Richtlijn

Verslaglegging

Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging

April 2022

V&VN

De eigenaar van deze richtlijn is:
V&VN

Deze richtlijn is ontwikkeld door:
Hanze University of Sciences Groningen

De richtlijn is gefinancierd door:
Zon Mw

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze richtlijn mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend onder vermelding van de oorspronkelijke auteurs.

Bij vragen over de inhoud van de richtlijn kunt u een mail sturen naar: richtlijnen@venvn.nl
De richtlijn is geautoriseerd door V&VN.

Inhoudsopgave

Samenvatting 6
KERNAANBEVELINGEN 6
Inleiding 7
Aanleiding en doel 7
Aard en inhoud van deze richtlijn 7
Doelgroep 8
Populatie 8
Indicatoren, meetinstrumenten en informatiestandaarden 8
Cliëntperspectief 8
Publicatiedatum en herziening 9
Uitgangsvraag 1 10
Welke kwaliteitscriteria of eisen zijn er voor de aansluiting van de verslaglegging bij de fasen van het verpleegkundig proces? 10
Inleiding 11
Aanleiding en doel 11
Aanbevelingen 12
DOEN 12
Overwegingen 13
Cliënt en familie/mantelzorgers betrekken bij de verslaglegging (aanbeveling 1 en 2). 13
Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier (aanbeveling 3). 13
Weergave van het verpleegkundig proces in het zorgdossier 14
Verslaglegging van de indicatiestelling 19
Conclusies 20
Conclusie uit de kennis 20
Uitgangsvraag 2 21
Welke eisen of randvoorwaarden zijn er voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden? 21
Inleiding 22
Aanbevelingen 23
DOEN 23
OVERWEEG 23
DOEN 23
Overwegingen 24
Elektronisch dossier voor verslaglegging (aanbeveling 4) 24
Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch systeem voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is (aanbeveling 5) 24
Formats die passen bij setting (aanbeveling 6)) 24
Eenduidige taal door gebruik van informatiestandaarden (aanbeveling 7) 25
Toelichting op de landelijke ontwikkelingen rondom digitale verslaglegging 26

Het elektronisch zorgdossier 26
Conclusies 32
Conclusie uit de kennis 32
Samenvatting van de kennis 33
Uitgangsvraag 3 34
Hoe kan de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk worden gemaakt? 34
Inleiding 35
Aanbevelingen 36
OVERWEEG 36
Overwegingen 37
Conclusies 38
Conclusie uit de kennis 38
Samenvatting van de kennis 38
Uitgangsvraag 4 39
Wat zegt wetgeving over aspecten die relevant zijn voor verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden? 39
Inleiding 40
Conclusies 41
Samenvatting van de kennis uit juridische paragraaf 41
Wettelijke rechten cliënten 41
Wettelijke plichten van zorgorganisaties en professionals 41
Wettelijke rechten en plichten bij verslaglegging 41
Andere wetgeving van belang voor verslaglegging 43
De inhoud van het dossier 44
Zeggenschap en inzagerecht 44
Bewaartermijn dossier 45
Vernietigen van dossiers 45
Wijzigen van gegevens 46
Verslaglegging bij vrijheidsbeperkende maatregelen 46
Het elektronisch dossier en NEN-normen 46
Normen en regels van landelijke organisaties 47
Verantwoordelijkheden van het management van zorgorganisaties 48
Bijlagen 49
Bijlage 1 50
Algemene achtergrondgegevens 50
Het ontwikkeltraject, in aansluiting bij de AQUA-leidraad 50
I. VOORBEREIDINGSFASE 50
II. ONTWIKKELFASE 51
III. AFRONDINGSFASE 52
Bijlage 2 54
Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep 54

De projectgroep 54
Met medewerking van 54
De adviesgroep 54
Bijlage 3 57
Begrippenlijst en afkortingen 57
Bijlage 4 60
Autorisatie per module 60
Bijlage 5 61
Cliëntenperspectief 61
Bijlage 6 65
Knelpuntinventarisatie en analyse 65
Onderzoeksvraag en methode 65
Resultaten 65
Onvoldoende aansluiting verslaglegging bij verpleegkundig proces 65
Gebrekkige betrokkenheid cliënten 65
Beperkte gebruiksvriendelijkheid elektronische systemen 66
Geen eenduidige taal, problemen met communicatie tussen systemen 66
Weinig sturing vanuit organisaties, geen monitoring en evaluatie van de inhoud 66
Bijlage 7 67
Verantwoording per module 67
Doel en uitgangsvragen van de literatuurstudie 67
Methoden 67
Resultaten 69
Tabel III.1: Uitkomsten van de methodologische beoordeling 71
Tabel III.2: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 1: Welke kwaliteitscriteria of eisen zijn er voor de aansluiting van de verslaglegging bij de fasen van het verpleegkundig proces? 72
Tabel III.3: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 2: Welke eisen of randvoorwaarden zijn er voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden? 72
Tabel III.4: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 3: Hoe kan de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk worden gemaakt? 75
Bijlage 8 76
Juridische betekenis 76
Bijlage 9 77
Verantwoordelijkheden voor implementatie 77
Bijlage 10 78
Onderwerpen voor verder onderzoek 78
Bijlage 11 79
Literatuurlijst 79
Bijlage 12 83
Implementatie 83
Aanbevelingen 83

Samenvatting

De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging geeft aanbevelingen voor de verslaglegging in het individuele zorgdossier van de cliënt[1] en voor de overdracht. Deze richtlijn gaat ervan uit dat de overdracht onderdeel is van de verslaglegging.

KERNAANBEVELINGEN

1. Bespreek met de cliënt de verslaglegging in alle fasen van het verpleegkundig proces[2]. Bij wilsonbekwame mensen doe je dat met de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt.
- Ga na met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger of het zorgplan aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.
- Gebruik voor iedere cliënt een individueel zorgdossier.
- Betrek familieleden/mantelzorgers bij de verslaglegging. Dit impliceert dat je hen ook betrekt bij het opstellen van het zorgplan, mits dit aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.
- Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier.
- Voornoemde aanbevelingen zijn gericht op alle verpleegkundigen en verzorgenden die de zorg aan individuele cliënten documenteren in het zorgdossier.

2. Eisen of randvoorwaarden voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden.
- Kies voor een elektronisch dossier voor je verslaglegging.
- Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch dossier voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is.
- Gebruik een format[3] voor verslaglegging dat relevant is voor de context waarin je werkt.
- Gebruik eenduidige taal die uitwisselbaar is tussen organisaties en tussen professionals. Dit doe je door de beschikbare informatiestandaarden[4] te gebruiken. Bij het verschijnen van deze richtlijn is de eOverdracht de enige beschikbare informatiestandaard.

3. Evalueer en monitor de kwaliteit van de verslaglegging.
- Dit doe je door ten minste na te gaan of de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger betrokken is geweest, de verslaglegging een weergave is van alle fasen van het verpleegkundig proces, en of de eOverdracht is gebruikt.
- Deze aanbeveling is gericht op alle verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren die de verslaglegging over de individuele cliëntenzorg uitvoeren. Daarbij kan er wel gekozen worden om binnen een team, afdeling of organisatie iemand verantwoordelijk te maken voor systematische monitoring en evaluatie.

---

[1] De term cliënt wordt in deze richtlijn als overkoepelende term gebruikt voor patiënt, cliënt, zorgvrager, hulpvrager, bewoner, etc.

[2] Het verpleegkundig proces omvat de volgende fasen: verzamelen van gegevens: persoonsgegevens en zorggegevens over de gezondheidstoestand en welbevinden; opstellen van een zorgplan, waaronder de beschrijving valt van cliëntproblemen, doelen (gewenste zorgresultaten), interventies; evaluatie van bereikte zorgresultaten en eindevaluatie en eventueel opstellen nieuwe doelen (gewenste zorgresultaten).

[3] Een format is een thematische indeling voor het ordenen van gegevens. Zo'n thematische indeling kan bijvoorbeeld ontleend worden aan een ordeningssysteem, bijvoorbeeld de gezondheidspatronen van Gordon.

[4] Met een informatiestandaard wordt in dit verband bedoeld: een verzameling landelijk vastgestelde afspraken over taal en de wijze waarop gegevens vastgelegd moeten worden. Deze afspraken moeten ervoor zorgen dat informatie over de zorg voor cliënten op een eenduidige manier digitaal wordt vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen.

Inleiding

Aanleiding en doel

Het doel van deze richtlijn is verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij adequate verslaglegging. Binnen die verslaglegging staat, naast de gezondheidssituatie van de cliënt, informatie over de zorg aan de individuele cliënt[5] centraal. Een adequate verslaglegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, evalueren en overdragen van de zorg. Het doel van verslaglegging is het bevorderen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en van goede samenwerking. Ook draagt verslaglegging bij aan reconstructie en verantwoording van de verleende zorg, het voorkomen van fouten en het honoreren van de rechten van de cliënt en de directe naasten. Verslaglegging is dus geen doel op zich, maar een middel om goede zorg te kunnen verlenen.

Ook de vorige richtlijn over verpleegkundige en verzorgende verslaglegging uit 2011 had dit doel. Sindsdien is er echter veel veranderd, zoals de kijk op 'gezondheid' en 'ziek zijn'. Gezondheid wordt steeds meer gezien als een vermogen van mensen om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden (Huber, 2016). Vanuit die benadering is er veel aandacht voor het versterken van de eigen regie van mensen over hun leven en zorg. Zeker als het gaat om kwetsbare mensen, zoals mensen met een gevorderde fase van dementie of mensen in de stervensfase, zal het daarbij vaak ook gaan om het versterken van de regie van de direct betrokken naasten.
Deze ontwikkelingen hebben consequenties over hoe cliënten of de naasten die hen vertegenwoordigen, betrokken moeten zijn bij de verslaglegging. In deze nieuwe richtlijn is er daarom -bijvoorbeeld in aanbeveling 1 en 2 en in het juridische hoofdstuk (Uitgangsvraag 4)- veel aandacht voor het betrekken van de cliënt bij de verslaglegging en de naasten van de cliënt.

Een andere belangrijke aanleiding voor de herziening van de richtlijn is de opkomst van elektronische (digitale) verslaglegging. Ook bij elektronische zorgdossiers is het van belang om het verpleegkundig proces te volgen en daarbij de cliënt als uitgangspunt te nemen. De cliënt heeft echter vaak te maken met verschillende zorgsituaties en zorgorganisaties, die vaak verschillende elektronische dossiers en ook verschillende termen gebruiken. De verschillende elektronische dossiers blijken vaak niet goed met elkaar te communiceren, doordat er geen 'eenduidige taal' is. Gegevens hergebruiken voor financiële- of kwaliteitsinformatie, voor onderzoek en voor efficiënte uitwisseling tussen de professionals, is daardoor vaak nog niet mogelijk.

Op landelijk niveau worden door de beroepsvereniging V&VN, cliëntenorganisaties en andere landelijke partijen afspraken gemaakt over welke gegevens moeten worden vastgelegd in het elektronisch dossier. Het komen tot deze landelijke afspraken is een meerjarig proces (zie toelichting in de Overwegingen bij uitgangsvraag 2). Dit proces is op het moment van oplevering van deze richtlijn volop gaande. Dat betekent ook dat deze richtlijn een 'levend' document moet zijn, dat op onderdelen de komende jaren geactualiseerd moet worden.

Aard en inhoud van deze richtlijn

Deze richtlijn beschrijft aan welke kwaliteitscriteria en eisen verslaglegging van verpleegkundigen en verzorgenden moet voldoen. Ook beschrijft deze richtlijn de juridische kaders van verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.

[5] De term cliënt wordt in deze richtlijn als overkoepelende term gebruikt voor patiënt, cliënt, zorgvrager, hulpvrager, bewoner, etc.

Veel andere richtlijnen geven aanbevelingen over de inhoud van zorg, inclusief het proces van samen beslissen met de cliënt. Deze richtlijn is echter anders van aard, aangezien deze richtlijn niet gaat over de zorgverlening zelf, maar over de verslaglegging over de zorgverlening. Aan het proces van samen beslissen besteedt deze richtlijn wel aandacht, door te benadrukken dat de cliënt actief bij de verslaglegging betrokken moet worden en dat afspraken gemaakt moeten worden over hoe de cliënt en directe naasten betrokken worden bij de verslaglegging hebben (zie aanbeveling 1 en 2 in deze richtlijn).

Meer achtergrondinformatie over het ontwikkeltraject van de richtlijn zie bijlage 1. In bijlage 2 wordt nader ingegaan op de project- en adviesgroep die voor deze richtlijn zijn opgezet. In bijlage 3 is lijst met begrippen en afkortingen te vinden.

Doelgroep

Verslaglegging is een taak voor verzorgenden en verpleegkundigen van alle deskundigheidsniveaus (mbo-, hbo-, masterniveau), die dit zelfstandig horen uit te voeren.
Deze richtlijn is dus voor verpleegkundigen én verzorgenden van alle deskundigheidsniveaus bedoeld. Bij de aanbevelingen is er soms wel onderscheid tussen specifieke doelgroepen van verpleegkundigen en verzorgenden: bijvoorbeeld of de aanbeveling gericht is op uitvoerende professionals en/of om degenen die door bijvoorbeeld deelname aan een Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad of door managementfuncties invloed kunnen uitoefenen op beslissingen over dossiervoering.
Per uitgangsvraag en bijhorende aanbevelingen wordt in de volgende hoofdstukken steeds aangegeven voor welke specifieke doelgroepen van verpleegkundigen en verzorgenden deze zijn bedoeld.

Populatie

De richtlijn is van toepassing op verslaglegging over de zorg of ondersteuning bij alle cliëntengroepen in alle zorgsettingen en in alle zorgorganisaties waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn.

Indicatoren, meetinstrumenten en informatiestandaarden

In deze richtlijn zijn nog geen indicatoren of meetinstrumenten voorgeschreven om de kwaliteit van de verslaglegging te beoordelen. Dit heeft twee redenen.
Ten eerste bleek uit de in dit kader uitgevoerde systematische literatuurstudie (zie Bijlage 7), dat er nog geen bestaande indicatoren voor de kwaliteit van verpleegkundige en verzorgende verslaglegging zijn.
Ten tweede zijn er nu nog geen indicatoren en meetinstrumenten gekozen, omdat deze zullen moeten aansluiten bij de landelijke en professionele ontwikkelingen over informatiestandaarden[6] en zorginformatiebouwstenen (zie toelichting in de Overwegingen bij uitgangsvraag 2). Omdat die ontwikkelingen nog gaande zijn, zal de richtlijn de komende jaren herzien moeten worden.
Wel geeft deze richtlijn een aanbeveling over het gebruik van een inmiddels gerealiseerde informatiestandaard, namelijk de informatiestandaard eOverdracht (zie toelichting in de Overwegingen bij uitgangsvraag 2 en in de informatieparagraaf (zie Addendum) behorende bij aanbeveling 3 en 7 in deze richtlijn).

Cliëntperspectief

Een cliëntvertegenwoordiger van Zorgbelang nam deel aan de projectgroep. Bij deze richtlijnen horen samenvattingskaarten in de vorm van ‘infographics’ (informatieve illustraties). Daarbij is er

[6] Met een informatiestandaard wordt in dit verband bedoeld: een verzameling landelijk vastgestelde afspraken over taal en de wijze waarop gegevens vastgelegd moeten worden. Deze afspraken moeten ervoor zorgen dat informatie over de zorg voor cliënten op een eenduidige manier digitaal wordt vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen.

een cliëntenversie en een versie voor verpleegkundigen en verzorgenden. Meer informatie over het cliëntperspectief en de infographics zie Bijlage 5.
Downloaden van de richtlijn is mogelijk via https://www.venvn.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn-verpleegkundige-verslaglegging-en-overdracht/

Publicatiedatum en herziening

Deze richtlijn is op 24 maart 2022 geautoriseerd door V&VN

V&VN is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualisering daarvan. Andere bij deze richtlijn betrokken organisaties, zoals vertegenwoordigd in de projectgroep, delen deze verantwoordelijkheid en informeren de achterban over eventuele herzieningen.

Uiterlijk in 2027 bepaalt het bestuur van de V&VN of deze richtlijn in haar totaliteit herzien moet worden. Zo nodig wordt de richtlijn eerder herzien, als ontwikkelingen rondom bijvoorbeeld nieuwe informatiestandaarden daar aanleiding toe geven. Op het moment dat er nieuwe informatiestandaarden van kracht worden zal ook de richtlijn op dit punt herzien moeten worden. Aangezien de landelijke en professionele ontwikkelingen rondom, onder meer, het komen tot meer eenduidigheid van taal in het algemeen en informatiestandaarden in het bijzonder nog gaande zijn, is het nodig dat V&VN minimaal om de twee jaar bepaalt of actualisering op onderdelen nodig is.

Uitgangsvraag 1

Welke kwaliteitscriteria of eisen zijn er voor de aansluiting van de verslaglegging bij de fasen van het verpleegkundig proces?

April 2022

Inleiding

Uit de knelpuntenanalyse (zie Bijlage 6) bleek onder meer dat zorgdossiers vaak nog onvoldoende aansluiten bij de fasen van het verpleegkundig proces en dat verpleegkundigen en verzorgenden zich ook niet altijd competent voelen om in hun verslaglegging bij het verpleegkundig proces aan te sluiten.

Aanleiding en doel

Deze knelpunten waren aanleiding voor de formulering van uitgangsvraag 1. Deze vraag is beantwoord op basis van een combinatie van inzichten uit een systematische literatuurstudie (zie Bijlage 7) en overwegingen van de projectgroep (tevens werkgroep) en adviesgroep. In de overleggen met projectgroep en adviesgroep werden, naast inzichten uit de literatuur, ook relevante landelijke en professionele ontwikkelingen in ogenschouw genomen (zie uitgangsvraag 2 – aanbeveling 7). Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in de aanbevelingen die aansluiten bij de onderzoeksvraag.

Aanbevelingen

DOEN

1. Bespreek met de cliënt de verslaglegging in alle fasen van het verpleegkundig proces[7]. Bij wilsonbekwame mensen doe je dat met de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt.
   Ga na met de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger of het zorgplan aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Gebruik voor iedere cliënt een individueel zorgdossier.

2. Betrek familieleden/mantelzorgers bij de verslaglegging. Dit impliceert dat je hen ook betrekt bij het opstellen van het zorgplan, mits dit aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

3. Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier.

[7] Het verpleegkundig proces omvat de volgende fasen: verzamelen van gegevens: persoonsgegevens en zorggegevens over de gezondheidstoestand en welbevinden; opstellen van een zorgplan, waaronder de beschrijving valt van cliëntproblemen, doelen (gewenste zorgresultaten), interventies; evaluatie van bereikte zorgresultaten en eindevaluatie en eventueel opstellen nieuwe doelen (gewenste zorgresultaten).

Overwegingen

In deze paragraaf wordt beschreven welke overwegingen er gemaakt zijn bij het opstellen van de aanbevelingen.

Cliënt en familie/mantelzorgers betrekken bij de verslaglegging (aanbeveling 1 en 2).

De project -en adviesgroep hebben in hun overwegingen rekening gehouden met de juridische kaders, bijvoorbeeld wat betreft het recht van cliënten om inzage te hebben in hun dossier en de verplichting om een zorgplan op te stellen (zie uitgangsvraag 4). Daarnaast is er rekening mee gehouden dat in de huidige zorg veel waarde wordt gehecht aan gedeelde besluitvorming[8] en het bevorderen van eigen regie van cliënten. Mede daarom is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden de cliënt betrekken bij het opstellen van het zorgplan en in andere fasen van het verpleegkundig proces.

De project- en adviesgroep zijn daarbij van mening dat het van belang is dat verpleegkundigen en verzorgenden regelmatig nagaan of het zorgplan nog aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt en dat voor iedere cliënt een apart individueel zorgdossier wordt gebruikt.
Dit sluit ook aan bij de juridische kaders (beschreven in uitgangsvraag 4): uit de Wet langdurige zorg (Wlz) volgt dat verpleegkundigen en verzorgenden verplicht zijn om een individueel zorgplan op te stellen. Ook stelt de wet dat als de situatie dit toelaat, dit zoveel mogelijk in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger dient te gebeuren.

De aanbeveling over het betrekken van cliënten en familie/mantelzorgers bij de verslaglegging, sluit ook aan bij de huidige ontwikkeling van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO); een applicatie waarmee iedere burger in Nederland toegang gaat krijgen tot zijn of haar eigen gezondheidsomgeving. Een cliënt kan via een PGO zelf informatie toevoegen aan de informatie van de zorgverlener. Als een cliënt daar toestemming voor geeft kunnen ook familie/mantelzorgers kijken in de PGO. Door de PGO kunnen de eigen regie van de cliënt en de gezamenlijke besluitvorming bevorderd worden. (Voor meer informatie over de PGO, zie ook toelichting in de Overwegingen bij uitgangsvraag 2).

Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier (aanbeveling 3).

In de project- en adviesgroep is er consensus dat het zorgdossier altijd een weergave moet zijn van alle fasen van het verpleegkundig proces. Dat impliceert dat het elektronisch dossier ruimte moet bieden om alle fasen van het verpleegkundige proces overzichtelijk te kunnen documenteren.

Verpleegkundigen en verzorgenden verzamelen in de eerste fase van het verpleegkundig proces gegevens over vragen en problemen van een cliënt en diens naasten, in relatie tot gezondheid en ziekte.
Daarnaast zetten zij interventies in en werken zij toe naar zorgresultaten die zijn afgestemd met de cliënt. In het zorgdossier kunnen verpleegkundigen en verzorgenden deze gegevens vastleggen in een anamnese en een zorgplan. Het verpleegkundig proces en de documentatie ervan wordt gezien als een continu proces van gegevens verzamelen (anamnese), het vaststellen van een zorgplan en de evaluatie van de voortgang.

---

[8] Gedeelde besluitvorming *(shared decision making)* is met name noodzakelijk wanneer er meerdere opties bij behandelingen of zorginterventies zijn (waarbij ook de optie “niet behandelen of interveniëren” kan spelen).

