

Addendum

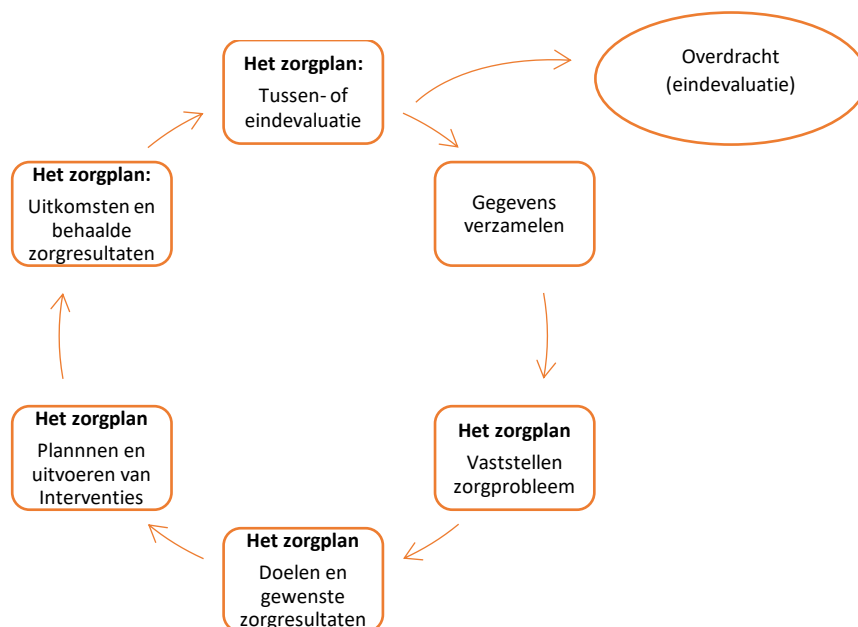
Informatieparagraaf bij de richtlijn Verslaglegging

Eenduidige taal is essentieel om gegevens uit te kunnen wisselen zodat de zorg gecontinueerd kan worden zonder informatieverlies. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten tijdig over de juiste en actuele gegevens kunnen beschikken. Daarom is de informatiestandaard eOverdracht ontwikkeld. Via de eOverdracht zijn afspraken gemaakt over welke gegevens vastgelegd en uitgewisseld moeten worden. Deze afspraken zijn het fundament van elektronische gegevensuitwisseling. Deze afspraken zijn ook de basis voor de informatieparagraaf als onderdeel van deze richtlijn.

In de richtlijn Verpleegkundige & Verzorgende Verslaglegging wordt aanbevolen dat alle fasen van het verpleegkundig proces in het elektronisch zorgdossier¹ aanwezig moeten zijn (aanbeveling 3) – zie ook figuur 1. Het verpleegkundig proces en de documentatie ervan wordt gezien als een continu proces van:

- Het verzamelen van gegevens over de cliënt² (en de analyse; probleemherkenning)
- Het vaststellen van een zorgplan, waaronder de:
 - Cliëntproblemen
 - Gewenste zorgresultaten (doelen)
 - Interventies
 - Bereikte zorgresultaten via een tussenevaluatie en eindevaluatie. Een eindevaluatie kan leiden tot een verpleegkundige overdracht.

De documentatie van dit proces vindt plaats in het elektronische zorgdossier.



Figuur 1: het verpleegkundig proces

¹ Met het elektronisch zorgdossier wordt het 'verpleegkundig' elektronisch zorgdossier bedoeld.

² De term cliënt is in deze richtlijn een overkoepelende term voor patiënt, cliënt, zorgvrager, hulpvrager, bewoner, etc.

Daarnaast wordt aanbevolen dat verpleegkundigen & verzorgenden eenduidige taal moeten gebruiken die uitwisselbaar is tussen organisaties en tussen professionals. Dat verpleegkundigen & verzorgenden elkaar begrijpen en dezelfde taal spreken is de basis voor goede zorg. In de richtlijn is daarom een verpleegkundig proces afgesproken met momenten van informatieoverdracht om de goede zorg voor cliënten te borgen. Verpleegkundigen & verzorgenden spreken hierin met elkaar af welke informatie noodzakelijk is en wat de betekenis is van die informatie. De richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende Verslaglegging beveelt daarom aan om de informatiestandaard eOverdracht te gebruiken, zodat eenduidige taal voor het verpleegkundig proces en informatieoverdracht mogelijk wordt (aanbeveling 7).

