstandkoming, de inhoud en de onderbouwing. Dit laat onverlet dat een zorginstelling als werkgever kan eisen dat de medewerkers de normen en afspraken uit dergelijke documenten naleven.