Overwegingen

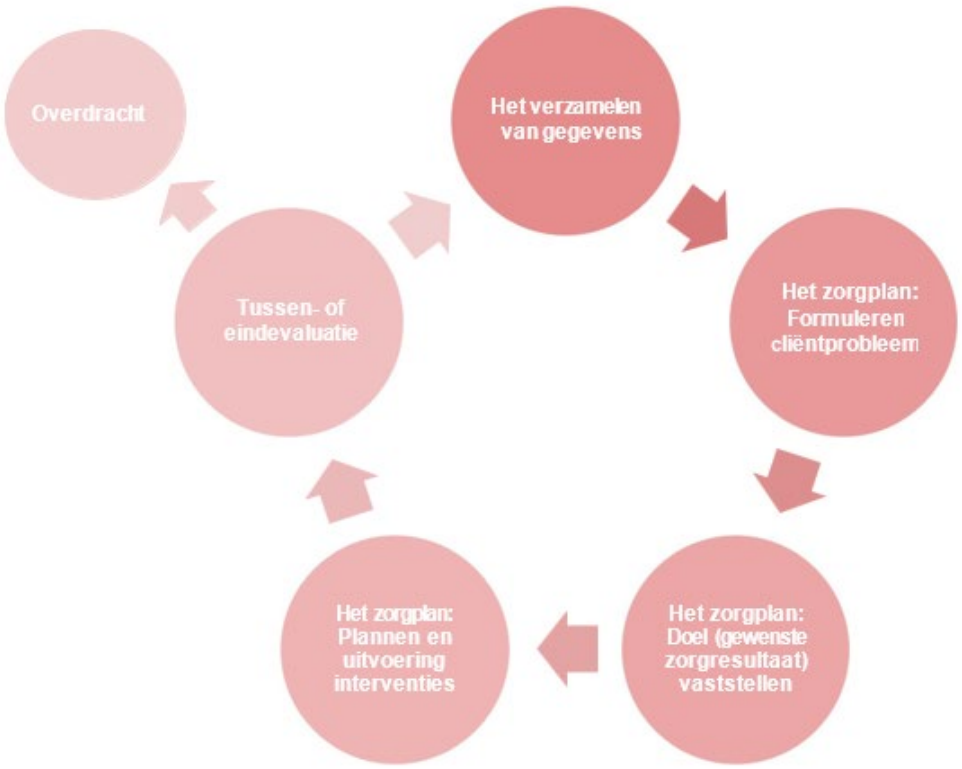
Echter, de onderdelen van het verpleegkundig proces, gegevensverzameling (anamnese), zorgplan en evaluatie, sluiten nu nog niet altijd logisch en overzichtelijk op elkaar aan in het elektronisch zorgdossier.
In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op een goede weergave van het verpleegkundig proces in het zorgdossier. Daarnaast wordt via een 'Informatieparagraaf' (zie Addendum bij deze richtlijn) een toelichting gegeven op de afspraken die gemaakt zijn met betrekking tot het documenteren van gegevens ten behoeve van de verslaglegging in het elektronisch zorgdossier en de verpleegkundige overdracht. Tevens zijn in de 'Informatieparagraaf' processchema's bijgevoegd die de volgende processen visualiseren:

- Het verpleegkundig proces. Dit processchema geeft het generieke verpleegkundige proces weer dat intra- en extramuraal plaatsvindt, ongeacht de zorgsector.
- De verpleegkundige overdracht. Deze processchema's geven het generieke overdrachtsproces weer voor de acute en geplande overdracht.

Weergave van het verpleegkundig proces in het zorgdossier

Het verpleegkundig proces omvat de volgende fasen:

- Het verzamelen van gegevens: persoonsgegevens en zorggegevens over de gezondheidstoestand en welbevinden.
- Het opstellen van een zorgplan, waaronder de beschrijving valt van:
  - Cliëntproblemen. In deze richtlijn is de term cliëntproblemen een synoniem voor 'verpleegkundige diagnosen', 'zorgproblemen', 'zorgvragersproblemen', 'patiëntproblemen', 'verpleegproblemen', 'gezondheidsproblemen', 'ondersteuningsvragen'.
  - Doelen (gewenste zorgresultaten).
  - Verpleegkundige en verzorgende interventies. In deze richtlijn is een 'interventie' synoniem voor 'actie' of 'activiteiten'.
  - Evaluatie van bereikte zorgresultaten (tussenevaluatie) en eindevaluatie (verpleegkundige overdracht).



Overwegingen

Het *verzamelen* van gegevens is een continu proces. Het begint bij de anamnese, als de cliënt in zorg komt. Tijdens het zorgproces worden doorlopend gegevens verzameld. Het is belangrijk dat je deze goed en eenduidig vastlegt en bijhoudt. Eenduidig wil zeggen dat termen, begrippen en zinnen in de verslaglegging maar voor één uitleg vatbaar zijn.

Documentatie van *persoonsgegevens van de cliënt* gebeurt in de eerste fase van het verpleegkundig proces: de fase van gegevensverzameling. Denk bij persoonsgegevens aan de naam van de cliënt, het adres, de geboortedatum, het geslacht en de nationaliteit. Deze gegevens zijn altijd nodig omdat het belangrijk is om precies te weten om wie het gaat, of om te bepalen dat het om de juiste persoon gaat. Daarnaast is het relevant om de naam en het telefoonnummer van de contactpersoon van de cliënt te noteren.
Verpleegkundigen en verzorgenden leggen persoonsgegevens vast als de cliënt in zorg komt. Het kan ook zijn dat persoonsgegevens door anderen (dan verpleegkundigen en verzorgenden) worden vastgelegd, bijvoorbeeld als de cliënt eerder in zorg is gekomen via de huisarts.

Om zorg te kunnen verlenen die aansluit bij de behoeften, moet je ook *zorggegevens over de gezondheidstoestand en het welbevinden van de cliënt* verzamelen en documenteren. Het verzamelen van gegevens over de cliënt wordt ook wel aangeduid met ‘het afnemen van een anamnese’. Een anamnese is een systematische verzameling van relevante gegevens over de cliënt en diens omstandigheden.
Van verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat ze *relevante gegevens* onderkennen, bijvoorbeeld om actuele en potentiële cliëntproblemen op basis van een duidelijke vraagverheldering te kunnen registeren. Bij de groep kwetsbare ouderen kan het bijvoorbeeld van belang zijn om in kaart te brengen wat de woonsituatie is, met het oog op (toekomstige) beperkingen. In veel gevallen is ook de familiesituatie van belang, in het bijzonder als er spraken is van zorg aan minderjarige kinderen.

Het verzamelen van gegevens is nodig om de zorgvraag te concretiseren en cliëntproblemen te kunnen herkennen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het verzamelen van *subjectieve, objectieve en contextgegevens.*

Subjectieve gegevens zijn de klachten, symptomen die de cliënt ervaart. Deze gegevens worden veelal verzameld door middel van een gesprek met de cliënt en/of zijn naasten.

Voorbeelden van subjectieve gegevens

- Zich vermoeid voelen.
- Zich eenzaam voelen.
- Zich verward voelen.
- Zich somber voelen.

Objectieve gegevens zijn de scores of uitkomsten die via metingen of vragenlijsten worden gemeten of die objectief worden geobserveerd. Dit kunnen bepaalde kenmerken, symptomen of klachten zijn.

Overwegingen

Voorbeelden van objectieve gegevens

- Pijnscore (het gebruikte pijnscore-instrument is afhankelijk van leeftijdsgroep).
- Lichaamstemperatuur.
- Bloeddruk.
- Apgar-score bij geboorte (van toepassing bij een kind 0-1 jaar).
- Schedelomvang (van toepassing bij een kind 0-1 jaar).
- Ondervoedingsscore (bijvoorbeeld a.d.h.v. een meetinstrument conform de richtlijn over ondervoeding).
- Hamilton score voor depressie.
- Score voor bepaalde gedragingen, zoals rusteloosheid

Contextgegevens zijn gegevens over de omgeving, achtergrond en (risico)factoren van de cliënt, die van invloed kunnen zijn op de gezondheidstoestand of het welbevinden.

Voorbeelden van contextgegevens

- Relevante medische diagnosen en de daaruit voortkomende beperkingen, die ten grondslag liggen aan de zorg.
- Gegevens over allergie voor bepaalde stoffen.
- Wilsbekwaamheid: informatie over juridische status.
- Diëten.
- De gezins- of woonsituatie.
- Informele zorg; familiezorg, mantelzorg.

Op basis van de verzamelde gegevens wordt een *zorgplan* opgesteld, in overleg met de cliënt. Het zorgplan is een hulpmiddel om informatie over de cliënt te structureren, en inzichtelijk te maken wat de status en resultaten van de zorg zijn.

Het zorgplan bestaat uit de volgende onderdelen:
1. Actuele en potentiële cliëntproblemen (inclusief onderbouwing via subjectieve, objectieve of contextgegevens).
2. Doelen (gewenste zorgresultaten).
3. Verpleegkundige en verzorgende interventies.
4. Evaluatie van bereikte zorgresultaten.

Een zorgplan kan meerdere cliëntproblemen bevatten en wordt zo opgebouwd dat zorgverleners en cliënten de logische verbinding met interventies en acties en met zorgresultaten kunnen begrijpen. In de volgende paragrafen worden de verschillende onderdelen van het zorgplan verder toegelicht.

Op basis van de verzamelde gegevens uit de anamnese worden een of meerdere, actuele of potentiële *cliëntproblemen* vastgesteld. Een cliëntprobleem kan voortkomen uit een ziekte of een aandoening en kan bijvoorbeeld worden beschreven als een complicatie of functionele beperking. Maar het kan ook een preventievraagstuk zijn. Van belang is dat je onderbouwt hoe je tot een cliëntprobleem bent gekomen, dit betekent dat je aangeeft welke subjectieve, objectieve of contextgegevens hieraan ten grondslag liggen.

Overwegingen

Indien er verpleegkundig of verzorgend handelen nodig is, wordt er een zorgplan opgesteld bij dit cliëntprobleem.

Voorbeeld cliëntprobleem

Een cliënt heeft een wond in de bilnaad. Verzorgende José vermoedt dat dit een smetplek is. José ziet een vochtige/verouderde huid. Wanneer zij op de huid drukt, ziet zij een wegdrukbare roodheid en dat de druk ter hoogte van de huidafwijking niet verhoogd is. Er is geen inwerking van urine of feces. De cliënt is beperkt mobiel.
Op basis van de verschijnselen die José heeft geobserveerd, concludeert zij dat er sprake is van smetten (intertrigo). José baseert zich daarbij op de kennis die beschreven is in de richtlijn 'Smetten'.

Omdat José de (objectieve) gegevens heeft genoteerd, volgt daarna haar conclusie dat het om smetten gaat. José legt deze conclusie eveneens vast in het zorgdossier en stelt een zorgplan op. Haar collega's die de zorg overnemen, kunnen terugvinden waarom José tot dit besluit gekomen is.

Een overzicht van één of meer cliëntproblemen heeft tot doel om de cliënt en alle betrokken zorgverleners te informeren over gezondheidstoestand en welbevinden van de cliënt. Het geeft inzicht in welke cliëntproblemen verpleegkundig of verzorgend handelen nodig maken.

Daarna worden *doelen* (gewenste zorgresultaten) geformuleerd. Ieder doel relateer je aan een vastgesteld cliëntprobleem. Een doel wordt geformuleerd om vast te leggen welk zorgresultaat wordt nagestreefd. Een doel wordt gerelateerd aan een (lichamelijke, geestelijke, sociale of functionele) status, bijvoorbeeld 'onafhankelijkheid' bij de toiletgang.
Een doel (gewenst zorgresultaat) kan ook worden uitgedrukt met behulp van een meetwaarde, bijvoorbeeld een bepaalde hoogte van een pijnscore. Het doel is terug te vinden in het zorgdossier, omdat anders niet kan worden aangetoond of je handelen effectief is geweest. Je moet immers kunnen bijsturen als het doel niet bereikt wordt.

Vervolgens worden *verpleegkundige of verzorgende interventies* gekozen en gedocumenteerd. Interventies zijn in dit verband handelingen die worden uitgevoerd door of onder leiding van een verpleegkundige of verzorgende om een directe of indirecte verbetering, of behoud van de gezondheidstoestand van een cliënt, tot stand te brengen.
De interventies zijn gericht op de vastgestelde actuele of potentiële cliëntproblemen. Deze interventies dienen gekozen te worden op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs dat de interventie effectief is, de ervaring van de verpleegkundige of verzorgende, en de waarden, de wensen of de voorkeur van de cliënt. Deze drie factoren worden tegen elkaar afgewogen. Uitgangspunt is zoveel mogelijk tot gezamenlijke besluitvorming te komen. Gezamenlijke besluitvorming met de cliënt is echter niet altijd te realiseren: bijvoorbeeld bij gedwongen opnames in de GGZ, bij mensen met gevorderde dementie of een ernstige verstandelijke beperking en bij spoedeisende, acute, levensbedreigende situaties. Ook dan is het van belang om te documenteren in het dossier waarom je als verpleegkundige of verzorgende voor bepaalde interventies hebt gekozen.

Soms worden interventies ingezet ten behoeve van artsen of andere disciplines, zoals het voorbereiden van cliënt voor onderzoek, of een bloeddrukmeting als iemand recent terug is van een operatieve ingreep. Deze interventies zijn weliswaar niet direct verbonden aan een cliëntprobleem dat op dat moment letterlijk met de cliënt is geformuleerd, maar gelden natuurlijk wel als onderdeel van de verpleegkundige verslaglegging. Zeker als de uitkomsten anders zijn da

gebruikelijk, is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden daarover rapporteren in het dossier.

Ook de *evaluatie* wordt beschreven. In een evaluatie worden de bereikte zorgresultaten vergeleken met de vastgestelde doelen (gewenste zorgresultaten). Daarmee geef je een oordeel over de effectiviteit van de ingezette interventies. In evaluaties beoordeel je, zo mogelijk in overleg met de cliënt, de interventies.
Van verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat zij kunnen inschatten hoe vaak het nodig is om de zorg te evalueren.
Zorginhoudelijke richtlijnen die gaan over interventies bij specifieke cliëntproblemen geven vaak de wenselijke of noodzakelijke frequentie van evalueren.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:
1. Evaluaties van bereikte zorgresultaten (tussenevaluatie) en
2. Eindevaluaties en - indien van toepassing – de verpleegkundige overdracht.

Bij een *evaluatie van bereikte zorgresultaten* (tussenevaluatie) beschrijf je de bereikte zorgresultaten en deze vergelijk je met de vastgestelde doelen (gewenste zorgresultaten). Hierdoor wordt ook inzichtelijk wat de (geobserveerde of gemeten) effectiviteit van ingezette interventies is. Het kan aanleiding geven om het zorgplan bij te stellen, bijvoorbeeld wanneer een cliëntprobleem niet meer actueel is en eventueel op te stellen nieuwe doelen (gewenste zorgresultaten).

Voorbeelden van zorgresultaten

- Zelfzorg (basiszorg):
  - Het vermogen tot drinken: hulp nodig, vastpakken, naar mond brengen.
  - Het vermogen tot eten: hulp nodig, snijden/openen, eetgerei hanteren.
  - Het vermogen tot toiletgang: onafhankelijk, hulp nodig, volledig afhankelijk.
- De vochtopname.
- Pijn: pijnscore via meetinstrument.
- Verhoogd risico op delier: via DOS-schaal.

De evaluatie van de bereikte zorgresultaten (tussenevaluatie) vindt doorlopend plaats in het hele zorgtraject. De tussenevaluatie wordt in de voortgangsrapportage beschreven. Voor elk cliëntprobleem houd je indien nodig een voortgangsrapportage bij. De voortgangsrapportage is een communicatiemiddel tussen verpleegkundigen en verzorgenden onderling en met 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 cliënt. Een voortgangsrapportage wordt ook wel ‘tussenrapportage’ genoemd.

Om de continuïteit van de zorg te waarborgen is het van belang dat je in de voortgangsrapportage:
- observaties noteert van omstandigheden of gebeurtenissen gerelateerd aan een specifiek cliëntprobleem;
- de omstandigheden of gebeurtenissen beschrijft die aanleiding waren om de beschreven cliëntproblemen aan te passen;
- een reden geeft indien je interventies niet volgens het zorgplan hebt uitgevoerd;
- uitgevoerde interventies die niet in het zorgplan opgenomen waren noteert met de reden voor uitvoering;
- de omstandigheden of gebeurtenissen beschrijft die tot bijstelling van de zorg en het zorgplan kunnen leiden;

- informatie noteert die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling.

Naast tussenevaluaties, vindt ook een *eindevaluatie* over de bereikte zorgresultaten plaats. De eindevaluatie gebeurt aan het eind van een zorgtraject.

Een eindevaluatie kan leiden tot een *verpleegkundige overdracht* van de zorg. Deze richtlijn gaat ervan uit dat de verpleegkundige overdracht een herkenbaar onderdeel is van het zorgdossier.
De overdracht wordt opgesteld bij overplaatsing van de cliënt naar een andere afdeling, team, zorgsetting, of bij de inzet van andere disciplines. Een verpleegkundige of verzorgende overdracht is een eindevaluatie van het zorgproces tot aan dat moment.
De overdracht stel je op in overleg met de cliënt, of de naaste die de cliënt vertegenwoordigt. Met de overdracht worden verantwoordelijkheden formeel overgedragen.
Om de continuïteit en veiligheid van de zorg te waarborgen draag je gegevens over die nodig zijn om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten.

Voor een goede overdracht, moet je antwoorden op de volgende vragen vastleggen:
- Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van de overdracht?
- Wat waren de beoogde doelen (gewenste zorgresultaten) en zijn die al bereikt?
- Heeft de cliënt nog zorg nodig?
- Zo ja, wat houdt die zorg in?

In de overdracht moet ook duidelijk zijn welke medicatie de cliënt gebruikt, of en zo ja wanneer de medicatie is toegediend en eventuele bijzonderheden bij de medicatie.

Verslaglegging van de indicatiestelling

Een bijzondere verpleegkundige groep betreft de hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ en het bepalen van de noodzakelijke wijkverpleging.
In dit kader heeft de wijkverpleegkundige ook de verantwoordelijkheid om de indicatiestelling goed te documenteren en te onderbouwen hoe zij tot de (verpleegkundige) indicatiestelling komt.
In het 'Begrippenkader Indicatieproces' heeft V&VN (2019) de werkwijze om tot een indicatie te komen uiteengezet en vervolgens heeft het Zorginstituut (2019) het Begrippenkader als basis genomen om een aantal begrippen uit de regelgeving over de indicatiestelling te verhelderen.
Omdat deze Richtlijn Verslaglegging sector- en setting-overstijgend is, gaan we niet nader in op de documentatie van de sectorspecifieke indicatiestelling door de wijkverpleegkundige en verwijzen we daarvoor naar de voornoemde documenten over de indicatiestelling, waaronder het rapport ‘Verpleegkundige Indicatiestelling, een nadere duiding’ (Zorginstituut, 2019).

Conclusies

Conclusie uit de kennis

Client en familie/mantelzorgers betrekken bij de verslaglegging (aanbeveling 1 en 2).
Uit de systematische literatuurstudie van bestaande reviews (zie bijlage 3, tabel III.2) komt geen overtuigend wetenschappelijk bewijs naar voren voor het belang van het betrekken van de cliënt of familie/mantelzorgers bij verslaglegging in de fasen van het verpleegkundig proces. Wel stelt de review van Jefferies e.a. (2010) als criterium dat verpleegkundige verslaglegging moet voldoen aan wettelijke vereisten. Voor de wettelijke plichten en rechten ten aanzien van het betrekken van de cliënt bij verslaglegging, zie Hoofdstuk 4.

Aanbevelingen 1 en 2 komen vooral voort uit de besprekingen in de projectgroep (zie paragraaf ‘Overwegingen van projectgroep bij uitgangsvraag 1’). In de projectgroep was er consensus dat de cliënt actief betrokken moet zijn bij de verslaglegging in alle fasen van het verpleegkundig proces. Ook familieleden/mantelzorgers dienen bij de verslaglegging betrokken te zijn, mits dit aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier (aanbeveling 3).
In vier van de bestudeerde reviews (Blair en Smith, 2012; Flemming en Hubner, 2013; Paans e.a., 2011; Wang e.a., 2011, zie de tabel III.2 in Bijlage 3), wordt geconcludeerd dat de verslaglegging een weergave moet zijn van de fasen van het verpleegkundig proces. De reviews zijn echter veelal niet expliciet dat alle fasen van het verpleegkundig proces in de verslaglegging aan bod moeten komen. Uitzondering daarop is de review van Wang e.a. (2011) die stelt dat de inhoud van de verslaglegging moet corresponderen met de vijf stappen van het verpleegkundig proces. Er zijn dus slechts beperkte aanwijzingen uit de literatuurstudie dat het zorgdossier een weergave dient te zijn van alle fasen van het verpleegkundig proces. Deze derde aanbeveling (net als aanbeveling 1 en 2) is daarom vooral gebaseerd op overwegingen van experts uit de project -en adviesgroep (zie hierna).

Aanbeveling 3 is zowel gebaseerd op de literatuurstudie als op overwegingen uit de projectgroep. Er is consensus dat de verslaglegging in het zorgdossier een weergave moet zijn van alle fasen van het verpleegkundig proces.

Uitgangsvraag 2

Welke eisen of randvoorwaarden zijn er voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden?

April 2022

Inleiding

Uit de knelpuntenanalyse (zie Bijlage 6) bleek dat de verschillende elektronische dossiers waar verpleegkundigen en verzorgenden hun gegevens over de zorg in documenteren, vaak niet goed op elkaar zijn afgestemd.
Daardoor moet er vaak dubbel geregistreerd worden. Dit knelpunt was aanleiding voor de formulering van uitgangsvraag 2.

Aanbevelingen

DOEN

4. Kies voor een elektronisch zorgdossier voor je verslaglegging.

OVERWEEG

5. Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch systeem voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is.

6. Gebruik een format[10] voor verslaglegging dat relevant is voor de context waarin je werkt.

DOEN

7. Gebruik eenduidige taal die uitwisselbaar is tussen organisaties en tussen professionals. Dit doe je door de beschikbare informatiestandaard te gebruiken. Bij het verschijnen van deze richtlijn is de eOverdracht de enige beschikbare informatiestandaard

Deze aanbevelingen gaan over de eisen of randvoorwaarden voor elektronische verslaglegging. Deze aanbevelingen zijn vooral gericht op verpleegkundigen en verzorgenden die invloed hebben op keuzes over de inrichting van het elektronisch dossier of kunnen adviseren over het belang van de eOverdracht, zoals leden van een Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad en verpleegkundigen of verzorgenden in managementfuncties.

De uiteindelijke keuze voor een elektronisch dossier, formats of het besluit om de informatiestandaard te implementeren wordt gemaakt door de werkgever (zorgaanbieder/zorgorganisatie), die verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid en de financiering ervan.