De informatiestandaard eOverdracht

Om te komen tot eenduidige taal voor het verpleegkundig proces en informatieoverdracht, zijn afspraken gemaakt over hoe de benodigde cliëntgegevens genoteerd moeten worden in het elektronisch zorgdossier en hoe deze (technisch) uitgewisseld moeten worden. Deze afspraken zijn vastgelegd in de informatiestandaard eOverdracht, in het bijzonder omdat verpleegkundigen en verzorgenden verschillende talen en termen gebruiken voor de zorg van een cliënt. Hierdoor kunnen gegevens niet hergebruikt worden (zie ook de toelichting bij de Overwegingen van uitgangsvraag 2).

Het elektronisch zorgdossier bevat allerlei cliëntgegevens die worden vastgelegd gedurende de periode dat iemand in zorg is. Het elektronisch zorgdossier bevat dan ook informatie met betrekking tot de volgende onderdelen:

- Administratieve gegevens (cliëntgegevens).
Dit onderdeel bevat algemene informatie over de cliënt (zoals NAW-gegevens, geslacht), zijn/haar contactpersoon en bij overplaatsing ook de betrokken (versturende en ontvangende) zorgorganisaties en de datum van overplaatsing.
- Algemene cliënten context.
Dit onderdeel bevat informatie over de algemene leefomstandigheden van de patiënt, zoals de gezinssituatie, woonomgeving, de juridische situatie, levensovertuiging (waaronder wilsverklaring), sociale omgeving en communicatie (taalvaardigheid).
- Medische (klinische) context.
Dit onderdeel bevat medische of klinische informatie, zoals medische diagnoses en voorgeschiedenis volgens de behandelaar³, allergieën, alerts, vrijheidsbeperkende maatregelen, verschillende meetwaarden (bijv. bloeddruk, polsfrequentie, lichaamstemperatuur) en pijnscores.
- Verpleegkundige context, het zorgplan.
Dit onderdeel bevat informatie over welke verpleegkundige patiëntproblemen aanwezig zijn waarvoor specifieke verpleegkundige interventies nodig zijn, en welke gewenste zorgresultaten (behandeldoelen) nagestreefd worden en welke zorgresultaten bereikt zijn. Ook worden de geplande afspraken omschreven en is er ruimte voor het vrij omschrijven van nadere wensen/behoefte van de patiënt en/of naasten.
- Verpleegkundige context, specificatie gezondheidstoestand.

³ Medische context kan betrekking hebben op gegevens die niet door verpleegkundigen worden vastgesteld, maar wel door behandelaars of artsen, zoals een medische diagnose. De bron van deze gegevens is het medisch zorgdossier. Deze kunnen worden ingelezen in overdracht; de verpleegkundige kan deze informatie niet wijzigen. Hoe een behandelaar of arts deze informatie noteert in het medisch zorgdossier, wordt niet beschreven in de richtlijn Verslaglegging en ook niet in deze informatieparagraaf. Hiervoor wordt verwezen naar de medische richtlijnen.

Bevat informatie over de bredere gezondheidstoestand van de patiënt, waarbij eerder aangeduide cliëntproblemen waarvoor interventie nodig nader worden gespecificeerd (bijv. specifieke wondkenmerken relevant voor wondzorg), alsook de status van niet-problematische gezondheidsaspecten van de patiënt worden omschreven die wel meespelen in de zorgbenadering van de cliënt (bijv. slechthorend waarvoor gehoorapparaat, of m.b.t. zelfzorg (ADL), mobiliteit, voeding/vocht, uitscheiding, huid, zintuigen, ziektebeleving, ontwikkeling en bijzonderheden m.b.t. kindzorg, mentale status en voorplanting).

Deze gegevens worden genoteerd op verschillende momenten tijdens de periode dat iemand in zorg is. Daarom zijn deze gegevens terug te vinden in de verschillende fasen van het verpleegkundig proces (zie figuur 1).