Het gebruik van het elektronisch zorgdossier – en de verslaglegging – valt echter onder de verantwoordelijkheid van de uitvoerende zorgprofessionals. Daarom zijn deze aanbevelingen ook van belang voor uitvoerende verpleegkundigen en verzorgenden.

[10] Een format is een thematische indeling voor het ordenen van gegevens.

Aanbevelingen

Overwegingen

Elektronisch dossier voor verslaglegging (aanbeveling 4

In de project- en adviesgroep was consensus dat elektronische verslaglegging de voorkeur heeft boven traditionele schriftelijke verslaglegging. De project- en adviesgroep was zich er daarbij van bewust dat dat ook een keuze betreft van de organisatie, maar individuele verpleegkundigen en verzorgenden hebben op die keuze en het daadwerkelijk gebruik wel invloed.
Het vastleggen van gegevens in een elektronisch zorgdossier is onder meer van belang om registratielast te verminderen. Bij elektronische verslaglegging kunnen gegevens hergebruikt voor bijvoorbeeld het afleiden van financiële gegevens, kwaliteitsinformatie en voor onderzoek.

Ook is elektronische verslaglegging van belang om onderling gegevens tussen verschillende professionals uit te wisselen, mits deze gegevens eenduidig worden vastgelegd (zie bijvoorbeeld Goossen en Dille, 2013;
https://www.registratieaandebron.nl/pdf/Doeboek_kwaliteitsregistraties_versie_1.0.pdf.

Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch systeem voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is (aanbeveling 5

Het elektronisch dossier moet gebruiksvriendelijk en efficiënt zijn. Gebruiksvriendelijkheid betekent volgens de project- en adviesgroep ook dat het elektronisch dossier ruimte moet bieden om alle fasen van het verpleegkundige proces te kunnen documenteren. In het elektronisch dossier moeten de fases van het verpleegkundig proces logisch met elkaar verbonden zijn. In de huidige elektronische dossiers zijn deze fases echter vaak nog niet aan elkaar gekoppeld en worden zij nog niet overzichtelijk gerepresenteerd, waardoor gegevens verspreid in het dossier staan en door de verpleegkundigen en verzorgenden zelf in een logisch verband met elkaar moeten worden gebracht. Het is juist belangrijk dat gegevens op één plek (en niet op verschillende plekken) in het zorgdossier staan, zodat verpleegkundigen en verzorgenden hun informatie makkelijk kunnen terugvinden en overzicht hebben over de zorg aan cliënten. Interventies kunnen dan worden gekoppeld aan gestelde doelen (gewenste zorgresultaten) en gesignaleerde problemen en aan interventies kunnen dan ook evaluatiemomenten worden gekoppeld. Bij het evalueren kan een overzicht worden gemaakt van alle rapportages die gekoppeld zijn aan een gesteld cliëntprobleem of doel.

Formats die passen bij setting (aanbeveling 6)

De project- en adviesgroep is van mening dat binnen de elektronische dossiers, formats (thematische indeling voor het ordenen van gegevens), gebruikt moeten worden die passen bij de setting, organisatie of doelgroep. Voor iedere setting geldt dat als de gegevens over de gezondheidstoestand en welbevinden van de cliënt geordend worden volgens een bepaalde thematische indeling (format), dit de overzichtelijkheid vergroot. Bijvoorbeeld in ziekenhuizen en in de GGZ wordt relatief vaak gebruikt gemaakt van de elf gezondheidspatronen van Gordon. In de ouderenzorg kan de anamnese bijvoorbeeld worden ingedeeld in de vier domeinen van het zorgleefplan, terwijl bij de zorg aan het zieke kind een indeling in vier domeinen ontleend aan het Kwaliteitskader Medisch Kindzorgsysteem passend kan zijn. Verder zijn er ook thematische indelingen die zijn afgeleid van een classificatiesysteem of andere ordeningsprincipes, zoals de domeinen van het Omaha System of van de International Classification of Functioning.
Deze richtlijn schrijft geen specifieke formats voor, maar beveelt dus aan om formats te gebruiken die passen bij de setting waarin je werkt of waar landelijke afspraken over gemaakt zijn (zoals bij de eOverdracht).

Aanbevelingen

Eenduidige taal door gebruik van informatiestandaarden (aanbeveling 7)

In elektronische verslaglegging komt een aantal knelpunten voor (zie knelpuntenanalyse in bijlage 6). Een belangrijk deel van die knelpunten komen volgens de project- en adviesgroep omdat er nog geen eenduidigheid van taal is.

Eenduidig wil zeggen dat de gebruikte termen in de verslaglegging maar voor één uitleg vatbaar zijn. Eenduidige taal is van groot belang in overdrachtssituaties. Ook is eenduidige taal van belang om gegevens uit elektronische dossiers te kunnen hergebruiken, bijvoorbeeld in onderzoek naar de effecten van interventies.
Verder is het gebruik van eenduidige taal van belang voor de communicatie met cliënten die vaak met meerdere zorgaanbieders te maken hebben. Daarnaast is eenduidige taal relevant, omdat dan onwenselijke variatie in het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden beter zichtbaar gemaakt kan worden.
Om dit probleem te verhelpen wordt er landelijk gewerkt aan een eenduidige taal voor verpleegkundigen en verzorgenden. Eenduidige taal wordt door V&VN, VWS en andere landelijke partijen bevorderd door gebruik van SNOMED CT te promoten. SNOMED CT is een standaardtaal die ingebouwd wordt in de elektronische systemen, waardoor informatie uitgewisseld kan worden. Deze standaardtaal is ook het uitgangspunt bij informatiestandaarden, dat wil zeggen de landelijk vastgestelde afspraken over taal en de wijze waarop gegevens vastgelegd moeten worden. Informatiestandaarden worden ingebouwd in de elektronische dossiers; vanuit het dossier worden de relevante gegevens ‘gevuld’.
Het gebruik van informatiestandaarden is een middel om eenduidige taal te bevorderen. (https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/verpleegkundige-overdracht/).

De project- en adviesgroep is van mening dat alle beschikbare landelijk erkende informatiestandaarden gebruikt moeten worden om eenduidige taal te bevorderen en sluit daarbij aan bij landelijk beleid gericht op meer eenduidige taal (zie toelichting in de Overwegingen bij uitgangsvraag 2).

Bij het verschijnen van deze richtlijn is één informatiestandaard beschikbaar: de eOverdracht. Gebruik van de eOverdracht is een belangrijk begin van elektronisch uitwisselen van eenduidige taal. Het gebruik van de informatiestandaard moet ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden en andere betrokken professionals minder tijd kwijt zijn aan het overtypen van informatie, er minder fouten worden gemaakt en de overdracht meer eenduidig en volledig gebeurt.
De werkgever (zorgaanbieder/zorgorganisatie) is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van de eOverdracht, het gebruik ervan valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgprofessional.

In de eOverdracht is vastgelegd welke onderdelen aanwezig horen te zijn in de overdracht, namelijk: administratieve gegevens; algemene cliënten context; medische context; verpleegkundige context: het zorgplan; verpleegkundige context: specificatie gezondheidstoestand. Deze onderdelen zijn uitgewerkt in secties.

Niet alle secties zijn verplicht om in te vullen. Ook is er de vrijheid en ruimte om in open tekstvelden aanvullende informatie over individuele cliënten te vermelden. Van verpleegkundigen en verzorgenden mag verwacht worden dat zij op basis van de cliëntproblemen van de cliënt een keuze kunnen maken welke gegevens relevant zijn om over te dragen.

Aanbevelingen

In de advies- en projectgroep is ook besproken of er een aanbeveling moet komen over de tijdigheid van de overdracht van zorg als een cliënt overgaat naar een andere organisatie of setting. Op dit moment is er nog geen onderbouwde norm voor wat tijdig is (bijvoorbeeld binnen 24 uur). Besloten is daarom nog geen aanbeveling over de tijdigheid van de overdracht op te nemen.
Wel raadt de project- en adviesgroep aan bij een volgende herziening van de richtlijn dit punt opnieuw te agenderen en na te gaan of er dan wel al een norm of indicator bestaat of ontwikkeld kan worden in het kader van de tijdigheid van de overdracht.

De advies- en projectgroep vinden het belangrijk dat in de overwegingen voldoende aandacht wordt geschonken aan de landelijke ontwikkelingen rondom digitale verslaglegging. Aan deze landelijke ontwikkelingen wordt een groot belang toegekend, omdat deze gericht zijn op het oplossen van de huidige knelpunten die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren: dubbele registraties en informatieverlies ten gevolge van het ontbreken van eenduidige taal. De landelijke ontwikkelingen zijn van belang voor de onderbouwing van aanbeveling 7.

Toelichting op de landelijke ontwikkelingen rondom digitale verslaglegging

Het elektronisch zorgdossier

In Nederland werken verpleegkundigen en verzorgenden steeds vaker met een elektronisch zorgdossier (zie ook toelichting bij de Overwegingen van uitgangsvraag 2). Deze richtlijn sluit daarbij aan en gaat ervanuit dat de gegevens zoveel mogelijk digitaal worden vastgelegd in het elektronisch zorgdossier. Elektronische verslaglegging heeft als voordeel dat gegevens in principe automatisch ingelezen kunnen worden, zodat dubbele invoer wordt voorkomen.

Het digitaal vastleggen biedt in principe ook de mogelijkheid om gegevens zonder extra registratielast te hergebruiken, bijvoorbeeld door andere zorgverleners, voor het afleiden van financiële gegevens of kwaliteitsinformatie en voor onderzoek. Dit is in Nederland echter nu nog lang niet altijd mogelijk, waardoor verpleegkundigen en verzorgenden nog onvoldoende gebruik kunnen maken van de voordelen van elektronische verslaglegging.

Huidige knelpunten bij overdracht van zorg

Verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken in Nederland (en ook internationaal) in het zorgdossier verschillende classificaties om de gegevens te ordenen, zoals het Omaha System, NANDA-I, NIC en NOC (Ook wel ‘NNN’ of ‘N3’ genoemd).
Deze classificaties geven richting aan de dossiervoering en helpen ook om de cliëntproblemen, interventies en zorgresultaten op een gestructureerde manier vast te leggen.
Echter, de verschillende classificaties hanteren onderling geen eenduidige taal om de zorg te omschrijven, waardoor er verschil is in de manier waarop gegevens worden vastgelegd (zie voorbeeld in kader).

Dit zorgt ervoor dat de gegevens niet altijd uitwisselbaar zijn wanneer een cliënt van zorgorganisatie wisselt. Informatie die tussen organisaties wordt uitgewisseld kan verloren gaan en de continuïteit en veiligheid van de zorg wordt belemmerd wanneer verpleegkundigen en verzorgenden elkaars taal niet begrijpen.

Aanbevelingen

Voorbeeld: knelpunt bij de overdracht van zorg

Verpleegkundige Willeke werkt op de afdeling chirurgie in een ziekenhuis. Daar heeft zij te maken met mevrouw van Vliet die problemen heeft met lopen en in een huidplooi smetten heeft. Als mevrouw naar huis mag, vult Willeke de overdracht digitaal in. Zij beschrijft dat mevrouw van Vliet een 'ambulantietekort' (NANDA-I diagnose) heeft. Zij geeft daarnaast aan dat mevrouw een 'huiddefect' (eveneens een NANDA-I diagnose) heeft. De overdracht wordt digitaal verstuurd naar de wijkverpleging.

Annemarie, die als wijkverpleegkundige de zorg van mevrouw van Vliet overneemt, opent de overdracht, maar moet de gegevens handmatig in haar eigen zorgdossier invoeren, want het informatiesysteem waar Annemarie mee werkt kent de termen 'ambulantietekort' en 'huiddefect' niet. Annemarie moet nu bedenken hoe deze termen zich vertalen naar de termen die in het systeem dat zij gebruikt staan (via Omaha System), en noteert onder het aandachtgebied 'neuro/musculaire/skeletfunctie' dat mevrouw een 'afwijkend gangpatroon/stoornis in het verplaatsen' heeft. Daarnaast noteert zij onder het aandachtgebied 'huid' het signaal 'wond/decubitus' en voegt handmatig toe dat het om smetten gaat. Doordat Willeke en Annemarie de cliëntproblemen niet op dezelfde manier beschrijven, is Annemarie veel tijd kwijt aan het omzetten van deze informatie en moet zij navraag doen bij mevrouw van Vliet.

Leren en verbeteren van kwaliteit van zorg

Verpleegkundigen en verzorgenden willen ook kunnen beoordelen of een ingezette interventie heeft gewerkt of dat andere interventies nodig zijn. Gegevens uit het zorgdossier moeten een belangrijke informatiebron zijn om te kunnen reflecteren op het eigen handelen, om te bepalen of de zorg effectief is geweest en om verantwoording af te kunnen leggen aan de cliënt en collega's. Verpleegkundigen en verzorgenden willen daarnaast ook leren van elkaars handelen over de eigen organisatiegrenzen heen.
Door onderzoek te doen op basis van de gegevens uit veel zorgdossiers, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden van elkaar leren. Dit is van belang voor de ontwikkeling en professionalisering van het vak.
Daarvoor is het wel nodig dat signalen, observaties, problemen, interventies of zorgresultaten met eenduidige taal worden vastgelegd in het zorgdossier. Op dit moment gebeurt dit nog te weinig.

Aanbevelingen

Voorbeeld: knelpunt bij het leren en verbeteren van kwaliteit van zorg

Een cliënt heeft decubitus categorie 2 met blaar. Verpleegkundige Sophie zet interventies in om de wond van de cliënt te verzorgen. In het zorgdossier noteert Sophie voor de decubitus de volgende interventies: 'behandelen en procedures toepassen' en daarnaast kiest zij: 'wondzorg/verband verschonen via aanbevolen techniek'. Deze interventies zijn afgeleid van het Omaha System. Verpleegkundige Marie-José werkt in een andere zorgorganisatie en kan in het zorgdossier de volgende interventies noteren: 'wondverzorging' en 'bewaking van de huidconditie'.
Deze zijn afgeleid van de classificaties van verpleegkundige interventies (NIC).
Zowel bij Sophie als bij Marie-José is niet duidelijk welke behandeling of procedures zijn ingezet of hoe de wondzorg praktisch is uitgewerkt. Hoe bewaken zij de wondconditie?
En in welke frequentie? Welke verbandmiddelen of materialen worden gebruikt? Enzovoort.
Om van elkaar te kunnen leren, om te kunnen reflecteren en te verbeteren is het belangrijk om elkaar te begrijpen en afspraken te maken over hoe de zorg op een eenduidige manier wordt uitgewerkt en er in het zorgdossier wordt genoteerd.
Eenduidigheid van taal is daarbij, zo blijkt uit deze casus, een vereiste.

Belang van eenduidigheid van taal

Cliënten kunnen te maken hebben met verschillende zorgaanbieders. Informatie over de gezondheid van deze cliënten worden dus op verschillende plaatsen opgeslagen. Voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook voor cliënten en naasten is het verwarrend dat voor de zorg geen eenduidige taal wordt gebruikt. De ene keer is er bijvoorbeeld sprake van een 'ambulantietekort' en een andere keer wordt gesproken van een 'afwijkend gangpatroon' of 'stoornis in het verplaatsen'. Het gevolg is dat deze gegevens niet automatisch kunnen worden ingelezen en hergebruikt kunnen worden. Verpleegkundigen nemen deze gegevens handmatig over of kunnen de gegevens niet verwerken in het zorgdossier. Om de eigen regie van cliënt te faciliteren binnen zijn/haar eigen zorgproces, is eenduidige taal ook voor cliënten van belang.

Een ontwikkeling naar eenduidige taal binnen de verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is dan ook noodzakelijk. Gegevens moeten gedeeld kunnen worden over de grenzen van de eigen zorgorganisatie heen, en moeten dus voor iedere zorgverlener en cliënt toegankelijk en begrijpelijk zijn. Het ontwikkelen van eenduidige taal – SNOMED CT - vindt op landelijk niveau plaats – zie kader.

Aanbevelingen

SNOMED CT

De beroepsorganisatie V&VN en verschillende andere partijen, zoals de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), GGZ-Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de beroepsvereniging voor medisch specialisten (Federatie van Medisch Specialisten) en nog vele anderen zetten zich in om de uitwisselbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens te verbeteren. Het is namelijk niet alleen belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden, maar dat zorgprofessionals elkaar begrijpen. Zij moeten elkaars gegevens kunnen hergebruiken indien dit relevant is. Een pijnscore is niet alleen relevant voor de verpleegkundige, maar een fysiotherapeut of een medisch specialist kan deze informatie ook gebruiken voor zijn zorgplan. Daarom is ingezet op de gemeenschappelijke taal SNOMED CT. Voor meer informatie over SNOMED CT, zie: SNOMED National Release Center - Nictiz.

Op landelijk niveau worden ook afspraken gemaakt over de wijze waarop eenduidige gegevens moet worden ingebouwd in het elektronisch zorgdossier. Deze afspraken worden zorginformatiebouwstenen genoemd (voor meer informatie, zie het nu volgende kader).

Zorginformatiebouwstenen (ZIB)

Het op eenzelfde manier vastleggen van gegevens in het zorgdossier is belangrijk om verwarring te voorkomen. Zeker als de cliënt wordt overgedragen van de ene naar de andere zorgorganisatie. De verpleegkundige zal bij onduidelijkheden navraag moeten doen bij haar collega, of bij de cliënt, of dat het een decubituswond betreft, of dat het om smetten (intertrigo) gaat of om een ulcus cruris. De afspraken die gemaakt worden over de manier waarop gegevens moeten worden ingebouwd, worden vastgelegd in ‘zorginformatiebouwstenen’ (www.zibs.nl). De afspraken worden door professionals vastgesteld en zijn voor softwareleveranciers van belang omdat zij gegevens inbouwen in het zorgdossier. De zorginformatiebouwsystemen zijn in beheer bij Nictiz (www.nictiz.nl).

Eenduidige taal wordt door V&VN, VWS en andere landelijke partijen bevorderd. SNOMED CT is ook het uitgangspunt bij informatiestandaarden, dat wil zeggen de landelijk vastgestelde afspraken over taal en de wijze waarop gegevens door professionals vastgelegd moeten worden. Het gebruik van informatiestandaarden is een middel om eenduidige taal te bevorderen.
Het doel van deze informatiestandaarden is dat vergelijkbare gegevens beschikbaar komen, zodat onwenselijke variaties in het handelen tussen verpleegkundigen en verzorgenden wordt beperkt. Via deze informatiestandaarden kunnen verpleegkundigen en verzorgenden leren en verbeteren, omdat gegevens met de juiste kwaliteit worden vastgelegd (zie ook https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/).

De informatiestandaard eOverdracht is op dit moment al beschikbaar. Dat is belangrijk, omdat per jaar ongeveer honderdduizenden overdrachten door verpleegkundigen en verzorgenden plaats vinden. Uit de knelpuntenanalyse (zie Bijlage 6) was bekend dat bij overdracht tussen verschillende settingen de verschillende elektronische zorgdossiers vaak niet op elkaar aansluiten.
De informatiestandaard eOverdracht moet dit knelpunt wegnemen. In de eOverdracht zijn afspraken vastgelegd over welke informatie verpleegkundigen en verzorgenden dienen vast te leggen en over te dragen. Meer informatie over de eOverdracht is ook te vinden in de ‘Informatieparagraaf’ (zie Addendum bij deze richtlijn). Via de ‘Informatieparagraaf’ wordt een

toelichting gegeven op de afspraken die gemaakt zijn met betrekking tot het documenteren van gegevens ten behoeve van de verslaglegging in het elektronisch zorgdossier en de verpleegkundige overdracht. Tevens zijn in de 'Informatieparagraaf' processchema's bijgevoegd die de volgende processen visualiseren:

- Het verpleegkundig proces. Dit processchema geeft het generieke verpleegkundige proces weer dat intra- en extramuraal plaatsvindt, ongeacht de zorgsector.
- De verpleegkundige overdracht. Deze processchema's geven de generieke overdrachtsproces weer voor de acute en geplande overdracht.

Gebruik van de eOverdracht moet ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden minder tijd kwijt zijn aan het overtypen van informatie, er minder fouten worden gemaakt en de overdracht meer eenduidig en volledig gebeurt.

Het komen tot eenduidige taal en landelijke afspraken over de wijze van inbouwen van gegevens in zorgdossiers, is een proces wat niet van de een op andere dag tot stand komt. Verschillende partijen werken samen aan het eenduidig maken van gegevens, zodat verpleegkundigen en verzorgenden deze gegevens onderling kunnen delen en uitwisselen, zonder dubbele invoer of extra registratielast. Deze richtlijn bevat aanbevelingen (met name aanbeveling 7) die aansluit bij deze ontwikkeling naar meer eenduidigheid van taal.

Wat is er al?

- De eOverdracht: een informatiestandaard die de basis vormt voor de verpleegkundige en verzorgende documentatie en overdracht. Meer informatie over de eOverdracht is te vinden op:
  Vastleggen en overdragen | V&VN (venvn.nl) en via:
  Informatiestandaard eOverdracht (Nictiz)
- De Basisgegevensset Zorg (BGZ): een minimale set van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroep overstijgend relevant is voor de basiszorg (denk aan medicatiegebruik, drugs-, alcohol- en tabaksgebruik, allergie intolerantie). Meer informatie over de BGZ is te vinden op:
  https://www.registratieaandebron.nl/alles-over-de-bgz/de-basisgegevensset-zorg/
- Daarnaast werkt V&VN aan de ontwikkeling van standaard zorgplannen: een cliëntprobleem en de daarmee samenhangende beslissingen (zoals interventies en zorgresultaten) worden op logische wijze en in chronologische volgorde uitgewerkt. Eenduidige taal en zorginformatiebouwstenen vormen ook hier het fundament.
-

Wat betekent de ontwikkeling naar eenduidige taal voor verpleegkundigen en verzorgenden?

Hiervoor is een uiteenzetting gegeven over het belang van eenduidige taal en de landelijke ontwikkelingen die hieromtrent in gang zijn gezet. Door eenduidige taal kunnen gegevens uitgewisseld worden, waardoor bijvoorbeeld het zorgplan een op een overdraagbaar wordt.
Uiteraard vraagt dit aanpassingen van de zorgdossiers in de zorgorganisatie.
Het betekent dat gegevens bijvoorbeeld specifieker worden. De aanpassingen wordt op organisatieniveau en in samenwerking met de softwareleverancier van het zorgdossier uitgevoerd.