Als een cliënt overgeplaatst wordt naar een andere zorgsetting stellen verpleegkundigen & verzorgenden een verpleegkundige overdracht op in het elektronisch zorgdossier. De verpleegkundige overdracht wordt opgesteld op basis van de benodigde cliëntgegevens die tijdens het verpleegkundig proces zijn genoteerd in het zorgdossier van de cliënt.

Het overdragen van cliënten is onderdeel van de dagelijkse praktijk en vormt een belangrijke schakel om de zorg op een veilige manier te continueren. Cliënten hebben te maken met verschillende zorgaanbieders. Bij elke overplaatsing is het daartoe van belang dat de gegevens met de juiste kwaliteit worden overgedragen. Daarom zijn afspraken gemaakt over welke gegevens van belang zijn en hoe deze gegevens moeten worden vastgelegd in het elektronisch dossier en vervolgens uitgewisseld in digitale vorm. Hoe dit werkt wordt in het kader 1 uitgelegd.

Kader 1: De informatiestandaard eOverdracht: hoe werkt dit?

Via de informatiestandaard eOverdracht wordt eenduidige verslaglegging en elektronische gegevensuitwisseling mogelijk. De benodigde cliëntgegevens worden namelijk conform de vastgestelde specificaties, automatisch uit het zorgdossier van de cliënt overgenomen in de verpleegkundige overdracht.

De verpleegkundige die de overdracht digitaal ontvangt, opent de overdracht en bepaalt welke gegevens automatisch worden overgenomen (ingelezen) in het ontvangende zorgdossier van de cliënt om de kwaliteit en continuïteit van zorg te borgen. Het is niet meer nodig om te bedenken hoe de gegevens zich 'vertalen' tot de termen van het zorgdossier dat de ontvangende verpleegkundige of verzorgende gebruikt. Ook het kopiëren & plakken of het overtypen behoort tot het verleden. Dat komt omdat in alle zorgdossiers dezelfde eenduidige taal wordt gebruikt. De gegevens die vastgelegd en uitgewisseld worden hebben dezelfde betekenis. Dit komt voort uit de eOverdracht waarbij gewerkt wordt conform de principe: registratie aan de bron. Dit houdt in dat gegevens eenmalig worden geregistreerd zodat meervoudig gebruik mogelijk wordt.

Een verpleegkundige overdracht via de informatiestandaard eOverdracht betekent dan ook dat:

1. de samenvatting of het overzicht van de actuele gezondheidssituatie en het zorgplan van een cliënt met behulp van eenduidige gegevens in het elektronisch zorgdossier (automatisch) wordt opgemaakt en verzonden via technische standaarden.
2. De gegevens automatisch kunnen worden overgenomen (ingelezen) in het elektronisch zorgdossier van de ontvangende zorgorganisatie.

De eOverdracht is gericht op het vastleggen van eenduidige gegevens voor kwalitatief goede zorg, zodanig dat deze gegevens kunnen worden hergebruikt als een patiënt wordt overgeplaatst van zorgorganisatie A naar B.

De afspraken op een rij: een korte toelichting

In de informatiestandaard eOverdracht zijn afspraken vastgelegd over welke gegevens en waarom moeten worden geregistreerd en uitgewisseld als een cliënt wordt overgeplaatst naar een andere

organisatie. Dit komt samen door de verpleegkundige overdracht. Deze afspraken zijn op de volgende niveaus gemaakt:

1. Organisatieniveau: wie doet wat bij de verslaglegging inclusief verpleegkundige overdracht (wie heeft welke rol) en waarom.
2. Procesniveau: hoe verloopt het verpleegkundig proces inclusief overdrachtsproces en welke informatie is wanneer nodig.
3. Informatieniveau: hoe is de eOverdracht opgebouwd (structuur) en uit welke gegevens-elementen (inhoud) bestaat de eOverdracht.
4. Applicatieniveau⁴: de functionele eisen, ofwel welke gegevens in het elektronisch zorgdossier moeten kunnen worden geregistreerd en op welke manier worden de gegevens technisch 'ingepakt' als zij verstuurd moeten worden (communicatiestandaard).
5. Infrastructuurniveau: hoe moeten de gegevens worden verzonden en ontvangen.