Hoewel de ontwikkeling van eenduidige taal een ontwikkeling op landelijk niveau is, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden ook zelf het belang van eenduidigheid van taal onder de aandacht brengen van bijvoorbeeld de Verpleegkundige Advies Raad (VAR); project- of werkgroepen over elektronische zorgdossiers, Raden van Bestuur; Ondernemingsraden.

Aanbevelingen

Ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

In de huidige zorg wordt veel waarde gehecht aan gedeelde besluitvorming en eigen regie. Mede daarom is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden de cliënt betrekken bij de verslaglegging. Een belangrijke ontwikkeling in dit verband is dat het Ministerie van VWS, Patiëntenfederatie Nederland en andere partijen aan het toewerken zijn naar de introductie van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Dit is een applicatie waarmee iedere burger in Nederland toegang gaat krijgen tot zijn of haar eigen gezondheidsomgeving. Door gegevens digitaal te ontsluiten in een eigen PGO, kan de cliënt (of diens vertegenwoordiger) zijn/haar gegevens altijd inzien, maar ook wijzigen of verwijderen, bijvoorbeeld omdat deze niet (meer) juist zijn.

De gedachte achter een PGO is dat cliënten betere regie kunnen voeren over de eigen gezondheid en zorg en zich beter voorbereiden op een gesprek met een verpleegkundige, verzorgende of andere betrokken zorgverleners. Dat is ook van belang voor gezamenlijke besluitvorming. Daarnaast kunnen door de PGO mantelzorgers en familie ook beter worden geïnformeerd over de situatie van hun naaste.

(https://www.medmij.nl/pgo;
https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2018/10/Zorgvisie-ICT4_41186-2018_19_04-I_Baas-over-eigen-zorgdata-002.pdf).

Conclusies

Conclusie uit de kennis

Elektronisch dossier voor verslaglegging (aanbeveling 4)
De review van Flemming en Hubner uit 2013 laat positieve verschillen zien in het voordeel van elektronische verslaglegging. De oudere review van Urquhart uit 2009 (met minder recente onderliggende studies) liet die positieve verschillen nog niet zien (zie ook tabel III.3 in bijlage 3). Elektronische verslaglegging zorgt volgens de review van Flemming en Hubner (2013) voor een toename in de hoeveelheid informatie die wordt vastgelegd. Daarnaast verbetert elektronische verslaglegging ook de kwaliteit van de vastgelegde informatie. Overigens geeft de review van Flemming en Hubner daarnaast aan dat er ook in elektronische verslaglegging nog vaak belangrijke informatie over de cliënt ontbreekt.

Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch systeem voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is (aanbeveling 5).
De reviews van Blair en Smith (2012), Matic e.a. (2010) en Meissner en Schnepp (2014) wijzen in de richting dat een elektronisch systeem voor verslaglegging gebruiksvriendelijk en efficiënt moet zijn. Matic e.a. (2010) stellen dat de doelmatigheid van elektronische tools afhankelijk is van de kwaliteit en het ontwerp van de programmatuur. In de review van Meissner en Schnepp (2014) wordt een groot aantal kwaliteitseisen of vereiste onderdelen van elektronische verslaglegging genoemd, te weten:

- Eenvoudige toegang tot de overzichten en (medische) gegevens.
- Snel inzicht en overzicht krijgen.
- Makkelijk leesbaar.
- Gegevens direct kunnen inzien.
- Diverse gegevens (over de zorg, activiteiten, kwesties inzake wet- en regelgeving en opleidings- en trainingsbehoeften van personeel) makkelijk kunnen checken en monitoren.
- Moet beoordeling van prestaties mogelijk maken.
- Gegevens moeten makkelijk ingevoerd kunnen worden.
- Automatische waarschuwingen en herinneringen moeten gegenereerd kunnen worden om de juistheid van gegevens te controleren.
- Snelle reacties op de cliëntbehoeften moeten gefaciliteerd worden.
- Snellere, eenvoudige besluitvorming moet mogelijk gemaakt worden.
- Het dagelijks werk moet erdoor vereenvoudigd worden.
- Het moet tijdsbesparing opleveren.

De review van Meissner en Schnepp (2014) beschrijft daarnaast als voorwaarden: het ondersteunen van medewerkers bij het bepalen van wat en welke problemen ze moeten vaststellen/ documenteren, educatie en richtsnoeren voor medewerkers, en adequate apparatuur, software en technische functionaliteit.

De review van Urquhart e.a. (2009) geeft aan dat het belangrijk is om verpleegkundigen en verzorgenden bij zowel het ontwerp als de implementatie van een elektronisch dossier te betrekken.

Gebruik van formats die passen bij setting (aanbeveling 6)
Een format is een thematische indeling voor het ordenen van gegevens binnen het verpleegkundig proces. Voor het belang van het gebruik van formats zijn er aanwijzingen uit verschillende reviews

(Flemming en Hubner, 2013; Riesenberg e.a., 2010; Staggers en Blaz, 2013). De reviews van Riesenberg e.a. en Staggers en Blaz noemen daarbij expliciet dat de formats passend moeten zijn binnen de context waarin verpleegkundigen en verzorgenden werken (Riesenberg e.a., 2010; Staggers en Blaz, 2013).
De review van Blair en Smith (2012) beschrijft een aantal formats die gebruikt kunnen worden om te zorgen dat de verslaglegging een weergave is van de observaties, beslissingen, acties en geobserveerde resultaten van verpleegkundigen. De beschreven formats geven het verpleegkundig proces weer (zie ook Bijlage 3, tabel III.2).

Eenduidige taal door gebruik van informatiestandaarden (aanbeveling 7)
In relatie tot eenduidigheid van taal geven de bestudeerde reviews weinig informatie, behalve dat ze soms aanbevelen om gebruik te maken van classificatiesystemen of andere gestandaardiseerde ordeningen te gebruiken (zie bijlage 3; Blair en Smith, 2012; Flemming en Hübner, 2013; Paans e.a., 2011; Riesenberg e.a., 2010; Staggers en Blaz, 2013; Urquhart e.a., 2009; Wang e.a.., 2011). Over eenduidigheid in de zin dat er ook tussen organisaties en tussen verschillende soorten professionals eenduidige (voor één uitleg vatbare) termen worden gebruikt, geven de reviews geen informatie. Ook wordt er in de reviews geen relatie gelegd met informatiestandaarden. De voornoemde aanbevelingen over het gebruik van eenduidige taal, zijn daarom gebaseerd op overwegingen in de projectgroep en adviesgroep en op actuele landelijke ontwikkelingen.

Samenvatting van de kennis

Elektronische verslaglegging wordt aanbevolen (aanbeveling 4), op basis van de literatuurstudie en op basis van overwegingen van de project- en adviesgroep (zie hierna). Bij deze overwegingen speelden sterk mee dat door landelijke partijen (zoals VWS en V&VN) ervan uitgegaan wordt dat voor de uitwisselbaarheid en hergebruik van gegevens elektronische verslaglegging gewenst is.

Daarbij komt zowel uit de literatuurstudie als uit de overwegingen van advies- en projectgroep naar voren dat het belangrijk is dat elektronische systemen gebruiksvriendelijk en efficiënt zijn en dat daarom bij de ontwikkeling en keuze van de systemen ook verpleegkundigen en verzorgenden zelf betrokken moeten zijn (aanbeveling 5).

Daarbij zijn er aanwijzingen uit de literatuurstudie en is er consensus in de project- en adviesgroep dat verpleegkundigen en verzorgenden voor de verslaglegging gebruik dienen te maken van formats die passen bij de context waarin zij werken (aanbeveling 6). Een format is een thematische indeling voor het ordenen van gegevens. Zo'n thematische indeling kan bijvoorbeeld ontleend worden aan een ordeningssysteem, bijvoorbeeld de gezondheidspatronen van Gordon.

Verder is gebruik van eenduidige taal van belang, waarvoor gebruik van informatiestandaarden nodig is (aanbeveling 7). Eenduidig wil in dit kader zeggen dat de gebruikte termen in de verslaglegging maar voor één uitleg vatbaar zijn. Bij het verschijnen van deze richtlijn is de eOverdracht nog de enige beschikbare informatiestandaard. 'Informatiestandaarden worden ingebouwd, (en daarmee voor verpleegkundig gebruik ter beschikking gesteld), in het elektronische dossier en zijn bedoeld om die eenduidigheid van termen te bevorderen.
Deze aanbeveling is gebaseerd op overwegingen van de projectgroep.

Uitgangsvraag 3

Hoe kan de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk worden gemaakt?

April 2022

Inleiding

Uit de knelpuntenanalyse (zie Bijlage 6) bleek onder meer dat er vanuit zorgorganisaties weinig aandacht is voor de inhoudelijke kwaliteit van de verslaglegging van verpleegkundigen en verzorgenden. Dit was aanleiding voor de formulering van de uitgangsvraag 3.

Aanbevelingen

OVERWEEG

8. Monitor en evalueer de kwaliteit van de verslaglegging. Dit doe je door ten minste na te gaan of de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger betrokken is geweest, de verslaglegging een weergave is van alle fasen van het verpleegkundig proces, en of de eOverdracht is gebruikt.

   Voornoemde aanbeveling geldt voor alle verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren die de verslaglegging over de individuele cliëntenzorg uitvoeren. Daarbij kan er wel gekozen worden om binnen een team, afdeling of organisatie iemand verantwoordelijk te maken voor systematische monitoring en evaluatie (bijvoorbeeld een verpleegkundige in een kwaliteitsfunctie binnen de organisatie).

Overwegingen

Het monitoren en evalueren van de kwaliteit van de verslaglegging wordt door de project- en adviesgroep belangrijk gevonden om te kunnen achterhalen waar de verslaglegging verbeterd kan worden. Voor het monitoren kunnen bestaande (gevalideerde) meetinstrumenten gebruikt worden, zoals de Nederlandstalige D-Catch, maar verpleegkundigen en verzorgenden kunnen ook op een andere wijze de kwaliteit van hun verslaglegging monitoren en evalueren. Die vrijheid is volgens de project- en adviesgroep wenselijk, omdat nog geen algemeen geaccepteerde, setting-overschrijdende indicatoren en daaraan verbonden Nederlandstalige meetinstrumenten zijn voor de kwaliteit van verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.

Omdat de landelijke ontwikkelingen betreffende informatiestandaarden en zorginformatie-bouwstenen in volle gang is (zie toelichting bij de Overwegingen van uitgangsvraag 2), is het ook nog te vroeg om precies voor te schrijven met welke indicatoren en instrumenten de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk moet worden gemaakt. Wel is het belangrijk dat de kwaliteit van de verslaglegging regelmatig en op systematische wijze wordt gemonitord en geëvalueerd.

Ook al zijn er nog geen landelijk vastgestelde indicatoren en meetinstrumenten om de kwaliteit van de verslaglegging te monitoren, verpleegkundigen en verzorgenden kunnen wel afspraken met elkaar maken over hoe vaak (bijvoorbeeld 1 x per maand) en op welke wijze ze de verslaglegging gaan monitoren. Elementen uit de aanbevelingen in deze richtlijn kunnen hierbij als uitgangspunt genomen worden. Bijvoorbeeld aangaande de vraag of de cliënt of wettelijk vertegenwoordiger betrokken is geweest bij de verslaglegging van het zorgplan, de verslaglegging een logische en voldoende inhoudelijke weergave van alle fasen van het verpleegkundig proces is, en of dat de eOverdracht is gebruikt is.

Conclusies

Conclusie uit de kennis

De aanbeveling over het monitoren en evalueren van de kwaliteit van de verslaglegging wordt wetenschappelijk onderbouwd door verschillende reviews uit de internationale literatuurstudie (Flemming en Hubner, 2013; Matic e.a, 2010, Paans e.a., 2011; Riesenberg e.a., 2010; Wang e.a., 2011, zie de tabel III.4 in Bijlage 3).
Uit de systematische literatuurstudie bleek ook dat er nog geen bestaande indicatoren voor de kwaliteit van verpleegkundige en verzorgende verslaglegging zijn. Wel beschrijven enkele reviews uiteenlopende instrumenten/tools voor het meten van de kwaliteit van verpleegkundige verslaglegging (Flemming en Hubner, 2013; Matic e.a, 2010, Paans e.a., 2011; Riesenberg e.a., 2010; Wang e.a., 2011). Deze instrumenten bestaan allen uit een aantal gerichte beoordelingsvragen over de kwaliteit en volledigheid van de verpleegkundige en verzorgende verslaglegging.
De review van Paans e.a. (2011) beschrijft als enige van de reviews een Nederlandstalig instrument: het D-Catch instrument. De D-Catch (Paans e.a., 2010, Tuinman e.a., 2017), is oorspronkelijk ontwikkeld om de accuraatheid van de verpleegkundige verslaglegging in ziekenhuizen in kaart te brengen (Paans e.a., 2010) en is afgeleid van het Cat-ch-Ing instrument dat ook in de review van Wang e.a. (2011) wordt beschreven.

Samenvatting van de kennis

Om de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk te maken, is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden die kwaliteit monitoren en evalueren. Deze conclusie en de daaraan verbonden aanbeveling is zowel gebaseerd op de literatuurstudie als uit overwegingen van de project- en adviesgroep (zie hierna). Zolang nog onduidelijk is welke indicatoren of meetinstrumenten passen bij de informatiestandaarden die de komende jaren nog worden ontwikkeld, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden zelf kiezen hoe ze de kwaliteit van hun verslaglegging monitoren en evalueren.

Uitgangsvraag 4

Wat zegt wetgeving over aspecten die relevant zijn voor verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden?

April 2022

Aanbevelingen

Inleiding

Om uitgangsvraag 4 te beantwoorden zijn juridische documenten en relevante wetten geraadpleegd die worden toegelicht in deze module.

Er zijn geen concrete aanbevelingen beschreven. Deze module wordt gezien als een kennissynthese van relevante wetgeving in relatie tot de verslaglegging die wordt uitgevoerd door verpleegkundige en verzorgenden. Deze kennissynthese is verwerkt in het onderdeel ‘Samenvatting van kennis’.

Dit onderdeel is relevant voor zowel verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren die de verslaglegging uitvoeren als voor leden van een Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad en verpleegkundigen of verzorgenden in managementfuncties. Zij hebben allen zich te houden aan de wettelijke kaders die in deze module nader worden beschreven

Conclusies

Samenvatting van de kennis uit juridische paragraaf

De belangrijkste punten op een rij:

Wettelijke rechten cliënten

De cliënt heeft de volgende wettelijke rechten waar verpleegkundigen en verzorgenden rekening mee moeten houden bij de verslaglegging:

- Recht op inzage en afschrift van het zorgdossier.
- Recht op het toevoegen van een eigen verklaring aan het zorgdossier.
- Recht op het aanvullen, verbeteren, afschermen en vernietigen van gegevens in het zorgdossier.
- Recht op geheimhouding.
- Recht op informatie over hoe gegevens verwerkt worden.
- Recht op informatie over de cliëntenrechten met betrekking tot het zorgdossier en de omgang met de gegevens.

Wettelijke plichten van zorgorganisaties en professionals

Naast de wettelijke rechten van de cliënt staan ook de volgende wettelijke plichten van zorgorganisaties en zorgprofessionals:

- Dossierplicht. Zorgorganisaties en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals moeten voor iedere cliënt een eigen dossier aanleggen.
- Plichten bij zorgplan. Je bent verplicht om het zorgplan in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger op te stellen en te evalueren.
- Bewaarplicht en bewaartermijnen. Het dossier, inclusief de door verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegde gegevens, moet minimaal 20 jaar bewaard worden, gerekend vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vastgelegd.
- Informatieplicht. Als je gegevens in het dossier noteert, heb je een informatieplicht tegenover de cliënt. De cliënt moet geïnformeerd worden over de identiteit van de verantwoordelijke zorgprofessional en het doel van de verwerking en opslag van de gegevensverwerking.

In de volgende paragrafen wordt een nadere toelichting gegeven.

Wettelijke rechten en plichten bij verslaglegging

De cliënt heeft verschillende rechten waar verpleegkundigen of verzorgenden rekening mee moeten houden bij de verslaglegging. De volgende alinea's vatten ze samen.

<u>Rechten van cliënten bij verslaglegging</u>

Aanvullen, verbeteren, afschermen en vernietigen (artikel 7:454 BW, artikel 7:455 BW)

De cliënt heeft als hij of zij dat wil, het recht een eigen verklaring aan de formele verslaglegging toe te voegen. Een cliënt kan verzoeken gegevens die je opschrijft in het dossier te vernietigen, aan te vullen, te verbeteren of af te schermen. Je moet dit verzoek honoreren, wanneer er geen aanmerkelijk belang is voor een ander dan de cliënt.

Inzage en afschrift van het dossier (artikel 7:456 BW)

De cliënt heeft recht op inzage in en/of een afschrift van zijn of haar dossier. Dit geldt voor zowel papieren dossiers als voor elektronische dossiers. Inzage in en/of een afschrift van het dossier mag doorgaans niet worden geweigerd aan de cliënt.

Conclusies

Geheimhouding (artikel 7:457 BW)
De cliënt of diens vertegenwoordiger moet toestemming hebben gegeven wanneer aan anderen informatie over de cliënt of inzage in diens dossier of een kopie daarvan wordt gegeven. Uitzondering op de toestemmingsvereiste is het verstrekken van gegevens of inzage in het dossier aan zorgprofessionals die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst (vaak medebehandelaar) of aan de vervanger (waarnemer) van de zorgprofessional. De medebehandelaar of waarnemer mag enkel informatie ontvangen die van belang is voor zijn of haar aandeel in de behandeling.

Informatie over gegevensverwerking
Zorgorganisaties en (zelfstandig gevestigde) zorgprofessionals moeten voor de verwerking van persoonsgegevens toestemming vragen aan de cliënt. Een cliënt heeft recht op informatie over wat wordt genoteerd en wat er mee wordt gedaan. Dit betekent dat de cliënt recht heeft op informatie en uitleg over wat gerapporteerd wordt en wat het doel van de verslaglegging is.

Informatie over cliëntenrechten
De cliënt dient geïnformeerd te zijn over zijn of haar rechten met betrekking tot het dossier en de omgang met zijn of haar gegevens.

Naast de wettelijke rechten van de cliënt staan ook wettelijke plichten van zorgprofessionals en zorgorganisaties. De volgende alinea's bieden een overzicht van deze plichten.

<u>Plichten van zorgprofessionals en zorgorganisaties bij verslaglegging</u>

Dossierplicht (artikel 7:454 BW)
Zorgorganisaties en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals moeten voor iedere cliënt een eigen dossier aanleggen. Volgens de WGBO moet de verpleegkundige of verzorgende in het dossier alle gegevens over de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde handelingen noteren die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening. De wet vertelt niet precies om welke gegevens het gaat. Beroepsnormen, handreikingen en richtlijnen zijn in dit kader een goed hulpmiddel om de bedoeling van de wet een praktische betekenis te geven.

Zorgplan
Het zorgplan is een onderdeel van het dossier. Uit de Wet langdurige zorg (Wlz) volgt dat verpleegkundigen of verzorgenden verplicht zijn om een zorgplan op te stellen. In het zorgplan worden de afspraken vastgelegd die de zorgaanbieder met de cliënt maakt over de zorg en ondersteuning. In de Wlz is vastgelegd dat de zorgaanbieder binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening, onderscheidenlijk een evaluatie en actualisatie, de uitkomsten van de bespreking met de cliënt vastlegt in een zorgplan (artikel 8.1.1 Wlz tot en met artikel 8.1.3 Wlz). Waar de situatie dit toelaat dient dit zoveel mogelijk in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger te gebeuren.

De eerste versie van het zorgplan dient ondertekend te worden door de cliënt/diens vertegenwoordiger. Bij wijzigingen in het zorgplan is een handtekening geen vereiste.
In de paragraaf "Het elektronisch dossier en NEN-normen" wordt op het aspect van herleidbaarheid nader ingegaan (zie in die paragraaf de uitleg over NEN 7513).

Bewaarplicht en bewaartermijnen (artikel 7:454 BW)
Het dossier, inclusief de door verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegde gegevens, moet minimaal 20 jaar bewaard worden, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Conclusies

Op grond van de Archiefwet moet in Universitair Medische Centra een aantal basisdocumenten gedurende 115 jaar bewaard worden. Deze lange bewaarplicht geldt voor de ontslagbrief, het operatieverslag, het anesthesieverslag, het PA-verslag, het verslag van spoedeisende hulp en alle informatie over calamiteiten.

Informatieplicht
Wanneer je als verpleegkundige of verzorgende gegevens in het dossier noteert, heb je een informatieplicht tegenover de cliënt. De cliënt moet geïnformeerd worden over wie (welke zorgprofessional) voor de verwerking en de opslag van de gegevens verantwoordelijk is. Ook is het van belang om de patiënt te informeren welke zorgverleners inzage hebben in het dossier.

Andere wetgeving van belang voor verslaglegging

Naast de bovengenoemde bepalingen uit onder andere de WGBO, is er nog een aantal wetten waar regels met betrekking tot verslaglegging binnen een specifieke sector zijn opgenomen.

Wet BIG
De wet BIG omvat onder meer de geheimhoudingsplicht van de zorgprofessional. In artikel 88 van de wet BIG is het beroepsgeheim vastgelegd voor alle beroepsbeoefenaren die onder de bepalingen van de Wet BIG vallen. De beroepsbeoefenaren zijn verplicht tot geheimhouding bij de uitoefening van een beroep in de individuele gezondheidszorg. Aan het medisch beroepsgeheim wordt nadere invulling gegeven in de WGBO. Met het doorgeven van gegevens zonder toestemming van de cliënt doorbreekt de zorgprofessional het beroepsgeheim.
Doorbreking van het beroepsgeheim kan plaatsvinden in de volgende gevallen:

- bij wettelijk voorschrift;
- als de cliënt toestemming heeft gegeven;
- als de zorgprofessional in een situatie van conflict van plichten komt. In deze situatie meent de zorgprofessional dat hij/zij het beroepsgeheim moet doorbreken omdat een ander concreet belang zwaarder weegt en omdat met het doorbreken van de zwijgplicht een ernstig nadeel voor de cliënt of een andere persoon kan worden voorkomen. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:
    - de zorgprofessional verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht;
    - alles is geprobeerd om eerst toestemming van de cliënt te verkrijgen;
    - er is geen andere weg om het probleem op te lossen dan door doorbreking van het beroepsgeheim;
    - het niet doorbreken van de zwijgplicht levert voor een ander ernstige schade op;
    - het is vrijwel zeker dat die schade kan worden voorkomen of beperkt door de zwijgplicht te doorbreken;
    - het beroepsgeheim moet zo min mogelijk geschonden.

Algemene Verordening Gegevensbescherming
De Algemene Verordening gegevensbescherming (AVG) is van toepassing voor iedereen die gegevens van een ander vastlegt en hier iets mee wil doen. De wet is niet specifiek bedoeld voor verslaglegging in de zorg, maar bevat wel een aantal bepalingen die van belang zijn voor de verwerking van cliëntgegevens. Een belangrijke bepaling in dit kader is dat het vastleggen van bijzondere gegevens, waaronder gegevens over de gezondheid van cliënten, verboden is als dit een andere reden heeft dan een goede behandeling of verzorging (artikel 9 lid 2 AVG). Je mag dus niet zomaar, zonder reden, gezondheidsgegevens verzamelen en documenteren. Een belangrijke bepaling uit de AVG is dat de gegevens slechts verwerkt mogen worden als de cliënt hiervan op de

hoogte is en toestemming heeft gegeven. De zorgprofessional die de gegevens verwerkt, heeft de verplichting om de gegevens te beschermen.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Volgens de begripsomschrijving in de Wkkgz is een dossier de schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt. Er moet een aantekening in het dossier worden gemaakt indien er een melding is van een calamiteit. Onder een calamiteit wordt een niet-verwachte gebeurtenis die (ernstige) schade kan veroorzaken verstaan. De Wkkgz richt zich tot de zorgaanbieder. Dat zijn zorgorganisaties en individuele beroepsbeoefenaren.

Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvggz)
Per 1 januari 2020 is de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz in de psychiatrie. In de Wet zorg en dwang is de bepaling opgenomen dat de zorgaanbieder samen met de cliënt een zorgplan opstelt. De zorgverantwoordelijke zorgt voor het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van het zorgplan en het cliëntdossier.
De zorgverantwoordelijke overlegt hierover met de cliënt en zijn vertegenwoordiger.

De geboden onvrijwillige zorg dient in het cliëntendossier te worden opgenomen. De gegevens over de onvrijwillige zorg moeten beschikbaar zijn voor Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Er moet ieder halfjaar een overzicht van de geboden zorg aan IGJ worden verstrekt. Daarnaast moet ieder half jaar een analyse van de registraties op locatieniveau bij de IGJ aangeleverd worden.

Bepalingen in overige wetten
De Wet op de lijkbezorging, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet publieke gezondheid bevatten onder andere een verplichting tot het melden van bepaalde gegevens. De Wet publieke gezondheid bevat bijvoorbeeld een verplichting voor het melden van infectieziekten zoals malaria, cholera en q-koorts.
De meldplicht in deze wetgeving doorbreekt het beroepsgeheim van de beroepsbeoefenaar.

Bepalingen met betrekking tot toezicht
In het kader van toezicht en handhaving hebben verschillende ‘bevoegden’ ook recht op inzage in het dossier. Dit is in ieder geval de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. In het kader van de uitvoering van de Wlz, Wmo en Zvw hebben zorgverzekeraars soms ook toegang tot bepaalde in die wetten omschreven gegevens. Zorgverzekeraars mogen echter geen individuele verzorgenden en verpleegkundigen om cliëntgegevens vragen. Individuele verzorgenden en verpleegkundigen geven derhalve zorgverzekeraars geen toegang tot deze gegevens.

De inhoud van het dossier
De WGBO heeft geen bepalingen over de vorm of inhoud van het dossier. Een dossier moet wel die gegevens bevatten die noodzakelijk zijn voor een goede hulpverlening zoals gegevens die de inhoud van het medisch handelen weergeven, gegevens die noodzakelijk zijn voor de continuïteit van zorg en wilsverklaringen.

Zeggenschap en inzagerecht
De cliënt heeft zeggenschap over de gegevens die over hem worden vastgelegd. Cliënten hebben op grond van de WGBO en de AVG recht op inzage in het dossier. De zorgverlener is verplicht om de cliënt inzage te geven indien hij hier om vraagt.
Dit inzagerecht betreft echter niet de persoonlijke werkaantekeningen van een zorgverlener. Persoonlijke werkaantekeningen zijn bijvoorbeeld indrukken of vragen van de zorgverlener, alvorens het zorgplan wordt opgesteld. Deze werkaantekeningen hebben een tijdelijk karakter.

Conclusies

In uitzonderingssituaties kan een zorgverlener weigeren een bepaald gedeelte van het dossier door de cliënt te laten inzien. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de privacy van iemand anders dan de cliënt wordt geschaad door inzage in dat deel van het dossier. Het privacybelang moet hierbij zwaarder wegen dan het inzageverzoek van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij het vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling.
Er kunnen zich ook situaties voordoen waarin een zorgverlener iets in het dossier of specifiek het zorgplan noteert waar de cliënt het niet mee eens is en de cliënt geen toestemming geeft om dat te noteren.
De Wet Langdurige Zorg schrijft in artikel 8.1.3 lid 4 en artikel 8.1.3 lid 5 het volgende voor: “Voor zover de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger te kennen heeft gegeven geen toestemming te geven voor de zorgverlening, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.”
“Voor zover de zorgaanbieder op grond van artikel 8.1.1, vierde of vijfde lid, geen gevolg geeft aan een weloverwogen wens van de verzekerde of de vertegenwoordiger inzake de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.”
Daarmee schrijft de wet dus niet voor dat de cliënt het eens moet zijn met wat wordt gedocumenteerd, maar wanneer de cliënt het oneens is met het zorgplan of onderdelen van het zorgplan dan moet dit worden gedocumenteerd door de zorgverlener.

Ook hebben cliënten recht op afschrift van hun dossier. De cliënt mag na ontslag, een kopie van de documentatie uit het dossier ontvangen. Daarnaast heeft de cliënt het recht om informatie te ontvangen over degene die gegevens over de cliënt beschikbaar heeft gesteld en aan wie gegevens zijn verstrekt.
Deze verplichting staat in artikel 15 AVG en met betrekking tot elektronische gegevens is dit specifiek vastgelegd in de Wet cliëntenrechten bij verwerking van elektronische gegevens in de zorg.

Bewaartermijn dossier

Volgens de WGBO worden de gegevens in het dossier 20 jaar bewaard, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit (artikel 7:454 lid 3 BW). De gegevens mogen langer bewaard worden voor zover dit redelijkerwijs uit de zorg van een goed zorgprofessional voortvloeit. Het langer bewaren moet voldoende gemotiveerd worden. Als er bijvoorbeeld een bepaalde erfelijke ziekte in een familie is, kan het wenselijk zijn dat de dossiers van de familieleden langer bewaard worden. Dit is dan ook toegestaan. Als er sprake is van een langdurige behandeling kan het ook zijn dat het dossier langer bewaard moet worden dan 20 jaar. Ook als de gegevens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek dan mogen de gegevens langer worden bewaard.

Vernietigen van dossiers

Na verloop van de bewaartermijn dienen dossiers vernietigd te worden. Dat is vaak lastig en bij het vastleggen van gegevens wordt daar niet altijd rekening mee gehouden. Na afronding van een behandeling of een zorgtraject kan een samenvatting worden gemaakt waarin alle relevante informatie wordt weergegeven. De onderliggende informatie mag echter gedurende de bewaartermijn niet worden weggegooid.

De cliënt kan zelf wel verzoeken het dossier te vernietigen binnen de daarvoor gestelde bewaartermijn. De zorgprofessional zorgt ervoor dat de gegevens binnen drie maanden na het verzoek worden vernietigd, tenzij het bewaren van de gegevens van belang is voor een ander dan de cliënt of voortvloeit uit een wettelijk voorschrift. Het belang van deze ander moet groot genoeg zijn om bewaren te rechtvaardigen. Een zorgverlener kan het verzoek van de cliënt om het dossier te vernietigen afwijzen indien er een schadeclaim tegen hem is ingediend en het dossier bewijsmateriaal bevat. Voor het terecht afwijzen van een verzoek tot vernietiging kan de zorgverlener niet als reden aanvoeren dat de gegevens van belang zijn voor de verdere

behandeling van de cliënt. De zorgverlener is verplicht om de cliënt te wijzen op de risico's die eraan verbonden zijn dat er bij een vervolgbehandeling niet kan worden teruggegrepen op de gegevens uit het (recente) verleden.

Weigert de cliënt hiernaar te luisteren en blijft bij hij of zij bij het verzoek tot vernietiging, dan moet de zorgverlener hieraan gehoor geven. Een verzoek tot vernietiging van de gegevens moet altijd schriftelijk worden ingediend bij de zorgverlener. Dit verzoek kan als bewijs in het dossier worden opgenomen.

Wijzigen van gegevens

In de AVG is opgenomen dat de betrokkene de verantwoordelijke zorgprofessional schriftelijk kan verzoeken de gegevens die over hem haar gaan te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Om een discussie over de juistheid van de in het medisch dossier opgenomen gegevens te voorkomen is het recht van verbetering niet opgenomen in de WGBO. Hiervoor in de plaats is het recht op aanvulling van de gegevens.
De zorgverlener voegt op het verzoek van de cliënt een door hem afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken toe aan het dossier. Indien de cliënt op- of aanmerkingen heeft over wat er in het dossier over zijn gezondheidstoestand staat opgeschreven, kan een verklaring van de cliënt in het dossier worden opgenomen.

Verslaglegging bij vrijheidsbeperkende maatregelen

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen geldt er een uitgebreider wettelijk kader, nader uitgewerkt in de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte GGZ. Deze wetgeving is in de praktijk ook in protocollen binnen zorgorganisaties uitgewerkt.
Er moet informatie worden opgenomen in het dossier over de reden van en de condities waaronder de vrijheidsbeperking plaatsvindt, en daarbij de termijn van het beëindigen van de vrijheidsbeperkende interventies.
Hierbij dient genoteerd te worden:

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

Het elektronisch dossier en NEN-normen

Een elektronisch dossier moet aan diverse beveiligingseisen voldoen die onder andere zijn opgenomen in de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg. Deze wet richt zich specifiek op elektronische gegevensuitwisseling. De regels in deze wet komen overeen met wat er in de AVG staat.
De bepaling van de Wet cliëntenrechten zijn opgenomen in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz).
Op basis van deze wet heeft de zorgaanbieder een aantal verplichtingen, waaronder het volgen van de zogenoemde NEN-normen.
In deze NEN-normen staan onder andere normen en procedures voor elektronische uitwisselingssystemen en interne zorginformatiesystemen.
Verder bevatten de NEN-normen veiligheidseisen en zorgvuldigheidseisen voor elektronische uitwisselingssystemen. De zorgaanbieder dient tenslotte gebruik te maken van verbindingen die voldoen aan de betreffende NEN-norm. NEN-normen die in het kader van elektronische

dossiervoering relevant zijn, zijn onder andere de NEN 7510 (informatiebeveiliging in de zorg), NEN 7512 (gegevensuitwisseling).
De NEN 7513 gaat over 'logging' in het elektronisch dossier. Deze NEN biedt houvast aan een zorgaanbieder over wat mag worden verwacht als het gaat om herleidbaarheid van wie toegang heeft gehad tot het dossier.

Om logging mogelijk te maken zijn de volgende gegevens noodzakelijk:
- De gebeurtenis die plaatsgevonden heeft.
- Het tijdstip waarop de betreffende gebeurtenis heeft plaatsgevonden.
- Welke cliënt het betreft.
- Wie de gebruiker van het elektronisch systeem was die de gebeurtenis heeft laten plaatsvinden.
- Namens welke verantwoordelijke de betreffende gebruiker optrad.

De wet is vaag als het gaat over inzicht in log-gegevens. De Autoriteit Persoonsgegevens zegt hier het volgende over: cliënten hebben in principe recht op een volledig logoverzicht bij het medisch dossier. Behalve als het belang van de bescherming van de rechten en vrijheden van zorgverlener(s) zwaarder weegt. Dit moet wel goed worden gemotiveerd.

Beveiligingseisen betreffen niet alleen de beveiliging van het elektronische verkeer door middel van firewall, antivirusprogramma's en dergelijke, maar ook beveiliging van de toegang tot gegevens op de werkplek. Een voorbeeld van dit laatste is het afschermen van het beeldscherm zodat niet iedereen kan meekijken en het "op slot gaan" van het scherm als er niet aan het dossier wordt gewerkt.

Verder is de zorgverlener met ingang van 2020 verplicht om aan patiënten online inzage te geven in de eigen medische gegevens.

Normen en regels van landelijke organisaties

Deze richtlijn verslaglegging verwijst slechts in beperkte mate naar landelijke documenten waarin gegevens worden genoemd die zorgprofessionals in het cliëntendossier moeten opnemen of overdragen. Een aantal voorbeelden van dergelijke documenten, die vaak sectorspecifiek en functieafhankelijk zijn worden hieronder uitgelicht.

Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden[11]
Ook op grond van de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden moeten verpleegkundigen en verzorgenden vastleggen welke informatie is gegeven aan de zorgvrager (of zijn vertegenwoordiger) en welke afspraken zijn gemaakt. Een beroepsbeoefenaar mag hiervan afwijken, bijvoorbeeld als een cliënt of een cliëntsituatie daar uitdrukkelijk om vraagt. Dit moet je dan overigens wel goed motiveren en rapporteren.

Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (EGIZ)
Naast de wettelijke bepalingen is er de Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg, waarin heldere en toepasbare (gedrags)regels voor gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders worden geformuleerd, bijvoorbeeld ten aanzien van autorisatie, identificatie en authenticatie, en 'logging'. Alle vormen van zorgverlening tussen instellingen en praktijken waarbij elektronische informatie-uitwisseling plaatsvindt, vallen binnen de reikwijdte van de Gedragscode. Hiermee geldt de Gedragscode voor de gehele zorgsector.

[11] De Nederlandse Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden is tot stand gekomen via een unieke samenwerking tussen Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), NU'91, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, Healthcare Christian Fellowship Nederland (HCF), Reformatorisch Maatschappelijke Unie (RMU) sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' en CGMV vakorganisatie voor christenen.

Conclusies

KNMG Richtlijn omgaan met medische gegevens
In deze Richtlijn beschrijft de KNMG op welke wijze artsen, met inachtneming van hun beroepsgeheim, medische gegevens mogen verzamelen, opslaan, uitwisselen of anderszins mogen gebruiken. De Richtlijn beschrijft de hoofdregels en uitzonderingen met betrekking tot het omgaan met medische gegevens. De Richtlijn is een uitwerking van wettelijke bepalingen en kan ook door verpleegkundigen en verzorgenden als een soort handboek worden gebruikt.

Richtlijn medicatieoverdracht in de keten
De Richtlijn medicatieoverdracht in de keten schrijft voor dat op elk moment van voorschrijven er een actueel medicatieoverzicht beschikbaar moet zijn. De richtlijn medicatieoverdracht in de keten streeft hierbij naar het voorkomen van fouten bij overdracht van medicatiegegevens en het vergroten van de patiëntveiligheid, doordat samenwerkende zorgprofessionals altijd over een actueel medicatieoverzicht beschikken.

Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg
De Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg formuleert aandachtspunten bij de samenwerking in de zorg waar meer dan één zorgverlener bij betrokken is. De Handreiking formuleert diverse aandachtspunten ten aanzien van onder andere overdracht, een up-to-date zorgplan of behandelplan, aanspreekpunt bij vragen, eindverantwoordelijkheid voor zorgverlening en het verwerken van relevante gegevens in het dossier van de cliënt.

Verantwoordelijkheden van het management van zorgorganisaties

Zorgorganisaties hebben de verantwoordelijkheid dat er voor iedere cliënt een dossier wordt aangelegd. Bij de inrichting van het dossier is van belang dat het management van zorgorganisaties rekening houdt met deze richtlijn verslaglegging. De zorgorganisatie moet erop toezien dat de verpleegkundigen en verzorgenden de voornoemde rechten van de cliënt met betrekking tot zijn dossier honoreren. Ook moeten zij ervoor zorgen dat zorgverleners de voornoemde plichten bij de verslaglegging naleven. Van belang is verder dat zorgorganisaties 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. Ook heeft het management een verantwoordelijkheid bij het monitoren van de kwaliteit van de verslaglegging en het implementeren van deze richtlijn (zie de volgende hoofdstukken).

Bijlagen

April 2022

Bijlage 1

Algemene achtergrondgegevens

De richtlijn is gefinancierd door ZonMw. (Programma Ontwikkeling Kwaliteitsstandaarden). Deze richtlijn is ontwikkeld op initiatief van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). V&VN is tevens eigenaar van deze richtlijn. De Hanzehogeschool, Groningen en het Nivel hebben de richtlijn ontwikkeld, in samenwerking met andere leden van de projectgroep, genoemd in Bijlage 2.

Het ontwikkeltraject, in aansluiting bij de AQUA-leidraad

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn zijn drie hoofdfases doorlopen:
I. voorbereidingsfase, II. ontwikkelfase en III. afrondingsfase.

Hierna volgt een schematisch overzicht van hoe de activiteiten genoemd in de leidraad van AQUA (2015), opgepakt zijn in de verschillende (sub)fasen van het richtlijnontwikkeltraject.

I. VOORBEREIDINGSFASE

Activiteiten genoemd in AQUA-leidraad	Gerelateerde sub-fasen in dit richtlijnproject	Fasering	Uitvoerders
Het onderwerp, het doel en de doelgroep van de kwaliteitsstandaard worden vastgesteld.	ONTWIKKELING PROJECTVOORSTEL	Begin 2016	Aanvragers vanuit Hanzehogeschool (HH) en Nivel.
De initiatiefnemer van de kwaliteitsstandaard identificeert de betrokken beroepsorganisaties en organisaties van zorggebruikers.	FASE Ia. NADERE IDENTIFICATIE VAN STAKEHOLDERS	Medio 2016	Projectleider van HH, in overleg met o.a. V&VN en Nivel.
De primair betrokken organisaties stellen de werkwijze vast Bij alle fasen van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden zijn inhoudsdeskundigen, ervaringsdeskundigen en methodologische experts betrokken. Oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling moet worden voorkomen.	FASE Ib. NADERE INRICHTING PROJECTSTRUCTUUR Naast de uitvoerende projectgroep is een bredere adviesgroep met stakeholders samengesteld. Alle relevante stakeholders zijn vertegenwoordigd (o.a. vertegenwoordigers van patiënten, verpleegkundigen en verzorgenden en een zorgverzekeraar). Zij hebben geen commerciële belangen bij deze richtlijn.	Najaar 2016	Projectleider van HH, in overleg met o.a. V&VN en Nivel.

II. ONTWIKKELFASE

Activiteiten genoemd in AQUA-leidraad	Gerelateerde subfasen in dit richtlijnproject	Fasering	Uitvoerders
Het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden start met een knelpuntenanalyse. Op grond van een knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld.	FASE II.2. KNELPUNTENANALYSE, bestaande uit: 'deskresearch'; survey onder landelijke Panel Verpleging en Verzorging; groepsinterview met vier cliënten en vier mantelzorgers; groepsgesprek met acht verpleegkundigen en verzorgenden; individuele interviews met zes zorgmanagers. De uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn beschreven in 2 gepubliceerde artikelen (de Groot e.a., 2017a en 2017b). De knelpuntenanalyse is gepresenteerd in de project- en adviesgroepbijeenkomsten, wat leidde tot de formulering van de uitgangsvragen.	Eind 2016/ begin 2017	HH: deskresearch en interviews en groepsgesprekken Nivel: survey. Projectgroep en adviesgroep: vatstellen uitgangsvragen.
Bij de beantwoording van de uitgangsvragen wordt de kennis systematisch samengevat en transparant gepresenteerd.	FASE II.3. SYSTEMATISCHE INTERNATIONALE LITERATUURSTDIE ter beantwoording van de uitgangsvragen.	Eerste helft 2017	Nivel i.s.m. HH.
De werkwijze om de tekst met aanbevelingen op te stellen is expliciet beschreven. De aanbevelingen zijn specifiek geformuleerd. De kwaliteitsstandaard: -heeft een aantal vast herkenbare onderdelen en een modulaire opbouw; - besteedt aandacht aan kennislacunes; - bevat voorstel om geleverde zorg te kunnen toetsen; - bevat een voorstel voor afgeleide producten die de toepassing van de kwaliteitsstandaard bevorderen.	FASE II.4 FORMULERING CONCEPT-AANBEVELINGEN Op basis van inzichten uit de systematische internationale literatuurstudie, en rekening houdend met landelijke ontwikkelingen rondom het streven naar 'eenheid van taal' in verslaglegging zijn concept-aanbevelingen geformuleerd. FASE II.5 SCHRIJVEN VAN CONCEPT-RICHTLIJN De kern van de richtlijn vormen de aanbevelingen die in de kernhoofdstukken. Waar geschikt, is vooralsnog aangesloten bij de indeling en inhoud van de richtlijn uit 2011. Kennislacunes worden beschreven evenals criteria om de kwaliteit van de verslaglegging te toetsen. FASE II.6 BESPREKING VAN CONCEPT-RICHTLIJN IN DIVERSE	Vanaf 2e helft 2017 tot en met 2019	HH i.s.m. Nivel, V&VN en andere leden van projectroep.

	OVERLEGGEN VAN PROJECT- EN ADVIESGROEP. In verschillende bijeenkomsten en mailrondes zijn steeds verder ingevulde versies van de conceptrichtlijn -inclusief de aanbevelingen-, besproken met de projectgroep en de adviesgroep.		
	II.6 PILOTIMPLEMENTATIE De pilotimplementatie zal worden uitgevoerd in twee uiteenlopende zorgsettings: in een academisch ziekenhuis (Radboud) en in een thuiszorgorganisatie.	2020	IQ healthcare i.o.m. HH en projectgroep.