In deze informatieparagraaf worden de afspraken met betrekking tot het organisatie-, proces- en informatieniveau nader toegelicht vanuit het verpleegkundig en verzorgend perspectief.

1. Organisatieniveau: wie doet wat en waarom

Bij de verpleegkundige overdracht zijn verschillende verpleegkundigen en verzorgenden in alle zorgsectoren betrokken. Zij wisselen onderling gegevens uit. Zij hebben belang bij een goede verpleegkundige overdracht, zodat de continuïteit van zorg en veiligheid van zorg gewaarborgd blijft voor de cliënt. In tabel 1 is een overzicht gegeven wie wat doet en waarom.

Tabel 1: Wie doet wat waarom

Wie	doet wat en waarom
Verpleegkundigen en verzorgenden (V&V) in versturende organisatie. Dit is een overkoepelende term voor verpleegkundig specialisten, (wijk)verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen (zoals transferverpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen) en verzorgenden (IG) van de versturende organisatie.	• V&V zijn verantwoordelijk voor het verzamelen van de benodigde gegevens die relevant is om de zorgbehoefte in kaart te brengen en het verloop te monitoren gedurende het verpleegkundig proces. Deze gegevens hebben betrekking op de: ○ administratieve gegevens (patiëntgegevens); ○ algemene patiënten of cliënten context; ○ medische context; ○ verpleegkundige context, het zorgplan; ○ verpleegkundige context, specificatie gezondheidstoestand. • V&V zijn verantwoordelijk om op basis van de verzamelde gegevens een zorgplan vast te stellen dat is afgestemd met de cliënt. • V&V zijn verantwoordelijk voor de tussenevaluaties, waarmee bepaald wordt of de gewenste zorgresultaten bereikt zijn. • V&V zijn verantwoordelijk om de gegevens die zij verzamelen, het vaststellen van een zorgplan en de evaluatie goed te documenteren en te onderbouwen. Dit betekent onder andere dat zij moeten kunnen onderbouwen hoe zij tot bepaalde (verpleegkundige) patiëntproblemen zijn gekomen (indicatiestelling). • V&V zijn verantwoordelijk voor de verpleegkundige overdracht als een cliënt overgeplaatst wordt naar een andere zorgsetting.

⁴ Er zijn afspraken op applicatie- en infrastructuurniveau gemaakt. Deze afspraken zijn vastgelegd in een functioneel ontwerp (FO) en technisch ontwerp (TO). In deze informatieparagraaf wordt niet ingegaan op de FO en TO. Klik [hier](#) voor meer informatie over het FO en TO.

	De V&V draagt daarmee de zorg over aan de V&V die de zorg overneemt.
V&V in ontvangende organisatie.	• V&V zijn verantwoordelijk voor het opnemen en verwerken van de gegevens uit de verpleegkundige overdracht in het zorgdossier van de patiënt of cliënt. Zij bepaalt welke gegevens relevant zijn voor de continuïteit en kwaliteit van zorg en kan dit (indien nodig) onderbouwen. • V&V zijn verantwoordelijk voor het continueren van de zorg die in afstemming met de cliënt is ingezet. Zij bepalen binnen de context van de zorg en in afstemming met de cliënt of de zorg aangepast moet worden en dient deze evaluatie goed te documenteren en te onderbouwen. * Voor HBO-opgeleide wijkverpleegkundigen geldt dat zij specifiek verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en het bepalen van de noodzakelijke wijkverpleging.

2. Procesniveau: verschillende processchema's

Op procesniveau zijn processchema's ontwikkeld die de processtappen beschreven van:

- Het verpleegkundig proces.
Dit processchema visualiseert het generieke verpleegkundig proces dat intra- en extramuraal plaatsvindt, ongeacht de zorgsector.
- Het overdrachtsproces⁵.
Bij de verpleegkundige overdracht worden gegevens op een eenduidige manier uitgewisseld tussen organisaties. Dit kan tussen organisaties die behoren tot een andere sector (cross-sectoraal) of organisaties die behoren tot dezelfde sector. Daarbij kan elke zorgorganisatie binnen de sector zowel de rol van ontvangende als sturende organisatie vervullen. Denk hierbij aan de volgende soort organisaties:
 - Ziekenhuis
 - Verpleeghuis
 - Revalidatie zorg
 - Gehandicapten zorg
 - Geestelijke gezondheidszorg
 - Jeugdgezondheidszorg
 - Wijkverpleging