III. AFRONDINGSFASE

Activiteiten genoemd in AQUA-leidraad	**Gerelateerde subfasen in dit richtlijnproject**	**Fasering**	**Uitvoerders**
Voor publicatie van de kwaliteitsstandaard worden experts en toekomstige gebruikers van de kwaliteitsstandaard geraadpleegd.	FASE III.1. SCHRIJVEN VAN PRE-DEFINITIEVE VERSIE RICHTLIJN EN VOORLEGGEN AAN ADVIESGROEP EN EXPERTS. Via de mail wordt de adviesgroep en ook nog een bredere groep van experts (circa n=50) om feedback gevraagd op de pre-definitieve versie.	2020	HH i.s.m. projectgroep.
De kwaliteitsstandaard wordt geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiënten- / cliëntenorganisatie(s). Een procedure voor herziening van de kwaliteitsstandaard is vermeld. De primair betrokken organisaties zetten zich in om de toepassing van de kwaliteitsstandaard in de praktijk te bevorderen.	FASE III.2 VASTSTELLEN DEFINITIEVE TEKST HERZIENE RICHTLIJN. In de definitieve richtlijn worden afspraken vastgelegd met V&VN en NU'91 (de beoogde eigenaren), over de procedure, wijze waarop en termijn van herziening. III.3 FORMULEREN EN VOORBEREIDEN VAN NOODZAKELIJKE VERVOLGSTAPPEN. Vervolgstappen betreffen: vragen van accordering aan alle in de adviesgroep vertegenwoordigde stakeholderorganisaties; voorbereidingen voor landelijke implementatie; vervolgstappen formuleren die nodig zijn om de kwaliteit van de informatie in de verslaglegging (inclusief e-		V&VN i.o.m. overige leden projectgroep. HH in nauw overleg met V&VN, NU'91 en andere projectgroepleden en adviesgroep.

	overdracht) in de toekomst beter meetbaar te maken.		

Bijlage 2

Samenstelling werkgroep/project/adviesgroep

De projectgroep
De projectgroep heeft het project geleid en gezorgd voor de coördinatie en de communicatie met de adviesgroep. De projectgroep bewaakt uitgaven en tijdsinvesteringen en onderhoudt contacten met externen.
De projectgroep heeft de conceptaanbevelingen geschreven en voorgelegd aan de adviesgroep ten behoeve van aanvullingen en commentaar. De projectgroep is voorgezeten door de projectleider en heeft een werkplan opgesteld en deze samen met de projectgroep uitgevoerd.

Leden van de projectgroep zijn:

- Wolter Paans, Hanzehogeschool Groningen
  (projectleider) Anneke Francke, Nivel
- Kim de Groot, Nivel en Thebe Wijkverpleging
  Renate Kieft, V&VN
- Lisanne van der Molen, Nictiz
- Anja Cremers, NU'91 (tot 20 november 2017)
- Dieke Feliksdal, NU'91 (vanaf 20 november 2017 tot 1 december 2019)
  Marieke Nanninga, Zorgbelang Groningen (vertegenwoordiger
  cliëntbelangen) Anne Marie Vaalburg, V&VN (tot 15 maart 2019)

Met medewerking van
- Petrie Roodbol, Hanzehogeschool Groningen, UMCG
- Mattanja Triemstra, Nivel
- Jurianne Rendering, juridisch advies

De adviesgroep
Naast de partijen in de projectgroep, is er een uitgebreide adviesgroep actief geweest waarbinnen verpleegkundigen en bestuursleden uit verschillende zorgsectoren en van het middelbaar en het hoger beroepsonderwijs, cliëntenbelangenorganisaties, Zorgverzekeraars Nederland en de Zorginformatica geparticipeerd hebben.

De adviesgroep is betrokken bij het proces van deze richtlijn door gevraagd en ongevraagd advies te geven in de commentaarfase van het traject. De leden hebben knelpunten aangedragen, hebben de opgestelde conceptteksten gelezen en hierop commentaar gegeven. De adviesgroep draagt bij aan het creëren van een breed draagvlak voor de richtlijn en bevorderen de verspreiding en het in gebruik nemen van de richtlijn.

De adviesgroep bestond uit de volgende leden:

- Aart Eliens, Advisering uit passie voor verpleegkunde Alke Nijboer, V&VN.
- Anne Kors, beleidsadviseur belangenbehartiging Hart en Vaatgroep.
- Annemiek Mulder, Actiz.
- Arina Burghouts, Patiëntenfederatie Nederland.
- Astrid Partouns, beleidsmedewerker kwaliteit landelijk platform GGZ. ZorgBelang (netwerk).
- Astrid Tuinman, docent HBO Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen / V&VN.
- Bert Scholten, VVT Ouderenzorg, NU'91.
- Carinke Buiting, arts, NHG, sectie automatisering, Contactpersoon Richtlijn Overdracht Paramedicus en Huisarts.
- Cécile Vilrokx, zelfstandig adviseur op het gebied van kwaliteit en professionaliteit in de verpleegkunde.
- Chel Coenen, ambtelijk secretaris, VAR Radboud UMC.
- Elline Hemke, beheerder van medicatieoverdracht, Meeuw en Roos.
- Erik Jansen, opleider, namens V&VN.
- Erna Vreeke, V&VN, verpleegkundige zorginformatica, ontwikkeling overdracht.
- Frida van de Klippe-Van Dam, Platform VZI, Isala Ziekenhuis, namens V&VN.
- Frouke Knetsch, expert namens de VAR van de Parnassia Groep.
- Han Huizinga, seniorbeleidsmedewerker, VGN.
- Helen Kamphuis, docent HBO Verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen.
- Ingrid van Es, beleidsadviseur Kwaliteit en Organisatie, NvZ Ziekenhuizen.
- Jaap Schrieke, Kwaliteit en verantwoording, GGZ Nederland.
- Janneke Jacobs, wijkverpleegkundige, Thebe Wijkverpleging.
- John Rijsdijk, beleidsadviseur Informatiebeleid, Zorgverzekeraars Nederland.
- Jolanda Fritsma, Zorgbelang Groningen.
- Joyce Simons, programmaleider Registratie aan de Bron, NFU.
- Karin de Grote, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, Dimence groep.
- Marcel Heldoorn, manager digitale zorg, Cliëntenfederatie Nederland.
- Marijke Hobbel, verzorgende IG, Thebe Wijkverpleging.
- Marijke Kastermans, docent HBO Verpleegkunde, verpleegkundig specialisten. Hanzehogeschool Groningen, Kenk Projecten.
- Marijke Roseboom, Directeur/eigenaar Ro-ADArbodienstverlening en verpleegkundig specialist.
- Monique Vos-Kox, Transferverpleegkundige, MMC, namens V&VN.
- Mieke Hollander, docent HBO Verpleegkunde, Zorg4effect.
- Nana Vavier, Verpleegkundige, namens V&VN.
- Nico Oud, Stichting Verpleegkundige Diagnose, Interventies en Resultaten (VDIR).
- Sara Vriezen, docent MBO Verpleegkunde, Graafschapscollege.
- Tiny Wentholt-Janssen, opleider, Archipel Zorggroep, namens V&VN.
- William Goossen, Results 4Care, Verpleegkundige Zorginformatica, EPD 4Care.
- Willy van Rijn, VVT Ouderenzorg, NU'91.
- Wilma van Loo-Rozeboom, Icare.
- Wupke Boog, docent/opleidingscoördinator Noorderpoortcollege Groningen.

Commentaarfase
Commentaar op de conceptrichtlijn is ontvangen van personen uit de volgende organisaties:

- V&VN Verpleegkundig Specialisten (VS) netwerk Dermatologie
- V&VN OG&V
- V&VN VS netwerk wondmasters.
- V&VN Maatschappij en Gezondheid, netwerk Wijkverpleegkundigen
- V&VN Beroepsontwikkeling
- V&VN VZI
- V&VN Expertgroep tweede lijn
- Zorgverzekeraars Nederland

De inhoudelijke verwerking van de commentaren is op te vragen bij: richtlijnen@venvn.nl.

Belangenverklaring
Met het oog op openbaarheid van eventuele belangen hebben de projectgroepleden een belangenverklaring afgelegd bij aanvang en na afloop. De leden van de projectgroep zijn door hun organisaties gemachtigd en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de integrale tekst van de richtlijn.

Bijlage 3

Begrippenlijst en afkortingen

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

Afkortingen

BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health.
IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd.
NNN	Een combinatie van de classificatie van NANDA-I verpleegkundige diagnosen met de verpleegkundige interventies conform de Nursing Intervention Classification, (NIC) en de verpleegkundige zorgresultaten conform de Nursing Outcome Classification, (NOC).
PGO	Persoonlijk gezondheidsomgeving.
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medical data, een medisch terminologiestelsel.
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens.
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

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

Begrippen

Bereikte zorgresultaten	Deze beschrijven de mate waarin de doelen zijn behaald. De bereikte zorgresultaten worden uitgedrukt in een gezondheidstoestand of met behulp van meetwaarden.
Classificatiesysteem	Dit is een theoretische categorisatie of rubricering van gegevens naar eigenschappen en kenmerken. Zo kun je bijvoorbeeld cliëntproblemen en interventies in een schema ordenen waarbij de eigenschappen of kenmerken overzichtelijk geordend zijn, zodat ze met elkaar in verband gebracht kunnen worden. Een voorbeeld van een classificatie is Omaha System of NNN.
Cliënt	Overkoepelende term voor ‘patiënten’, ‘cliënten’, ‘zorgvragers’, ‘hulpvragers’, ‘bewoners’, etc.
Cliëntprobleem[13]	Geeft een label (een term) aan een specifieke lichamelijke, geestelijke, sociaal of functionele gezondheidstoestand van een cliënt. Een cliëntprobleem geeft aanleiding om een zorgplan op te stellen ofwel: verpleegkundig handelen is nodig. Een cliëntprobleem wordt dan ook vanuit het verpleegkundig perspectief beschreven. Dit betekent dat verpleegkundigen en verzorgenden invloed hebben op het verbeteren of verminderen van het cliëntprobleem.
Doel	Een doel wordt geformuleerd om vast te leggen welk zorgresultaat wordt nagestreefd. De wensen en behoeften van de cliënt zijn het

[13] In deze richtlijn is cliëntprobleem een synoniem voor ‘verpleegkundige diagnosen’, ‘zorgproblemen’, ‘zorgvragersproblemen’, patiëntproblemen, ‘verpleegproblemen’, ‘gezondheidsproblemen’, ondersteuningsvragen.

	uitgangspunt bij het vaststellen van het doel. Een doel wordt uitgedrukt in een gezondheidstoestand (een lichamelijke, geestelijke, sociale of functionele toestand of welbevinden) of met behulp van meetwaarden.
Eenduidigheid van taal	Eenduidig wil zeggen dat termen, begrippen en zinnen in de verslaglegging maar voor één uitleg vatbaar zijn. Door gebruik van eenduidige taal kunnen gegevens, ondubbelzinnig en efficiënt gedeeld en overgedragen worden.
Elektronisch zorgdossier	Het digitale systeem waarin gegevens over de zorg aan de cliënt vastgelegd zijn.
eOverdracht	Via de informatiestandaard 'eOverdracht' zijn afspraken gemaakt over welke gegevens van belang zijn voor de verpleegkundige en verzorgende overdracht en hoe deze gegevens moeten worden vastgelegd in het elektronisch dossier. Het doel is dat gegevens kunnen worden uitgewisseld met zo min mogelijk informatieverlies en zonder extra registratielast. De gebruikers zijn verpleegkundigen en verzorgenden.
Evaluatie	In een evaluatie worden de bereikte zorgresultaten vergeleken met de vastgestelde doelen (gewenste zorgresultaten). Daarmee geef je een oordeel over de effectiviteit van de ingezette interventies.
Format	Een 'format' is een thematische indeling voor het ordenen van gegevens.
Informatiestandaard	Dit is een verzameling afspraken die ervoor moeten zorgen dat informatie over de zorg voor cliënten op een juiste manier digitaal wordt vastgelegd, opgevraagd, gedeeld, uitgewisseld en overgedragen.
Interventies	Interventies zijn handelingen die worden uitgevoerd door, of onder leiding van een verpleegkundige of verzorgende, om een directe of indirecte verbetering of behoud van de gezondheidstoestand van een cliënt tot stand te brengen.
Meervoudig gebruik	Dit betekent dat informatie uit verslaglegging voor meerdere doelen gebruikt kan worden, bijvoorbeeld voor wetenschappelijk onderzoek of voor verantwoordingsinformatie voor zorgverzekeraars of de Inspectie.
Persoonlijk Gezondheidsomgeving	Een digitaal hulpmiddel (via een website of app), waarmee patiënten toegang krijgen tot en kunnen beschikken over hun eigen gezondheidsgegevens.
Terminologie	Het geheel van woorden of termen. Een terminologie is een woordenboek waarin gegevens over het hele zorgproces zijn gedefinieerd, zoals observaties, omstandigheden, patiëntproblemen en medische diagnosen, ziekteprocessen, interventies, resultaten en besluitvorming.

Verpleegkundig proces	Het cyclische zorgproces dat verpleegkundigen of verzorgenden samen met de cliënt doorlopen en dat bestaat uit de volgende fasen:
	• Het verzamelen van gegevens.
	• Het opstellen en vaststellen van een zorgplan waaronder:
	  ◦ Cliëntproblemen
	  ◦ Doelen (gewenste zorgresultaten)
	  ◦ Verpleegkundige en verzorgende interventies
	  ◦ Evaluatie van bereikte zorgresultaten (tussenevaluatie) en eindevaluatie (zo nodig: verpleegkundige overdracht)

Verslaglegging	Het proces van het vastleggen van gegevens en het resultaat van dat proces: de vastgelegde gegevens.
Zorgdossier	Het systeem waarin gegevens over de cliënt vastgelegd zijn. Dit kan zowel een papieren als een elektronisch systeem zijn.

Zorgplan	In het zorgplan staan de wensen en voorkeuren van de cliënt en de cliëntproblemen, de acties en interventies, de doelen (gewenste zorgresultaten) en de bereikte zorgresultaten. Het bevat afspraken over de zorg door verzorgenden en verpleegkundigen en de betrokkenheid van familie.
Zorgsetting	Een plaats en omstandigheid waarbinnen de zorg plaatsvindt. Bijvoorbeeld een intramurale zorgsetting. Hier worden ziekenhuizen, wooncentra en verpleeghuizen mee bedoeld. Een extramurale zorgsetting is bijvoorbeeld de thuiszorg of de kraamzorg. Er kan ook gesproken over andersoortige settingen zoals ‘transmuraal’ (ketenzorg, transferzorg), ambulante zorg of semimurale zorgsetting.

Bijlage 4

Autorisatie per module

Overzicht autoriserende partijen
V&VN Voortplanting
V&VN Obstetrie & Gynaecologie
V&VN Opleiders
V&VN Verpleegkundig Specialisten
V&VN Netwerk VS Dermatologie
V&VN Transferverpleegkundigen
V&VN Urologie verpleegkundigen
V&VN Wijkverpleegkundigen
V&VN Verpleegkundige Zorg- en Informatie technologie
V&VN Verstandelijk GehandicaptenZorg
V&VN Arboverpleegkundigen
V&VN Geriatrie & Gerontologie
V&VN Verpleegkundig Specialisten netwerk Wondmasters VS

Bijlage 5

Cliëntenperspectief

Een cliëntvertegenwoordiger van Zorgbelang Groningen nam deel aan de projectgroep. Daarnaast is Patiëntfederatie Nederland vertegenwoordigd in de adviesgroep en zijn benaderd voor de commentaarronde.

Bij deze richtlijn hoort een samenvattingskaart in de vorm van ‘infographics’ (informatieve illustraties). Deze bijlage bevat een cliëntenversie in de vorm van een samenvattingskaart onder de titel:
‘Samenvattingskaart Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging.
Versie voor cliënten.’

Tevens is er voor verpleegkundigen en verzorgenden een samenvattingskaart ontwikkeld onder de titel:
‘Samenvattingskaart Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging.
Versie voor zorgprofessionals.’

Samenvattingskaart Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging

Versie voor cliënten

Verpleegkundige en verzorgende professionals horen informatie over de zorg aan u vast te leggen. Hoe zij dat doen?
U vindt hier de aanbevelingen uit de Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging.

De hele Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging is te vinden op:
<link toevoegen>

Welke gegevens moeten verpleegkundigen en verzorgenden in uw zorgdossier noteren?

- Persoonsgegevens en zorggegevens over uw gezondheidstoestand en uw welbevinden
- Uw actuele en potentiële problemen
- Uw persoonlijke doelen ten aanzien van de zorg die u krijgt
- Interventies die verpleegkundigen en verzorgenden bij u uitvoeren
- Evaluaties van de zorg en informatie over de voortgang van de zorg

Als cliënt heeft u wettelijk recht op:

- Inzage en het krijgen van een afschrift van het zorgdossier
- Toevoegen van een eigen verklaring aan het zorgdossier
- Aanvullen, verbeteren, afschermen en vernietigen van gegevens in het zorgdossier
- Geheimhouding
- Informatie over hoe uw gegevens verwerkt worden
- Informatie over uw rechten bij het zorgdossier en de omgang met uw gegevens

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de volgende wettelijke plichten:

- Voor elke cliënt moet er een individueel zorgdossier zijn
- Een zorgplan moet in overleg met u of uw wettelijk vertegenwoordiger worden opgesteld en geëvalueerd
- Gegevens uit uw zorgdossier moeten minimaal 20 jaar bewaard worden
- U moet informatie krijgen over het doel van de verwerking en opslag van uw gegevens

V&VN

ZonMw

Samenvattingskaart Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging

Versie voor zorgprofessionals

Verpleegkundige en verzorgende professionals horen informatie over de zorg aan individuele cliënten vast te leggen. Hoe je dat kan doen?
Je vindt hier de aanbevelingen uit de Richtlijn voor Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging.

De hele Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging is te vinden op:
<link toevoegen>

Aanbevelingen voor verpleegkundige en verzorgende verslaglegging:

1. Bespreek met de cliënt de verslaglegging in alle fasen van het verpleegkundig proces. Bij wilsonbekwame mensen doe je dat met de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt. Ga na met de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger of het zorgplan aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Gebruik voor iedere cliënt een individueel zorgdossier.

2. Betrek familieleden/mantelzorgers bij de verslaglegging. Dit impliceert dat je ook hen betrekt bij het opstellen van het zorgplan, mits dit aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt.

3. Leg alle fasen van het verpleegkundig proces vast in het zorgdossier.

4. Kies voor een elektronisch dossier voor je verslaglegging.

5. Zorg ervoor dat je invloed hebt op de keuze voor of ontwikkeling van een elektronisch systeem voor verslaglegging dat gebruiksvriendelijk en efficiënt is.

6. Gebruik een format voor verslaglegging dat relevant is voor de context waarin je werkt.

7. Gebruik eenduidige taal die uitwisselbaar is tussen organisaties en tussen professionals. Dit doe je door de beschikbare informatiestandaarden te gebruiken. Bij het verschijnen van de richtlijn is de eOverdracht de enige beschikbare informatiestandaard.

8. Monitor en evalueer de kwaliteit van de verslaglegging. Dit doe je door ten minste na te gaan of de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger betrokken is geweest, de verslaglegging een weergave is van alle fasen van het verpleegkundig proces, en of de eOverdracht is gebruikt.

Samenvattingskaart Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging

Versie voor zorgprofessionals

Welke gegevens moet je vastleggen in het zorgdossier?

- Persoonsgegevens en zorggegevens over gezondheidstoestand en welbevinden van de cliënt
- Actuele en potentiële cliëntproblemen
- Doelen
- Verpleegkundige en verzorgende interventies
- Evaluatie van bereikte zorgresultaten en voortgangsrapportages

Je noteert deze gegevens binnen de fasen van het verpleegkundig proces

Wat zijn de rechten van cliënten?

Je moet rekening houden met de volgende rechten van cliënten bij verslaglegging:

- Recht op inzage en afschrift van het zorgdossier
- Recht op toevoegen van een eigen verklaring aan het zorgdossier
- Recht op aanvullen, verbeteren, afschermen en vernietigen van gegevens in het zorgdossier
- Recht op geheimhouding
- Recht op informatie over hoe gegevens verwerkt worden
- Recht op informatie over de cliëntenrechten met betrekking tot het zorgdossier en de omgang met gegevens

Welke wettelijke plichten heb je bij verslaglegging?

Naast de wettelijke rechten van de cliënt staan ook wettelijke plichten van zorgorganisaties en zorgprofessionals:

- Dossierplicht: voor iedere cliënt moet er een eigen zorgdossier zijn
- Je bent verplicht om het zorgplan in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger, op te stellen en te evalueren
- Bewaarplicht en bewaartermijnen: het dossier moet minimaal 20 jaar bewaard worden, gerekend vanaf het tijdstip waarop de gegevens zijn vastgelegd
- Informatieplicht: je maakt jezelf bekend aan de cliënt en je geeft informatie over het doel van de verwerking en opslag van gegevens

Bijlage 6

Knelpuntinventarisatie en analyse

De knelpuntenanalyse die gedaan is ter onderbouwing van de uitgangsvragen wordt in deze bijlage samengevat.

Onderzoeksvraag en methode

De centrale vraag in de knelpuntenanalyse was:
Welke knelpunten ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in de verslaglegging over hun zorgverlening aan cliënten?

Om een antwoord op die vraag te vinden, startte de knelpuntenanalyse met een globale verkenning van bestaande Nederlandse onderzoeks- of beleidspublicaties over verslaglegging. Vervolgens is aan praktiserende verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd welke knelpunten zij momenteel ervaren in hun verslaglegging en welke oplossingsrichtingen zij daarvoor zien. Hiervoor ontvingen de deelnemers van het landelijke Nivel Panel Verpleging & Verzorging een online vragenlijst. De vragenlijst werd ingevuld door 908 deelnemers (de Groot e.a., 2017a). (Meer informatie over het Panel V&V is te vinden op https://www.nivel.nl/nl/panel-verpleging-verzorging/panel-verpleging-verzorging).
Ter verdieping en aanvulling van het vragenlijstonderzoek, vond ook een kwalitatief groepsinterviews plaats met acht verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast was er een groepsinterview met vier cliënten en vier mantelzorgers en zijn er verschillende managers uit zorgorganisaties geïnterviewd.

Resultaten

Onvoldoende aansluiting verslaglegging bij verpleegkundig proces

Uit de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat er vaak nog onvoldoende kennis is over hoe verslaglegging moet aansluiten op het verpleegkundig proces (Duijvendijk e.a., 2014).
In de online vragenlijst gaf tussen de 15 en 54 procent van de verpleegkundigen en verzorgenden (afhankelijk van opleidingsniveau) aan zich slechts in beperkte mate competent te voelen voor verslaglegging in aansluiting bij het verpleegkundig proces. Verzorgenden voelden zich hiervoor het minst vaak competent (De Groot e.a., 2017b).

Daarnaast is een knelpunt dat de formats van de elektronische zorgdossiers vaak nog onvoldoende aansluiten bij de fasen van het verpleegkundig proces.

Gebrekkige betrokkenheid cliënten

Uit de literatuurverkenning en de groepsinterviews bleek ook dat cliënten en mantelzorgers nog weinig direct bij de verslaglegging betrokken worden. Het verslagleggen gebeurt vaak buiten het zicht van cliënten en mantelzorgers, terwijl zij wel wensen betrokken te worden bij datgene wat over hen gedocumenteerd wordt.
Verpleegkundigen en verzorgenden noemden in de online vragenlijst ook het knelpunt dat het moeilijk is om cliënten en mantelzorgers te betrekken. Als voorbeeld noemden zij dat directe inzage in het elektronische zorgdossier niet altijd gerealiseerd is, omdat cliënten en mantelzorgers niet in het elektronische systeem kunnen inloggen. Cliënten en mantelzorgers herkennen dit

knelpunt in het groepsinterview. ‘Er wordt weinig geïnvesteerd in de informatievoorziening aan de omgeving van de patiënten’, aldus een mantelzorger in het groepsinterview.
Als directe inzage wel mogelijk is, signaleren verpleegkundigen en verzorgenden dat dit voor verwarring kan zorgen bij cliënten en mantelzorgers, bijvoorbeeld wanneer rapportages niet duidelijk voor hen zijn door het gebruik van vaktaal. Ook komen verpleegkundigen en verzorgenden voor moeilijke keuzes te staan, bijvoorbeeld wanneer de informatie die ze willen rapporteren mogelijk confronterend voor de cliënt is. Een thuiszorg-verzorgende geeft als voorbeeld: ‘Als er bij cliënt ziekte-inzicht ontbreekt en als je de cliënt niet ongerust wil maken, maar wel een overdracht voor je collega’s wilt geven.’

Beperkte gebruiksvriendelijkheid elektronische systemen

De meeste knelpunten die verpleegkundigen en verzorgenden noemden, hebben te maken met de digitale formats en systemen die zij gebruiken voor de verslaglegging. Vooral verpleegkundigen en verzorgenden uit de GGZ of die werkzaam zijn in de zorg voor mensen met een beperking gaven vaak aan dat de elektronische zorgdossiers waar zij mee werken niet gebruiksvriendelijk zijn.
Binnen andere zorgsectoren werd vooral genoemd dat relevante informatie in veel verschillende onderdelen van het dossier staat, wat zorgt voor een onoverzichtelijke verslaglegging.
Tegelijkertijd gaven verpleegkundigen en verzorgenden ook aan dat ze soms niet alle relevante informatie kwijt konden binnen de formats van de elektronische zorgdossiers. Een verzorgende uit de thuiszorg: ‘Het geeft alleen een klinisch beeld, niet hoe de cliënt in elkaar steekt. De kleine, fijne ‘weetjes’ kan ik niet kwijt.’

Geen eenduidige taal, problemen met communicatie tussen systemen

Ook noemden verpleegkundigen en verzorgenden vaak de gebrekkige aansluiting van verschillende elektronische systemen binnen de eigen zorgorganisatie en tussen zorgorganisaties.
Zo worden er regelmatig verschillende elektronische systemen gebruikt die niet goed met elkaar communiceren, waardoor ze op meerdere plaatsen dezelfde informatie moeten vastleggen.
Daarnaast merkten ze ook op dat elektronische systemen van verschillende organisaties ook qua gebruikte taal vaak niet op elkaar aansluiten, wat zorgt voor dubbele verslaglegging en extra registratielast.

Weinig sturing vanuit organisaties, geen monitoring en evaluatie van de inhoud

Uit met name de literatuurverkenning bleek tevens dat de aandacht vanuit zorgorganisaties voor de kwaliteit van de verslaglegging vaak tekortschiet (o.a. de Blok e.a., 2012).
Die inhoudelijke kwaliteit wordt niet gemonitord of geëvalueerd.
Ook in het vragenlijstonderzoek gaven verpleegkundigen en verzorgenden aan dat zij weinig steun ervaren vanuit het (afdelings)management bij hun verslaglegging; het management stuurt voornamelijk op regels en checklists en evalueert of monitor niet de inhoudelijke kwaliteit van de verslaglegging.
Verpleegkundigen en verzorgenden gaven aan dat door het gebrek aan sturing en evaluatie ook verschillende manieren van verslaglegging ontstaan.

Meer in detail worden de inzichten uit de knelpuntenanalyse beschreven in twee artikelen gepubliceerd in TVZ (de Groot e.a., 2017a en 2017b).

Bijlage 7

Verantwoording per module

De basis voor de antwoorden op uitgangsvragen (modules) en de daaruit voortkomende aanbevelingen, bestaat uit een combinatie van bewijs uit onderzoek en expertise van belangrijke partijen en andere overwegingen (AQUA-leidraad, 2015). In dit richtlijn-ontwikkeltraject hield dat in dat aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van een combinatie van inzichten uit een internationale systematische literatuurstudie en besprekingen binnen de projectgroep en adviesgroep.

Bij de besprekingen binnen de projectgroep en adviesgroep, is veel aandacht uitgegaan naar de landelijke en professionele ontwikkelingen, waar beroepsorganisatie V&VN bij betrokken is. Deze landelijke ontwikkelingen betreffen met name het belang om te komen tot meer eenduidige taal binnen elektronische dossiers (zie ook toelichting bij de Overwegingen van uitgangsvraag 2). Daarnaast zijn in de projectgroep en adviesgroep ook de relevante juridische kaders besproken en afgebakend, wat leidde tot hoofdstuk 4 over wetgeving.

De combinatie van evidentie uit de literatuurstudie en overwegingen van project- en adviesgroep, heeft geleid tot de verschillende aanbevelingen uit deze richtlijn.
In deze bijlage wordt nader ingegaan op de literatuurstudie.

Doel en uitgangsvragen van de literatuurstudie

Doel van de systematische literatuurstudie was om meer inzicht te krijgen in bestaande wetenschappelijke kennis over verslaglegging (inclusief overdracht) door verpleegkundigen en verzorgenden, ter onderbouwing van de aanbevelingen in de richtlijn.

De uitgangsvragen waren:

1. Welke kwaliteitscriteria of eisen zijn er voor de aansluiting van de verslaglegging bij de fasen van het verpleegkundig proces?
2. Welke eisen of randvoorwaarden zijn er voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden?
3. Hoe kan de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk worden gemaakt?

Methoden

Soort systematische literatuurstudie

Deze literatuurstudie richtte zich op een analyse van bestaande systematische reviews (oftewel systematische literatuurstudies) over onderzoek naar verpleegkundige of verzorgende verslaglegging. Afzonderlijke studies zijn niet bestudeerd, omdat bij de projectgroep bekend was dat er al verschillende relevante systematische reviews waren verschenen en ook vanwege beperkingen in tijd en budget.

Searches

Er zijn in April 2017 gestructureerde searches gedaan in PubMed en CINAHL. De zoekstrategieën (zie kader hierna) zijn opgesteld in overleg met een bibliothecaris van Hanzehogeschool.

Er is voor gekozen om de verschillende uitgangsvragen te adresseren in één zoekstrategie (aangepast aan de verschillende geraadpleegde databases). Als er per uitgangsvraag steeds een andere interventie of onderwerp wordt geadresseerd, dan is het wenselijk om aparte searches te

doen.

Echter als uitgangsvragen direct aan elkaar gerelateerd zijn - zoals in deze systematische literatuurstudie het geval is - deels overlappen en niet gaan over afgebakende interventies of procedures, kan een gecombineerde search gedaan worden. De internationale richtlijnorganisatie NICE stelt: “Review questions that overlap and can be grouped together should be identified for searching purposes. For example, questions with the same population may involve comparing several interventions. This should make it possible to carry out a search that covers all the interventions.” (NICE, 2014).

Uiteraard is het wel van belang om alle elementen uit de verschillende uitgangsvragen te adresseren in de zoektermen en deze goed te combineren met ‘OR”. De search strategieën in PubMed en CINAHL staan hieronder.

In PubMed:
(((((((("bedside shift report"[Title/Abstract] OR "bedside shift reports"[Title/Abstract]))) OR ((((((("patient handoff"[Title/Abstract] OR "patient handoffs"[Title/Abstract] OR "patient handover"[Title/Abstract] OR "patient handovers"[Title/Abstract] OR "nursing handoff"[Title/Abstract] OR "nursing handoffs"[Title/Abstract] OR "nursing handover"[Title/Abstract] OR "nursing handovers"[Title/Abstract] OR "clinical handoff"[Title/Abstract] OR "clinical handoffs"[Title/Abstract] OR "clinical handover"[Title/Abstract] OR "clinical handovers"[Title/Abstract]))) OR "Patient Handoff"[Mesh])) OR ((((("nursing record"[Title/Abstract] OR "nursing records"[Title/Abstract]))) OR "Nursing Records"[Mesh]))))) OR (("nursing documentation" OR "nursing report"[Title/Abstract] OR "nursing reports"[Title/Abstract] OR "bedside nursing report"[Title/Abstract])))) OR "shift to shift report"[Title/Abstract])) AND (influencing[Title/Abstract] OR indicator[Title/Abstract] OR accuracy[Title/Abstract] OR quality[Title/Abstract] OR implementation[Title/Abstract])

In CINAHL:
((MH ("Hand Off (Patient Safety)" OR "Nursing Records" OR "Shift Reports" OR "Documentation") OR AB (handoff OR handoffs OR "hand off" OR "hand offs" OR "hand over" OR "hand overs" OR handover OR handovers OR "nursing record" OR "nursing records" OR "shift report" OR "shift reports" OR documentation) OR TI (handoff OR handoffs OR "hand off" OR "hand offs" OR "hand over" OR "hand overs" OR handover OR handovers OR "nursing record" OR "nursing records" OR "shift report" OR "shift reports" OR documentation))) AND (TI (quality OR influencing OR implementing OR accuracy) OR AB (quality OR influencing OR implementing OR accuracy))) AND nursing

Naast deze systematische searches in PubMed en CINAHL, werd ook in de internationale richtlijnen databases van GIN en NICE gezocht, omdat richtlijnen vaak ook gebaseerd zijn op systematic reviews. Hierbij werden de volgende zoektermen of combinaties daarvan gebruikt: nurse, nursing, documentation, records, handovers.

Daarnaast werd ook navraag gedaan bij experts of zij relevante reviews kenden en ook werd handmatige ‘reference checking’ toegepast in literatuurlijsten van de geïncludeerde reviews.

Inclusiecriteria
De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd voor de selectie van relevante systematische reviews. Het moet gaan om reviews die:

1. relevante informatie bevatten over verslaglegging in relatie tot:

- kwaliteitscriteria of eisen om de verslaglegging aan te sluiten bij de fasen van het verpleegkundig proces (i.v.m. uitgangsvraag 1) en/of
- eisen of randvoorwaarden voor elektronische verslaglegging (i.v.m. uitgangsvraag 2) en/of
- informatie bevatten over indicatoren of instrumenten die geschikt zijn om de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk te maken (i.v.m. uitgangsvraag 3); en

2. betrekking hebben op verpleegkundigen of verzorgenden (al dan niet in combinatie met andere zorgverleners of zorgvragers); en

3. een Engels- of Nederlandstalige systematische review zijn, waarbij onder systematisch in dit geval wordt verstaan dat vraag- of doelstelling(en) zijn geëxpliciteerd, er inclusiecriteria zijn beschreven, en er aan de hand van geëxpliciteerde zoekstrategie(en) gezocht is in PubMed/MEDLINE en minimaal 1 andere internationale database;

4. in 2007 of later zijn verschenen. Voor dit criterium is gekozen, om twee redenen:
   - recente reviews zullen afzonderlijke studies die zijn geïncludeerd in oudere reviews ook hebben meegenomen en
   - elektronische verslaglegging is een fenomeen dan pas in de laatste 10 jaar in opkomst is.

Selectiestappen
De selectie vond stapsgewijs plaats:
1. twee onderzoekers (AF en KdG) beoordeelden onafhankelijk van elkaar de titels en samenvattingen van alle ontdubbelde referenties uit de searches in PubMed en CINAHL, waarna een eerste beoordeling plaatsvond of reviews (mogelijk) aan de inclusiecriteria voldeden;
2. twee onderzoekers (MT en KdG) bestudeerden onafhankelijk van elkaar de volledige teksten van de in de eerste stap geselecteerde reviews en maakten een definitieve selectie op geleide van de inclusiecriteria.

In geval van discrepanties in beoordelingen, kwamen de onderzoekers door discussie en/of door consultatie van een derde onderzoeker tot overeenstemming over in- en exclusie.
De selecties werden praktisch ondersteund door het software programma Covidence.

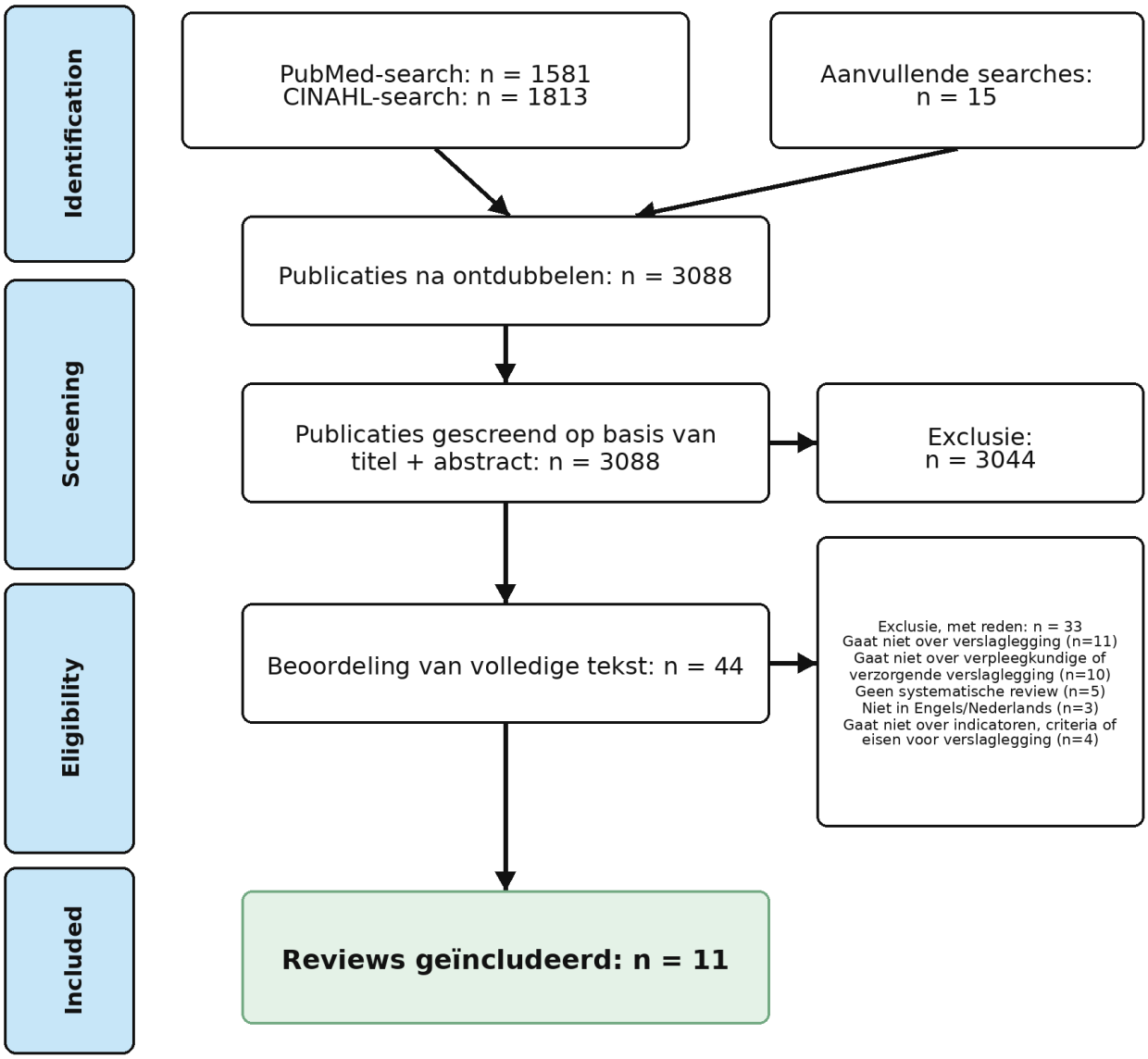
Data extractie
De inhoud van de geïncludeerde reviews is, voor zover relevant voor de uitgangsvragen, samengevat in tabellen. De geïncludeerde reviews werden verdeeld onder onderzoekers (MT en KdG) die ieder voor zich voor een aantal reviews als eerste de data-extractietabel invulden. Een tweede onderzoeker (WP) controleerde de gehele data-extractie op volledigheid en juistheid.

Methodologische beoordeling
De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde systematische reviews is beoordeeld met een aangepaste versie van de AMSTAR-checklist (Burda e.a., 2016), waarbij een onderverdeling is gemaakt naar reviews van lage kwaliteit (score 0-4), middelmatige kwaliteit (score 5-8) en hoge kwaliteit (score 9-11). Deze aangepaste versie van de AMSTAR (Burda e.a., 2016) is geschikt om systematische reviews te beoordelen, terwijl de oorspronkelijke AMSTAR (Shea e.a., 2007a, 2007b) bedoeld is voor de beoordeling van losse studies.
Voor de uitkomsten van de methodologische beoordeling, zie Tabel III.1.

Resultaten

Resultaten selectieproces: elf geïncludeerde reviews
Searches in PubMed en CINAHL leverden respectievelijk 1581 en 1813 potentieel relevante literatuurreferenties op. Het navragen bij experts ‘reference checking’ en het zoeken in de richtlijnen databases van GIN en NICE leverde 15 potentieel relevante publicaties op.

Na ontdubbelen bleven er in totaal 3088 over, waarvan 44 publicaties - na een eerste selectie op basis van titel en abstract – in aanmerking kwamen voor een beoordeling van de volledige tekst. Uiteindelijk werden elf reviews geïdentificeerd die aan alle inclusiecriteria voldoen. Zie het stroomdiagram hierna voor de resultaten in elke stap van het selectieproces (Figuur 1).



Doelstellingen en focus van de elf reviews
Alle elf geïncludeerde reviews presenteren in meer of mindere mate informatie die aansluit bij onze uitgangsvragen en inclusiecriteria.

De reviews beogen een overzicht te geven van bestaand onderzoek over aspecten van verslaglegging in het algemeen, of specifiek over elektronische verslaglegging, bijvoorbeeld criteria voor effectieve en veilige verslaglegging, classificaties of ordeningen voor verslaglegging, kwaliteitseisen en/of de effecten van methoden of formats voor verslaglegging. Drie reviews vergelijken daarbij verschillende methoden en formats (Urquhart e.a., 2009, Blair & Smith, 2012, Flemming & Hubner, 2013).

Methodologische kwaliteit van de elf reviews
De methodologische kwaliteit van de reviews is beoordeeld met de aangepaste AMSTAR (Burda e.a., 2016). De mogelijke range van AMSTAR-scores loopt van 0-4 = lage kwaliteit; scores 5-8 = middelmatige kwaliteit; scores 9-11 = hoge kwaliteit.
Slechts één review (Urquhart e.a., 2009) heeft hoge methodologische kwaliteit (score 11). Deze review heeft dus de meest betrouwbare resultaten (minste kans op 'bias').
De overige reviews zijn van middelmatige kwaliteit of lage kwaliteit (zie tabel III.1).
AMSTAR-criteria waar het meest vaak slecht op gescoord werd waren: "Beoordelen van de geïncludeerde studies op risico op bias", "Beoordelen van de kans op publicatiebias", "Beoordelen van de kwaliteit en mate van bewijs" en/of "Het includeren van grijze literatuur".

Tabel III.1: Uitkomsten van de methodologische beoordeling

Review	Kwaliteit review volgens AMSTAR score
Blair en Smith (2012)	3- lage kwaliteit
Flemming en Hubner (2013)	8- middelmatige kwaliteit
Jefferies e.a. (2010)	6-- middelmatige kwaliteit
Kelley e.a. (2011)	3- lage kwaliteit
Matic e.a. (2010)	4- lage kwaliteit
Meissner en Schnepp (2014)	6- middelmatige kwaliteit
Paans e.a. (2011)	6- middelmatige kwaliteit
Riesenberg e.a. (2010)	8-- middelmatige kwaliteit
Staggers en Blaz (2013)	6- middelmatige kwaliteit
Urquhart e.a. (2009)	11- hoge kwaliteit
Wang e.a. (2011)	4- lage kwaliteit

Andere kenmerken van de elf reviews
In totaal beslaan deze elf reviews ruim 450 onderzoekspublicaties (deels overlappend), veelal van West-Europese of Angelsaksische origine. De meeste onderliggende studies betreffen beschrijvend (niet experimenteel) kwalitatief, kwantitatief of mixed-method onderzoek.

Tien reviews gaan specifiek over verpleegkundige verslaglegging, terwijl één review gaat ook over verslaglegging door andere beroepsgroepen (Flemming en Hubner, 2013).
Drie reviews gaan alleen over verslaglegging in ziekenhuizen (Kelley e. a., 2011; Paans e.a., 2011, Staggers e.a., 2013), terwijl één review gaat over verslaglegging in de langdurige intramurale zorg (Meissner e.a., 2014). De andere zeven reviews gaan over de verpleegkundige verslaglegging in verschillende sectoren.

Daarbij ligt in vier van de elf reviews het accent op specifiek de overdracht (Flemming en Hubner, 2013; Matic e.a., 2010; Riesenberg e.a., 2010; Staggers e.a., 2013).

Twee reviews gaan over elektronische verslaglegging of systemen (Flemming en Hubner, 2013; Meissner en Schnepp, 2014). De negen andere reviews gaan over verschillende soorten

verslaglegging (op papier, elektronisch en soms ook gecombineerd met audio-opnames, telefonisch of face-to-face overdracht).

In de tabel hierna worden inzichten uit de systematische literatuurstudie samengevat voor zover relevant voor uitgangsvraag 1. Voor de gehanteerde inclusiecriteria, zie hiervoor bij de paragraaf 'Inclusiecriteria'.

Tabel III.2: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 1: Welke kwaliteitscriteria of eisen zijn er voor de aansluiting van de verslaglegging bij de fasen van het verpleegkundig proces?