De volgende generieke overdrachtsprocessen zijn via een processchema gevisualiseerd:

- Geplande overdracht van een intramurale instelling naar een andere intramurale instelling.
- Geplande overdracht van een intramurale instelling naar een extramurale instelling.
- Geplande overdracht van een extramurale instelling naar een intramurale instelling.
- Acute overdracht van een intramurale instelling naar een andere intramurale instelling
- Acute overdracht van een extramurale instelling naar een intramurale instelling

⁵ Het overdrachtsproces wordt gezien als de eindevaluatie van het verpleegkundig proces, waarin de overdracht van een cliënt naar een andere organisatie plaatsvindt en waar informatie gedeeld wordt. Bij dit proces wordt informatie voor de overdracht samengesteld op basis van het elektronisch zorgdossier van de cliënt.

Deze processchema's beschrijven een generiek overdrachtsproces vanuit een intra- en/of extramurale setting, waarbij per stap wordt weergegeven wie, welke informatie, wanneer nodig heeft. Een specifieke sector of setting (denk aan ziekenhuis of thuiszorg) wordt dus niet benoemd. Het uitgangspunt bij het overdrachtsproces is dat de gegevens - die ten behoeve van het verpleegkundig proces worden gedocumenteerd – de bron zijn voor de verpleegkundige overdracht.

Let op: De processchema's zijn een schematische weergave van het verpleegkundig proces en het overdrachtsproces. Dit betekent dat de processchema's in grote lijnen de werkelijkheid weergeven en dat de details of nuanceverschillen niet zijn meegenomen. De processchema's schetsen dus een algemeen beeld van het verpleegkundig proces en het overdrachtsproces.

3. Informatieniveau

In de processchema's is gevisualiseerd en beschreven wie op welk moment gegevens registreert of overdraagt gedurende het verpleegkundig proces van een cliënt en het overdrachtsproces.

Op het informatieniveau is - via de eOverdracht - beschreven welke informatie dat is en waarom deze informatie van belang is om te registreren en over te dragen. In onderstaande tabellen is een overzicht gegeven van de informatie die geregistreerd en overgedragen moet worden voor:

- Het verpleegkundig proces (tabel 2).
- Het [overdrachtsproces](#) (tabel 3): de opbouw van de verpleegkundige overdracht in secties en gegevens.

Tabel 2: Het verpleegkundig proces

Het verpleegkundig proces		
Documentatie in het elektronisch zorgdossier ⁶	Toelichting/uitwerking	Toelichting/motivatie
Onderdeel Gegevens verzameling	• Administratieve gegevens.	• Deze gegevens hebben een administratieve functie en zijn nodig om goede en veilige zorg te kunnen bieden: de gegevens die nodig zijn voor verpleegkundige zorg moeten gekoppeld worden aan de juiste persoon in het zorgdossier.
Onderdeel Gegevens verzameling	• De gezondheidstoestand wordt via subjectieve, objectieve en contextgegevens in kaart gebracht. Denk hierbij aan de algemene cliënten context, de medische context of verpleegkundige context.	• Het verzamelen van gegevens is nodig om de zorgvraag te concretiseren en cliënt problemen te kunnen herkennen. • Het verzamelen van gegevens vindt onder andere plaats via observaties, metingen, screenings of klachten van de cliënt.
Onderdeel Zorgplan	• Actuele en potentiële cliëntproblemen, verpleegkundige	• Een zorgplan beschrijft de aard, mate en/of ernst van één of meer verpleegkundige cliëntproblemen – die via de analyse van de gegevensverzameling zijn