Referentie van de review **Kwaliteit van de review**	Kwaliteitscriteria en eisen m.b.t. aansluiting bij verpleegkundig proces.
Blair en Smith (2012) Lage kwaliteit	Nursing documentation must reflect the observations, actions and outcomes of care. Evidence of clinical decision making and critical thinking must be documented. Use of the focus charting method is recommended. Several models reflecting (steps in) nursing process are mentioned, viz: VIPS model; SOAP/ SOAPIE; HOAP; Focus charting method (DAR and AIE).
Flemming en Hubner (2013) Middelmatige kwaliteit	To do's and care plan, rational of plan, traceability of decisions must be documented.
Jefferies e.a. (2010) Middelmatige kwaliteit	Nursing documentation must meet legal requirements.
Paans e.a. (2011) Middelmatige kwaliteit	A central element of the nursing process is how nurses derive a nursing diagnosis based on clinical assessments, interviews and observations. Evidence of clinical reasoning must be documented.
Wang e.a. (2011) Lage kwaliteit	Content of nursing documentation should correspond with the 5 steps of the nursing process: Assessment, Diagnosis, Goal, Intervention, Evaluation.

In de tabel hierna worden de resultaten van de systematische literatuurstudie samengevat voor zover relevant voor uitgangsvraag 2.
Voor de gehanteerde inclusiecriteria, zie hiervoor bij de paragraaf 'Inclusiecriteria'.

Tabel III.3: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 2: Welke eisen of randvoorwaarden zijn er voor elektronische verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden?

Referentie van de review **Kwaliteit van de review**	Eisen elektronische verslaglegging.
Blair en Smith (2012) Lage kwaliteit	User-friendly clinical systems and tools are required. Easy access; easy to use, locate and retrieve information; quick and efficient, not time consuming/ little workload; supporting problem solving (encouraging the identification of patient problems and to link those problems to functional health patterns); can be used by many health disciplines/ professionals. Continuing education should be timely, readily available and particularly focused on diagnostic reasoning and critical thinking. Information technology, electronic record keeping, computer equipment, portable computers. Standardising the language used. Managing the change from paper to electronic records. Computer experience (staff). Support from staff. Documenting throughout the shift (rather than waiting until the end). Combine with effective (verbal) communication. NANDA is mentioned as a tool to enhance the quality of nursing documentation.
Flemming en Hubner (2013) Middelmatige kwaliteit	There is some evidence on the superiority of electronic handover systems regarding the quantity and quality of documentation compared to paper-based approaches: 10 of 16 'pure evaluation studies' (pre-post-design) supported this superiority. With an overall ranking: 1. computerized and discussed, 2. in person handovers, 3. technology only. However, also electronic patient record systems often lack important pieces of information (prospective and subjective) to support communicating 'the full story' of the patient. Both qualitative (holistic, subjective) information and numbers (facts) are needed for the full 'story' of a patient. Use of the SBAR method is recommended to structure and systematize information.
Kelley e.a. (2011) Lage kwaliteit	Predetermined drop-down menus can be beneficial to some nurses, but potential risks of the structured format and/or electronic documentation are: - to make it easy for nurses to not think about the nursing care process; - the copy-and-paste feature runs the risk of pasting data that may no longer be applicable or accurate; - to limit the full description of the patient's health status. Having documentation standards based on the patient information needed to provide safe high-quality care could aid in influencing the design and optimizing the use of electronic nursing documentation systems.
Matic e.a. (2010) Lage kwaliteit	Efficacy of electronic tools is dependent on the quality of the program and its design. This review showed some potential advantages of electronic tools. The less subjective the clinical handover is an the more reliable and valid the information given, the greater the likelihood of a robust handover. There needs to be greater attention on what the integral elements of a nursing handover are from a comprehensive and patient-centred approach. The design of these tools should be informed by communication theory, considering cultural and linguistic factors.
Meissner en Schnepp (2014)	Easy access to charts and medical information; providing a fast overview; easy to read; readily available; easy to check and monitor information on care, activities,

Referentie van de review **Kwaliteit van de review**	Eisen elektronische verslaglegging.
Middelmatige kwaliteit	regulatory compliance issues, staff education needs; performance appraisal; easy to enter data; providing automatic alerts to help check plausibility; enabling a quick response to resident's care, needs; enabling quicker and easier care decisions; simplifying/ facilitating daily work; saving time. Recommendations and requitements mentioned: Helping staff to think about what to assess and to identify problems. Teaching/guidance of staff. Equipment availability, software, technical functionality. Provide charts and medical information about residents; Enable responses to their needs Enable to check and monitor information on care, activities, regulatory compliance issues, staff education needs. Facilitate performance appraisal.
Paans e.a. (2011) Middelmatige kwaliteit	In addition, factors influencing the quality of documentation are described, e.g.: attitude, diagnostic experience and expertise, knowledge, diagnostic reasoning skills of nursing staff; educational or resources-related factors; whether or not pre-structured record forms, classification systems, computer-generated care plans and patient records were used. Clear diagnostic language is recommended, e.g. by using NANDA-I classification. Use of formats such as PES structure is recommended. Use of standardised nursing care plans is also recommended.
Riesenberg e.a. (2010) Middelmatige kwaliteit	Use of standard formats is recommended. These formats have to be adapted for each nursing area. Strategies for effective handoffs: communication skills, standardization strategies, technological solutions, environmental strategies, training and education, staff involvement, leadership. SBAR is mentioned as most frequently cited mnemonic.
Staggers en Blaz (2013) Middelmatige kwaliteit	Use of structured, consistent formats is recommended. These formats should be tailored to individual units. Use of SBAR is specifically mentioned. Handoffs should be supported and not replaced by technology; a combination of written and verbal reports (minimizing information decrements); using standardized/structured formats or templates (improving information completeness, efficiency - decreased average time and costs - and information recall rates); agreement on a specific format; consistency and predictability of information transfer; nurses being amenable to technology-supported handoffs; considering context, with specific content and methods depending on contexts (e.g. patient condition, nurse expertise, handoff method; unit norms, expectations and codes of behaviour); precise content (to support nurses' decision-making, planning for care, and for detecting critical information).
Urquhart e.a. (2009) Hoge kwaliteit	No evidence of any measurable difference in the effects of a computerised nursing record system (vs manual or paper-based; neither effects on nursing practice nor patient outcomes). ICIS is mentioned as an example.
Wang e.a. (2011) Lage kwaliteit	Electronic Health Records (EHRs), education and organizational support for documentation of the nursing process, the use of standardized nursing languages/ classifications (NNN: NANDA diagnosis, NIC, Nursing Intervention Classification, and NOC, Nursing Outcome Classification), and nursing theories (e.g. Eriksson's caring theory) could improve documentation.

Referentie van de review **Kwaliteit van de review**	Eisen elektronische verslaglegging.
	A proper process of data capture is expected as it enables documentation of valid and reliable information about patients and care. Nurses have to be involved in design and implementation of EHRs.

De nu volgende tabel geeft een overzicht van de evidentie, voor zover relevant voor de derde uitgangsvraag die gaat over hoe de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk gemaakt kan worden. Voor de gehanteerde inclusiecriteria, zie paragraaf 'Inclusiecriteria'.

Tabel III.4: Resultaten literatuurstudie in relatie tot uitgangsvraag 3: Hoe kan de kwaliteit van de verslaglegging inzichtelijk worden gemaakt?

Referentie van de review **Kwaliteit van de review**	Instrumenten voor inzichtelijk maken van kwaliteit verslaglegging.
Flemming en Hubner (2013) Middelmatige kwaliteit	Structured checklists, mnemonics or minimum data sets derived from SBAR are recommended.
Matic e.a. (2010) Lage kwaliteit	Development of minimum datasets is recommended.
Paans e.a. (2011) Middelmatige kwaliteit	Several available instruments are described: D-catch; Cat-ch-Ing instrument; the Quality of Nursing Diagnoses (QOD); the Scale for Degrees of Accuracy; and the Quality of Nursing Diagnoses Interventions and Outcomes (Q-DIO).
Riesenberg e.a. (2010) Middelmatige kwaliteit	Mmenomics are identified, based on SBAR.
Wang e.a. (2011) Lage kwaliteit	Four most commonly used instruments to assess quality of nursing documentation: Ehnfors and Smedby's comprehensiveness-in-recording instrument; the Cat-ch-Ing instrument; Q-DIO instrument; and an audit protocol for documentation of the assessment, treatment and prevention of pressure ulcers.

Bijlage 8

Juridische betekenis

Deze richtlijn maakt onderdeel uit van de professionele standaard van verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren en vervangt de oude richtlijn over verslaglegging uit 2011. Deze richtlijn is niet vrijblijvend, maar bevat voornamelijk aanbevelingen van algemene aard. Het is mogelijk dat deze aanbevelingen in een individueel geval niet van toepassing zijn.

Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waarin het wenselijk is dat in het belang van de cliënt van de richtlijn wordt afgeweken. Hierbij handelt de verpleegkundige of verzorgende vanuit haar professionele autonomie, dat wil zeggen dat zij zich bij de verslaglegging laat leiden door haar professionele inzichten in relatie tot het belang van de cliënt, uiteraard binnen de grenzen van relevante wetgeving (zie hoofdstuk 4). Deze autonomie brengt met zich mee dat verpleegkundigen en verzorgenden op hun verslaglegging kunnen worden aangesproken.

Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd gedocumenteerd te worden. De toepasbaarheid en de toepassing van de richtlijn in de praktijk is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener.

Bijlage 9

Verantwoordelijkheden voor implementatie

Van de voornoemde organisaties en verenigingen, het management van zorgorganisaties en van verpleegkundigen en verzorgenden zelf, wordt verwacht dat zij de verspreiding, de implementatie en het gebruik van de richtlijn stimuleren en ondersteunen.

Managers en onderwijsinstellingen voor verpleegkundigen of verzorgenden hebben een belangrijke rol en verantwoordelijkheid in het laten kennisnemen van richtlijnen. Regionale Opleiding Centra (ROC's,), hogescholen en bijscholingscentra die basis- en vervolgopleidingen bieden tot verzorgende en verpleegkundige kunnen bijdragen aan het gebruik van deze richtlijn door de richtlijn gericht op te nemen in het onderwijscurriculum.
In bijlage 12 van deze richtlijn is een uittreksel van het rapport van de proefimplementatie opgenomen. Het gehele rapport is op de vragen via programmabureauks@venvn.nl.

Bijlage 10

Onderwerpen voor verder onderzoek

Er is nog weinig kennis over de tijdigheid van de overdracht als een cliënt overgaat naar een andere organisatie of setting. Op dit moment is er nog geen onderbouwde norm voor wat tijdig is (bijvoorbeeld binnen 24 uur). De project- en adviesgroep raadt aan bij een volgende herziening van de richtlijn dit punt opnieuw te agenderen en na te gaan of er dan wel al een norm of indicator bestaat of ontwikkeld kan worden in het kader van de tijdigheid van de overdracht.

Verder is ook nog weinig kennis over de taken, rollen en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen en verzorgenden in het verslagleggingsproces. De wijkverpleegkundige heeft bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid om de indicatiestelling te documenteren en te onderbouwen hoe zij tot de (verpleegkundige) indicatiestelling komt. Voor de andere beroepen binnen de verpleging en verzorging (verpleegkundig specialisten, hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen en verzorgenden (IG) zijn de taken, rollen en verantwoordelijkheden binnen de onderdelen van het verslagleggingsproces (intake en gegevensverzameling, zorgplan, overdracht) nog niet of onvoldoende beschreven. De projectgroep raadt aan bij een volgende herziening van de richtlijn dit punt te agenderen.

Bijlage 11

Literatuurlijst

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitha R., Bany Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal Clinical Nursing*, 27(3-4), e578-e579.

Blair, W.; Smith, B. (2012). Nursing Documentation: Frameworks and Barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168.

Blaz, J. W., Staggers, N. (2013) Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247-262.

Blok, C., de, Vat, L., Soest-Poortvliet, M., van, Pieter, D., Minkman, M., Bruijne, M., de, Wagner, C. (2012). Onderzoek naar overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT. Utrecht: NIVEL, geraadpleegd van: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Informatieoverdracht-ziekenhuizen-vvt.pdf

Bruins, B. (2018). Kamerbrief 'Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg' d.d. 20-12-2018. Geraadpleegd van: https://www.gegevensuitwisselingindezorg.nl/publicaties/brieven/2018/12/20/eerste-kamerbrief-gegevensuitwiseling

Burda, B.U., Holmer, H.K., Norris, S.L. (2016). Limitations of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR) and suggestions for improvement. *Systematic Reviews*, 5:58.

Chow, M., Beene, M., O'Brien, A., Greim, P., Cromwell, T., DuLong, D., Bedecarré, D. (2015). A nursing information model process for interoperability. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(3), 608-614.

Cornet, R. (2017). Infrastructure and capacity building for semantic interoperability in healthcare in the Netherlands. *Studies in Health Technology and Informatics*, 234, 70-74.

Duijvendijk, I., Rest, B, van (2012). Tips voor een efficiënte overdracht van verpleegkundige patiëntgegevens. Geraadpleegd van: https://www.nictiz.nl/whitepapers/tips-voor-efficiente-overdracht-van-verpleegkundige-gegevens/

Duijvendijk, I, Rest, B, van (2014). Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine? Geraadpleegd van: https://www.nictiz.nl/rapporten/verpleegkundige-overdracht-een-geoliede-machine/

Flemming, D., Hübner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? *International Journal of Medical Informatics*, 82(7), 580-592.

Gool, van, C.H., Volkert, P.A., Savelkoul, M., Schoemaker, C., Melse, J., Sonderen, van, J.F., Lamain, A.F. (2018). Eenheid van taal in de Nederlandse zorg: Van eenduidige informatie-uitwisseling tot

hulpmiddel voor betere zorg. Geraadpleegd van: https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0081.pdf

Goossen, W., Dille, J (2013). Uitwisselen verpleegkundige gegevens oncologie met behulp van een Clinical Data Ware House. Zwolle: Hogeschool Windesheim. Geraadpleegd van: https://www.researchgate.net/publication/259978645_Uitwisselen_verpleegkundige_gegevens_oncologie_met_behulp_van_een_Clinical_Data_Ware_House

Griffiths, D., Morphet, J., Innes, K., Crawford, K., William, A., (November 2014). Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1517-1523.

Groot, K, de, Paans, W., Veer, A.J.E., de, Francke, A.L. (2017). Knelpunten bij verslaglegging door verpleegkundigen en verzorgenden. *TVZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 127(6), 34-36.

Groot, K, de, Veer, A.J.E., de, Paans, W., Francke, A.L. (2017). Verpleegkundige verslaglegging, Hbo'ers meest positief. *TVZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 127(3), 40-41.

Hazelzet, J.A., Spruyt, A.J. (2012). Alles wat je wilt (moet) weten over het CCR/CCD. Den Haag: Nictiz, geraadpleegd van: https://www.nictiz.nl/whitepapers/alles-wat-je-wilt-moet-weten-over-ccr-ccd/

MedMij | Persoonlijke gezondheidsomgevingen. Laatst geraadpleegd op 04-10-2019.

https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden. Laatst geraadpleegd op 04-10-2019.

https://www.nivel.nl/nl/panel-verpleging-verzorging/panel-verpleging-verzorging. Laatst geraadpleegd op 04-10-2019.

Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124.

Kelley, T.F.; Brandon, D.H., Docherty, S.L. (2011). Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2):154-162.

Kieft, R. (2015). De Nationale Kernset, de beroepsstandaard voor het vastleggen van zorggegevens. Utrecht: V&VN.

KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG, geraadpleegd van: https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-ouderenzorg.htm

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Geraadpleegd van: https://www.venvn.nl/meer-informatie/bestellen-downloaden/handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling/

Kruse C.S., Stein, A., Thomas, H., Kaur, H. (2018). The use of electronic health records to support population health: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Systems*, 42(11), 214.

Lavin, M.A., Harper, E., Barr, N. (2015). Health Information Technology, Patient Safety, and Professional Nursing Care Documentation in Acute Care Settings. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 6

Matic, J., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clincal handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1), 184-189.

Meissner, A., Schnepp, W. (2014). Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a systematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14:54.

Millar, J. (2016). The need for a global language – SNOMED CT introduction. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 683-685

NFU (2013). Registratie aan de bron, Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020. Geraadpleegd van: http://www.nfu.nl/img/pdf/13.3694_Brochure_Registratie_aan_de_bron_versie_4-7-13.pdf

NHG (2016). Handleiding, Ontwikkelen van HGG-Behandel-richtlijnen. Geraadpleegd van: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handleiding_ontwikkelen_nhg-behandelrichtlijnen_0.pdf

NICE (2014). Process and methods guides, Developing NICE guidelines: the manual. Geraadpleegd van: https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf.

Nictiz, V&VN (2012). Aanzienlijke besparingen care en cure met e-Overdracht. Geraadpleegd van: https://www.google.nl/webhp?sourceid=chrome-instantenion=1enespv=2enie=UTF-8#q=aanzienlijke+besparingen+met+de+cure+en+care

Nictiz (z.d.). Verpleegkundige overdracht: informatiestandaarden. Geraadpleegd van: https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/verpleegkundige-overdracht/

NPCF e.a. (2011). Kwaliteit in Zicht: Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF.

Omaha System support (2016). Wijzer in zorg en welzijn. Geraadpleegd op 6 april 2016 van: http://www.omahasystem.nl/Site_Omaha/docs/pdf/Stichting_Omaha_brochure_V2.pdf

Paans, W., Nieweg, R. M., van der Schans, C. P., & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2386-2403.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M., & Van der Schans, C. P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481-2489.

V&VN & NU'91 (2011). Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Utrecht: V&VN en NU'91.

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.

Samal, L., Dykes, P.C., Greenberg, J.O., Hasan, O., Venkatesh, A.K., Volk, L.A., Bates, D.W. (April 2016). Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review. *BMC Health Services Research*, 16:143.

Shea, B. J., Bouter, L. M., Peterson, J., Boers, M., Andersson, N., Ortiz, Z., Grimshaw, J. M. (2007a). External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS One*, 2(12), e1350.

Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., et al (2007b). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7:10.

Staggers, N., & Blaz, J. W. (2013). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 247-262.

Staat van de Gezondheidszorg (2011). Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1), CD002099.

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) 1994. Geraadpleegd van: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-04-01/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5_Artikel454

Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858-1875.

Westra, B.L., Latimer, G.E., Matney, S.A., Park, J.I., Sensmeier, J, Simpson, R.L., Swanson, M.J., Warren, J.J., Delaney, C.W. (2015). A national action plan for sharable and comparable nursing data to support practice and translational research for transforming health care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(3), 600-607.

Bijlage 12

Implementatie

De proefimplementatie heeft op kleine schaal plaatsgevonden in de ziekenhuis -en wijkverpleegkundige setting. Op basis van deze proefimplementatie zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd.

De richtlijn bleek goed aan te sluiten bij de visie op verpleegkundige zorg en bij de huidige ontwikkelingen. Het integreren van het verpleegkundig proces in het EPD was voor met name de ziekenhuissetting een uitdaging. In beide settingen werd de verpleegkundige verslaglegging nog niet standaard gemonitord en geëvalueerd. In de wijkverpleegkundige setting bleek de richtlijn goed aan te sluiten bij de huidige praktijk wat betreft het vormgeven van het verpleegkundig proces in het EPD en het betrekken van cliënten en familie. De eOverdracht is nog niet landelijk geïmplementeerd, dit bemoeilijkt de overdracht van en naar andere settingen en instellingen. Cliënten, en familieleden die toestemming hebben gekregen, kunnen ten alle tijden hun dossier inzien.

Aanbevelingen

De algemene aanbevelingen op basis van de proefimplementatie zijn hieronder beschreven. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de proefimplementatie, en voor specifieke aanbevelingen op determinantniveau verwijzen wij naar de rapportage van IQ healthcare (Heinen et al 2021).

1. *Nut en Noodzaak*

Bespreek nut en noodzaak van implementatie van de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging en de weergave van het verpleegkundig proces in het EPD met het team.
Bepaal met het team hoe het verpleegkundig proces op een zinvolle en effectieve wijze vorm te geven is in het EPD. Per afdeling of wijkteam kunnen andere accenten gelegd worden in de verslaglegging van het verpleegkundig proces, onder meer afhankelijk van de mate van geprotocolleerde zorg en complexiteit van de individuele patiëntenzorg.
Bespreek in discussie- en/of consensusbijeenkomsten mogelijke weerstanden ten aanzien van de beoogde verandering en houd hierbij rekening met de fasen van gedragsverandering, beginnend bij bewustwording van de noodzaak tot verandering tot adoptie en integratie van de verandering in de dagelijkse praktijk.

2. *Kennis en Kunde*

Er is kennis en kunde nodig om de fasen van het verpleegkundig proces te integreren en toe te passen in het EPD. Deze kennis en kunde betreft zowel de inrichting van het EPD met herkenbare elementen van het verpleegkundig proces, als het betrekken van patiënten bij de verslaglegging. Digitale vaardigheden voor het effectief gebruik van het EPD zijn noodzakelijk. Voor uitleg over de procesinrichting van het EPD en het gebruik van zorgplannen zijn (over het algemeen) e-learning programma's beschikbaar binnen de organisaties. Deze e-learnings kunnen op (meer) regelmatige basis ingezet worden. Identificeer waar aanvullende kennishiaten liggen, bijvoorbeeld op het gebied van het verpleegkundig proces, en wat de behoefte is aan scholing, en pas de scholing of training daarop aan.

3. *Inzet van kartrekkers/experts*

Kartrekkers en experts spelen een belangrijke rol bij implementatie van de richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Bij voorkeur zijn dit meerdere personen binnen een team of afdeling. Deze kartrekkers zouden ondersteuning moeten bieden in de dagelijkse praktijk bij de verslaglegging maar ook bij de evaluatie en monitoring. Daarnaast zouden kartrekkers deel uit moeten maken van een organisatie-brede groep die zich bezighoudt met de inrichting van het EPD. Deze organisatie-brede groep kan de ontwikkelingen tussen afdelingen afstemmen en bijvoorbeeld gewenste aanpassingen in het EPD communiceren naar een technisch team. Kartrekkers en experts zouden moeten worden gekozen op basis van hun competenties gericht op implementatie, en hun expertise en affiniteit met betrekking tot het onderwerp.

4. *Facilitering vanuit het management en organisatie*

Vanuit het management is het nodig dat nut en de noodzaak van implementatie van de richtlijn verslaglegging wordt erkend en gecommuniceerd. Daarnaast moeten voorwaarden geschapen worden voor verpleegkundigen om mee te denken en te beslissen over de procesinrichting van het EPD voor hun vak. Er is tijd en ruimte nodig voor de teams om vaardig te raken in het gebruik van zorgplannen in het EPD in de dagelijkse praktijk. Meer intensieve aandacht voor EPD-vaardigheden en het gebruik van zorgplannen blijkt zinvol en noodzakelijk. In de wijkverpleegkundige setting lijkt voorzien te zijn in de voorwaarden voor implementatie van de richtlijnen.