⁶ De documentatie van de gegevens die nodig zijn voor de zorg worden geregistreerd in verschillende onderdelen binnen het elektronisch zorgdossier. Denk hierbij aan assessments/metingen, de anamnese of intake, de rapportages, het zorgplan. Er wordt geen uitspraak gedaan over deze onderdelen en hoe deze in het elektronisch zorgdossier zijn ingedeeld. In het ene elektronische zorgdossier zijn de assessments/metingen opgenomen in de anamnese, terwijl dit in een ander elektronisch zorgdossier losgekoppeld kan zijn. Dit kan per IT-leverancier verschillen. Van belang is dat de fasen van het verpleegkundig proces aanwezig moeten zijn. Om deze reden zijn de onderdelen ten behoeve van de documentatie generiek gehouden: gegevens verzameling, zorgplan, evaluatie.

	interventies, zorgresultaten via de Nationale kernset	geïdentificeerd – evenals de bijbehorende interventies, de gewenste en bereikte zorgresultaten vanuit verpleegkundig perspectief. • Een overzicht van één of meer cliëntproblemen, interventies en zorgresultaten 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. • De gegevens die nodig zijn voor het zorgplan brengen de resultaten van de (analyse) van de gegevensverzameling, de status en voortgang van de ingezette zorg in kaart. Het zorgplan geeft een overzicht van het verpleegkundig beleid voor een patiënt en de actuele status. De gegevens zijn nodig om de juiste kwaliteit van verpleegkundige zorg te kunnen bieden.
Onderdeel Zorgplan (tussen- en eindevaluatie) • Een eindevaluatie kan leiden tot een verpleegkundige overdracht (die via het overdrachtsproces in gang wordt gezet).	De zorgresultaten worden genoteerd in de voortgangsrapportage via een: • Status (bv. geheel of gedeeltelijk afhankelijk, onafhankelijk) • Meetwaarde (via metingen)	• Bij een tussenevaluatie worden de bereikte zorgresultaten beschreven en vergeleken met de vastgestelde doelen (de gewenste zorgresultaten). De tussenevaluatie van de bereikte zorgresultaten vindt doorlopend plaats in het hele zorgtraject (op basis van de professionele deskundigheid van de v&v). De gegevens voor de tussenevaluatie zijn nodig om de kwaliteit van zorg te waarborgen. • De eindevaluatie kan acuut of gepland zijn. Een geplande eindevaluatie gebeurt aan het eind van een zorgtraject, waarbij een evaluatie van de gezondheidstoestand en bereikte zorgresultaten wordt uitgevoerd. Een acute eindevaluatie kan plaatsvinden gedurende het hele zorgtraject, waarbij de evaluatie tussentijds of eventueel achteraf plaatsvindt. Er wordt in beide gevallen (gepland of acuut) een overdracht aangemaakt waarin een actueel overzicht van de ingezette zorg en afspraken met de cliënt. • De richtlijn gaat ervan uit dat de verpleegkundige overdracht een herkenbaar onderdeel is van het zorgdossier.

Tabel 3: Het overdrachtsproces⁷ - de opbouw van de verpleegkundige overdracht

Overdrachtsproces		
Documentatie in het elektronisch zorgdossier	Toelichting/ uitwerking	Toelichting/motivatie
Onderdeel: verpleegkundige overdracht	• Administratieve gegevens: algemene informatie over de cliënt, zijn/haar contactpersoon en de betrokken (versturende en	• Deze gegevens hebben een administratieve functie en zijn nodig om goede en veilige zorg te kunnen bieden: de gegevens die nodig zijn voor verpleegkundige zorg moeten

⁷ Let op: niet alle secties en de bijbehorende gegevens zijn verplicht om in te vullen. De verpleegkundige of verzorgende bepaalt op basis van haar professionele deskundigheid welke gegevens relevant zijn om over te dragen. Dit kan per cliënt verschillend zijn.

	ontvangende) zorgorganisaties en de datum van overplaatsing.	gekoppeld worden aan de juiste persoon in het zorgdossier.
	• Algemene cliënten context. • Medische context. • Verpleegkundige context, het zorgplan • Verpleegkundige context, specificatie gezondheidstoestand.	• Deze gegevens worden samengevat zodat een actueel overzicht van de ingezette zorg en afspraken met de cliënt beschikbaar is om de continuïteit en veiligheid van de zorg te waarborgen en om het zorgproces na overplaatsing voort te zetten.